

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

Prevalence and Factors Associated with Severe Depressive Symptoms Among Women Prior to Abortion at Banphot Phisai Hospital, Nakhon Sawan Province

ชินาภา ณัฐวงศ์ศิริ, พ.บ., วว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

Chinapa Nattawongsiri, MD., Dip., Thai Board of Obstetrics and Gynecology.

Abstract

Objective: To investigate the prevalence and associated factors of severe depressive symptoms among women prior to undergoing abortion at Banphot Phisai Hospital, Nakhon Sawan Province.

Methods: This retrospective study reviewed medical records of 288 women who received abortion services between January and December 2024. Depressive symptoms screening was conducted using the 2Q questionnaire, and depressive severity was assessed using the 9Q (PHQ-9) scale. Descriptive statistics were used to summarize the data. Comparative analyses were performed using the Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, and Mann-Whitney U test, depending on data distribution. Logistic regression analysis was used to identify factors associated with severe depressive symptoms.

Results: Among the 288 participants, 111 women (38.54%) were classified as having severe depressive symptoms. Factors significantly associated with severe

depressive symptoms included economic hardship (Adjusted OR = 2.56, 95% CI = 1.07–6.11, $p = 0.03$) and being widowed (Adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.03–4.09, $p = 0.04$). In addition, economic reasons for seeking abortion were significantly associated with higher rates of severe depressive symptoms compared to other reasons (p -value = 0.03).

Conclusion: The prevalence of severe depressive symptoms prior to abortion was 38.54%, with higher rates observed among women experiencing economic difficulties and those with widowed marital status. These findings highlight the importance of implementing routine depressive symptoms screening and providing appropriate psychological support for women seeking abortion services, particularly those in vulnerable social and economic circumstances, in order to prevent long-term mental health consequences.

Keywords: depressive symptoms, abortion, economic hardship, marital status

วันที่รับ (received) 21 กรกฎาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 15 กันยายน 2568

Published online ahead of print 17 กันยายน 2568

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์
Department of Obstetrics and Gynecology, Banphot Phisai Hospital,
Nakhonsawan

Corresponding Author: ชินาภา ณัฐวงศ์ศิริ

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

Email: praewmeng@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.26>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้รับบริการยุติการตั้งครรภ์จำนวน 288 ราย ระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 ใช้แบบคัดกรองอาการซึมเศร้า 2Q และประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบสอบถาม 9Q วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบด้วย Chi-square, Fisher's exact test, t-test และ Mann-Whitney U test

รวมถึงการวิเคราะห์ Logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผลการศึกษา: พบว่าสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์มีความชุกของอาการซึมเศร้ารุนแรงก่อนการยุติการตั้งครรภ์ มีอัตราการเกิดร้อยละ 38.54 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้ารุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ (Adjusted OR = 2.56, 95% CI = 1.07–6.11, $p = 0.03$) และสถานภาพหม้าย (Adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.03–4.09, $p = 0.04$) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจมีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.03)

สรุป: จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 38.54 โดยพบอาการซึมเศร้ารุนแรงมากในกลุ่มสตรีที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และมีสถานภาพเป็นหม้าย ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการคัดกรองอาการซึมเศร้าอย่างเป็นระบบควบคู่กับการจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจอย่างเหมาะสมก่อนการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า, การยุติการตั้งครรภ์, ปัญหาทางเศรษฐกิจ, สถานภาพสมรส

บทนำ

อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เผชิญกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การสูญเสีย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง การทำแท้งเป็นกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่กำหนด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากเหตุผลทางการแพทย์หรือความไม่พร้อมของมารดา¹ ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2567 องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่ากว่า 25 ล้านคนทั่วโลก ต้องเผชิญกับการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยทุกปี และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 39,000 ราย โดยการเสียชีวิตพบในประเทศที่มีรายได้น้อยประมาณร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศแถบแอฟริกาและร้อยละ 30 อยู่ในเอเชีย² ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบว่า มีสตรีทำแท้งปีละกว่า 30,000 คน โดยร้อยละ 86 เป็นวัยรุ่นหญิงและมีความพร้อมในการมีบุตร ในขณะที่วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 13-14³

อาการซึมเศร้าหลังการทำแท้งได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งทางจิตใจ สังคม และพฤติกรรม งานวิจัยพบว่า สตรีที่มีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อน หรือ เคยแท้งมาก่อน มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหลังทำแท้ง⁴⁻⁵ นอกจากนี้การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ยังเพิ่ม

ความเครียดทางอารมณ์ ทำให้สตรีรู้สึกโดดเดี่ยวและวิตกกังวลมากขึ้น⁵⁻⁶ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ก็มีบทบาทสำคัญ สตรีที่มีรายได้ต่ำ หรือขาดการเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มเกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น^{4,6} ขณะที่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ก็เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับอาการซึมเศร้าหลังทำแท้ง⁷⁻⁸ งานวิจัยยังพบว่า สตรีที่แท้งเองครั้งแรก มีระดับความเครียดและอาการซึมเศร้าสูงกว่าสตรีที่เคยแท้งมาก่อน และยังส่งผลให้ คุณภาพชีวิตลดลงในหลายด้าน ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน⁹ ดังนั้นสตรีจึงต้องการการดูแลสุขภาพจิตภายหลังการทำแท้ง บุตร การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา หรือการทำแท้ง ซึ่งมีความจำเป็นในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมสำหรับบุคคลกลุ่มนี้¹⁰ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อรองรับการทำแท้งที่ปลอดภัย แต่ผลกระทบทางด้านจิตใจของสตรีหลังการทำแท้งยังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ

จากข้อมูลของเครือข่าย RSATHAI และรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์มีสถานบริการที่ให้การดูแลด้านการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า นอกจากนี้ ข้อมูลจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ระบุว่า เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งรวมถึงจังหวัดนครสวรรค์ มีอัตราการเข้ารับบริการรักษาโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 115.06 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดการณ์ไว้¹¹ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน

จากรายงานข้อมูลการให้คำปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ปี พ.ศ. 2558 – 2567 ของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีผู้มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้มารับบริการ 514 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 ของผู้มารับบริการให้คำปรึกษาทั้งหมด โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี สาเหตุของการยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นเหตุผลทางสังคม ความไม่พร้อมของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จากข้อมูลที่กำลังมาข้างต้นพบว่าอาการซึมเศร้าในสตรีที่ต้องเผชิญกับการยุติการตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลดังกล่าว ทั้งนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าก่อนการยุติการตั้งครรภ์ยังไม่ได้ได้รับการศึกษาอย่างครอบคลุมในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของกลุ่มประชากร ผลลัพธ์จากการศึกษานี้คาดว่าจะ

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ระบบคัดกรองอาการซึมเศร้าและการให้คำปรึกษา ที่เหมาะสมสำหรับสตรีที่เผชิญกับภาวะดังกล่าว รวมถึงเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและพัฒนา นโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของสตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง Retrospective study โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์เลขที่ NSWPHO-007/68 วันที่ 13 พฤษภาคม 2568 ประชากร คือ สตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัยจังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 – ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 514 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัยจังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 – ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 288 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1977)¹² คำนวณได้จากกรทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของประเทศจีน Qiuxiang Zhang และคณะ⁶ ที่ได้ศึกษา Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study พบว่าสตรีที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ความเครียดสูง ร้อยละ 25.3 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z = 1.96$), ค่าความชุกของอาการซึมเศร้าในสตรีก่อนทำแท้งจากการศึกษาก่อนหน้านี้ $P = 0.25$, ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) = 0.05 เกณฑ์การตัดเข้า ได้แก่ 1) สตรีที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป และได้รับการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย 2) เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 3) มีเวชระเบียนครบถ้วนสามารถติดตามข้อมูลย้อนหลังได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ > 12 สัปดาห์

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ 2) ประวัติการตั้งครรภ์ 3) แบบสอบถามเหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์ 4) แบบคัดกรองอาการซึมเศร้า 2Q (Two-Question Screening Test for Depression) ใช้สำหรับคัดกรองความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้าเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบว่า “มี” ในข้อใดข้อหนึ่ง หรือ

ทั้งสองข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า และต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติม แบบคัดกรองนี้มีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% และค่าความจำเพาะ (Specificity) 67.7% 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q (Nine-Question Patient Health Questionnaire, PHQ-9) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา มีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% และค่าความจำเพาะ (Specificity) 44.6%¹³

วิธีการแปลผล คะแนนรวมของแบบประเมิน 9Q สามารถใช้แบ่งระดับของอาการซึมเศร้าได้ดังนี้¹⁴

คะแนนรวม	ระดับอาการซึมเศร้า
<7	ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้าในระดับน้อยมาก
7 - 12	มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อย
13-18	มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง

โดยในการศึกษานี้เนื่องจากสัดส่วนกลุ่มระดับอาการซึมเศร้าน้อย-ปานกลางมีจำนวนน้อย จึงรวมกลุ่มวิเคราะห์เฉพาะ “อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง” ($\text{PHQ-9} \geq 19$) เทียบกับไม่รุนแรง ($\text{PHQ-9} < 19$)

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน 2) ภายหลังที่ได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงพรรณนา ตัวแปรเชิงปริมาณ ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หากมีการแจกแจงปกติ หรือใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และต่ำสุด สูงสุด หากข้อมูลไม่ปกติ ตัวแปรเชิงคุณลักษณะ รายงานเป็นจำนวนและร้อยละ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลประเภทกลุ่ม (Categorical) ใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ขึ้นกับการแจกแจงข้อมูล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้ Univariate Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างแต่ละปัจจัยกับอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน $9Q \geq 19$) รายงานเป็น Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval และวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression เพื่อควบคุมอิทธิพลร่วมของหลายตัวแปร และรายงานค่า Adjusted OR พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสตรีที่มาใช้บริการยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 288 ราย พบว่าสตรีทุกรายมีผลการคัดกรองอาการซึมเศร้า 2Q อย่างน้อย 1 คะแนน และเมื่อประเมินในระดับ 9Q พบว่า มีคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป (มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง) 111 ราย (ร้อยละ 38.54) ในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 25.8 ± 6.7 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 32.4) มีระดับการศึกษา อยู่ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 73.9) มีอาชีพว่างงาน (ร้อยละ 42.3) ค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 8,000 บาท (ค่าต่ำสุด = 2,000 บาท,

ค่าสูงสุด = 10,000 บาท) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 9.0) มีประวัติเคยฆ่าตัวต (ร้อยละ 27.9) มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 4.5) มีการใช้ยาก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 7.2) มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 83.8) ส่วนใหญ่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน (ร้อยละ 36.9) และเคยแท้งเพียงร้อยละ 18.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปและเหตุผลของการมาใช้บริการยุติการตั้งครรภ์กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของสตรีที่มาใช้บริการยุติการตั้งครรภ์ จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า (n=288)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับของอาการซึมเศร้า 9Q			p-value
	จำนวน (ร้อยละ) /ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/			
	ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)			
	ระดับน้อย/ปานกลาง 9Q < 19 คะแนน (n=177)	ระดับรุนแรง 9Q ≥ 19 คะแนน (n=111)	Total (n=288)	
อายุ	25.3±7.1	25.8±6.7	25.5±7.0	0.49
สถานภาพ				0.20
- โสด	71 (40.1)	36 (32.4)	107 (37.1)	
- สมรส (จดทะเบียน)	24 (13.6)	17 (15.3)	41 (14.2)	
- สมรส (ไม่จดทะเบียน)	58 (32.8)	33 (29.7)	91 (31.6)	
- หม้าย	24 (13.6)	25 (22.5)	49 (17.0)	
ระดับการศึกษา				0.59
- ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	16 (9.0)	12 (10.8)	28 (9.8)	
- มัธยมศึกษา	123 (69.5)	82 (73.9)	205 (71.6)	
- อนุปริญญา/ปวส.	11 (6.2)	4 (3.60)	15 (5.2)	
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	27 (15.2)	13 (11.7)	40 (13.9)	
อาชีพ				0.13
- รับราชการ	0 (0.0)	2 (1.8)	2 (0.7)	
- พนักงานบริษัทเอกชน	7 (3.9)	6 (5.4)	13 (4.5)	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25 (14.1)	7 (6.3)	32 (11.1)	
- รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	13 (7.3)	11 (9.9)	24 (8.3)	
- ว่างงาน/แม่บ้าน	60 (33.9)	47 (42.3)	107 (37.1)	
- นักเรียน/นักศึกษา	25 (14.1)	13 (11.7)	38 (13.2)	
รายได้ต่อเดือน	9000 (0, 11000)	8000 (2000, 10000)	9000 (0, 10445)	0.70
มีโรคประจำตัว	21 (11.9)	10 (9.0)	31 (10.8)	0.45
มีประวัติการฆ่าตัวต	64 (36.2)	31 (27.9)	95 (33.0)	0.15
มีประวัติแพ้ยา	7 (3.9)	5 (4.5)	12 (4.2)	0.82
ใช้ยาก่อนตั้งครรภ์	19 (10.7)	8 (7.2)	27 (9.4)	0.32
สถานภาพครอบครัวบิดามารดา				0.80
- สมบูรณ์	68 (38.4)	47 (42.3)	115 (39.9)	
- ไม่สมบูรณ์	80 (45.2)	47 (42.3)	127 (44.1)	
- หย่าร้าง	29 (16.4)	17 (15.3)	46 (16.0)	
มีการคุมกำเนิด	142 (80.2)	93 (83.8)	235 (81.6)	0.45

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า (n=288) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับของอาการซึมเศร้า 9Q			p-value
	จำนวน (ร้อยละ) /ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/ ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)			
	ระดับน้อย/ปานกลาง 9Q < 19 คะแนน (n=177)	ระดับรุนแรง 9Q ≥ 19 คะแนน (n=111)	Total (n=288)	
จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์				0.30
- ไม่เคยตั้งครรภ์	75 (42.4)	41 (36.9)	116 (40.3)	
- 1 ครั้ง	51 (28.8)	26 (23.4)	77 (26.7)	
- 2 ครั้ง	30 (16.9)	26 (23.4)	56 (19.4)	
- 3 ครั้ง	21 (11.9)	18 (16.2)	39 (13.5)	
จำนวนครั้งที่เคยแท้ง				0.34
- ไม่เคยแท้ง	151 (85.3)	90 (81.1)	241 (83.7)	
- เคยแท้ง	26 (14.7)	21 (18.9)	47 (16.3)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลเหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า

เหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์	ระดับของอาการซึมเศร้า 9Q			p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ระดับน้อย/ปานกลาง 9Q < 19 คะแนน	ระดับรุนแรง 9Q ≥ 19 คะแนน	Total (n=288)	
- ปัญหาทางเศรษฐกิจ	151 (85.3)	104 (93.7)	255 (88.5)	0.03
- ปัญหาครอบครัว	15 (8.5)	14 (12.6)	29 (10.1)	0.26
- เลิกรากัน/ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ	45 (25.4)	29 (26.1)	74 (25.7)	0.89
- ตั้งครรภ์จากความรุนแรงทางเพศ	2 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.7)	0.26
- ปัญหาสุขภาพของมารดา	16 (9.0)	6 (5.4)	22 (7.6)	0.26
- ยังเรียนอยู่/ต้องการศึกษาต่อ	49 (27.7)	25 (22.5)	74 (25.7)	0.33
- ครอบครัวไม่ยอมรับ	6 (3.4)	6 (5.4)	12 (4.2)	0.40
- ไม่ทราบว่าใครเป็นพ่อเด็ก	1 (0.6)	2 (1.8)	3 (1.0)	0.31
- ฝ่ายชายมีครอบครัวอยู่แล้ว	6 (3.4)	4 (3.6)	10 (3.5)	0.92
- สามีเสียชีวิต	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (0.3)	0.21

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate Regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สตรีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ OR=2.55; (95%CI=1.07-

6.11) และเมื่อมีการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สตรีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ Adj.OR=2.56; (95%CI=1.07-6.11) และสถานภาพ (หม้าย) Adj.OR=2.05; (95%CI=1.03-4.09) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj.OR (95% CI)	p-value
เหตุผลยุติการตั้งครรภ์				
- มีปัญหาทางเศรษฐกิจ	2.55 (1.07-6.11)	0.03	2.56 (1.07-6.11)	0.03
อายุ	1.02 (0.96-1.08)	0.58	1.01 (0.98-1.05)	0.48

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj. OR (95% CI)	p-value
สถานภาพ				
- สมรส (จดทะเบียน)	1.89 (0.62-5.70)	0.26	1.40 (0.67-2.93)	0.38
- สมรส (ไม่จดทะเบียน)	1.32 (0.58-3.03)	0.51	1.12 (0.62-2.02)	0.70
- หม้าย	2.83 (1.00-7.95)	0.05	2.05 (1.03-4.09)	0.04
ระดับการศึกษา				
- มัธยมศึกษา	1.00 (0.42-2.42)	0.99	0.89 (0.40-1.98)	0.77
- อนุปริญญา/ปวส.	0.41 (0.09-1.83)	0.25	0.48 (0.12-1.90)	0.30
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	0.74 (0.22-2.49)	0.62	0.64 (0.24-1.74)	0.38
มีโรคประจำตัว	0.93 (0.33-2.61)	0.89	0.74 (0.33-1.63)	0.45
มีประวัติการผ่าตัด	0.52 (0.29-0.94)	0.03	0.68 (0.41-1.15)	0.15
มีประวัติแพ้ยา	0.87 (0.24-3.19)	0.83	1.15 (0.35-3.70)	0.82
มีการใช้ยาก่อนตั้งครรภ์	0.63 (0.20-1.97)	0.43	0.65 (0.27-1.53)	0.32
สถานภาพครอบครัวบิดามารดา				
- ไม่สมบูรณ์	0.75 (0.43-1.30)	0.30	0.85 (0.51-1.43)	0.54
- หย่าร้าง	0.59 (0.26-1.34)	0.21	0.85 (0.42-1.72)	0.65
- มีการคุมกำเนิด	1.16 (0.59-2.29)	0.66	1.27 (0.68-2.38)	0.45
จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์				
- 1 ครั้ง	0.71 (0.28-1.80)	0.46	0.93 (0.51-1.71)	0.82
- 2 ครั้ง	1.01 (0.34-3.00)	0.99	1.59 (0.83-3.03)	0.16
- 3 ครั้ง	1.16 (0.26-5.21)	0.85	1.57 (0.75-3.27)	0.23
มีประวัติเคยแท้ง	0.84 (0.33-2.16)	0.72	1.36 (0.72-2.55)	0.35

วิจารณ์

อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือ การทำแท้ง เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า ทั้งก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์ โดยการแท้ง (Abortion) หมายถึงกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ก่อนที่ทารกจะมีชีวิตรอดภายนอกมดลูก ซึ่งอาจเกิดจากเหตุผลทางการแพทย์ สังคม เศรษฐกิจ หรือผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัวและการตั้งครรภ์โดยไม่สมัครใจ แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในสตรีหลังการทำแท้งมากพอสมควร แต่ข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าก่อนการยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเครียดสูงมากจากการตัดสินใจและสภาวะรอคอยการศึกษาในช่วงนี้จึงสำคัญในการทำความเข้าใจความรู้สึก ความปรารถนา และกลไกการเผชิญปัญหาของสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย

จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยังไม่มีข้อมูลเชิงลึกมาก่อน การวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอัตราความชุกของอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ที่ร้อยละ 38.54 ซึ่งงานวิจัยของ Zhang และคณะ⁶ ในประเทศจีนมีสตรีที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์ไตรมาสแรกได้รับเชิญให้เข้าร่วมและกรอกแบบสอบถามดิจิทัลด้วยตนเอง จำนวน 253 คน พบว่าความชุกของการรับรู้ความเครียดสูง (คะแนน ≥ 20) และอาการซึมเศร้า (คะแนน ≥ 10) อยู่ที่ร้อยละ 25.3 และ 22.5 ตามลำดับ ในประเทศเนปาลงานวิจัยของ Aryal & Basnet (2024)¹⁵ ผลการศึกษาพบว่าทำแท้งพบภาวะวิตกกังวลก่อนทำแท้งร้อยละ 43.2 และอาการซึมเศร้า (Mild-moderate) พบร้อยละ 40.8 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า อัตราอาการซึมเศร้ารุนแรงในประเทศไทยใกล้เคียงหรือสูงกว่าค่าความชุกในประเทศเนปาล แม้ว่าจะมีความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (PHQ-9 กับ HADS) และระดับคะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยก็ตามเป็นไปได้ว่าความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนถึงความปรารถนา

ทางจิตใจในช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจหรือสังคม เช่น ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำกัด ความเครียดสะสมจากบริบททางสังคมในพื้นที่ชนบทของไทย อาจมีส่วนทำให้เกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงในอัตราที่สูงกว่าประเทศอื่น ๆ ที่มีระบบสนับสนุนจิตใจหรือการคัดกรองที่เข้มแข็งมากกว่า

นอกจากการวิเคราะห์ความชุกแล้ว การศึกษานี้ยังได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบสองตัวแปร (Univariate logistic regression) และพหุตัวแปร (Multivariate logistic regression) ซึ่งพบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2.56 เท่า (Adjusted OR = 2.56, 95% CI: 1.07–6.11) สอดคล้องกับ Metcalfe et al. (2016)¹⁶ พบว่ารายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ $p\text{-value} < 0.001$ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao et al. (2025)¹⁷ พบว่ากลุ่ม Socioeconomic status (SES) ต่ำ (รายได้น้อย, การศึกษาต่ำ, ว่างาน) เสี่ยงอาการซึมเศร้าไตรมาส 3 สูงขึ้นอย่างชัดเจน การศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น (aOR = 1.76) และ รายได้น้อย (aOR = 1.89) อย่างไรก็ตามสถานะทางเศรษฐกิจต่ำและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกันเพิ่มความเสี่ยง ต่ออาการซึมเศร้า โดยเฉพาะช่วงปลายของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจสะท้อนถึงแรงกดดันและความรู้สึกติดกับดักในสถานการณ์ชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีที่มีสถานภาพเป็นหม้ายมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงก่อนการยุติการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มที่มีคู่ครองถึง 2.05 เท่า (Adjusted OR = 2.05, 95% CI: 1.03–4.09) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่รายงานถึงอิทธิพลของสถานภาพสมรสต่อสุขภาพจิตของสตรีในช่วงตั้งครรภ์หรือตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Arambepola และคณะ (2016)¹⁸ ในประเทศศรีลังกาพบว่า สตรีที่ไม่มีสถานภาพสมรสมีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยมากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้วถึง 9.3 เท่า (Adjusted OR = 9.3, 95% CI: 4.0–21.6) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการไม่มีคู่ครองอาจเป็นภาวะที่เปราะบางต่อการตัดสินใจผิดพลาดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต สถานภาพสมรสมีผลต่อความรู้สึกมั่นคง การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และความสามารถในการจัดการกับวิกฤตชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือการสูญเสียบุตร การไม่มีคู่ครองอาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดหลักพึ่งพา และเผชิญความคาดหวังจากครอบครัวหรือสังคมเพียงลำพัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของอาการซึมเศร้า

สรุป

จากการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ารุนแรงก่อนการยุติการตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดร้อยละ 38.54 โดยพบมากในกลุ่มสตรีที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และกลุ่มที่มีสถานภาพเป็นหม้าย ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการคัดกรองอาการซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจอย่างเหมาะสมก่อนการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และทีมงานสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลบรรพตพิสัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในทุกขั้นตอนอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. เอกสารความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์/ผู้รับบริการ: การทำแท้ง (Induced Abortion) IC 66-012 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566 ก.ค. 21 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rtcog.or.th/files/1702887231_a87713977e498d69aaf4.pdf
2. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). New WHO guidelines on abortion: A landmark tool to prevent unsafe abortion [Internet]. London: FIGO; 2022 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.figo.org/news/new-who-guidelines-abortion-landmark-tool-prevent-unsafe-abortion>.
3. กรุงเทพมหานคร. หญิงไทยเข้าทำแท้งปีละ 30,000 คน เล็งแก้กฎหมาย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร; 2567 มี.ค. 7 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1116667>
4. กุศลภรณ์ วงษ์นิยม, สุพร อภินันทเวช. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(3):195-205.
5. สาวิตรี วงศ์ประดิษฐ์, โสเพ็ญ ชูนวน, สุนันทา ย่างวนิช เศรษฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1),29-41.
6. Zhang Q, Wang N, Hu Y, Creedy DK. Prevalence of

- stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2022;19(1):64. Doi:10.1186/s12978-022-01366-1
7. Wallin Lundell I, Sundström Poromaa I, Frans Ö, Helström L, Högberg U, Moby L, et al. The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(6):480-8. Doi:10.3109/13625187.2013.828030
 8. Gao GP, Zhang RJ, Zhang XJ, Jia XM, Li XD, Li X, et al. Prevalence and associated factors of induced abortion among rural married women: a cross-sectional survey in Anhui, China. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015;41(3):383-91. Doi:10.1111/jog.12547
 9. กฤตพร เมืองพร้อม. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในสตรีหลังแท้งบุตร. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.vachiraphuket.go.th>.
 10. Doyle C, Che M, Lu Z, Roesler M, Larsen K, Williams LA. Women's desires for mental health support following a pregnancy loss, termination of pregnancy for medical reasons, or abortion: a report from the STRONG Women Study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;84:149-57. Doi:10.1016/j.genhosppsych.2023.07.002.
 11. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3. รายงานผลการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://mhc3.dmh.go.th/ITA2565/O12/รายงานผลการดำเนินงานประจำปี%202564.pdf>
 12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
 13. Arunpongpaissal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. *Asian J Psychiatr*. 2009;2(4):149-52. Doi:10.1016/j.ajp.2009.10.002
 14. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2558.
 15. Aryal S, Basnet RS. First Trimester Abortion and Psychiatric Morbidity. *J Nepal Health Res Counc*. 2024;22(1):58-65. Doi:10.33314/jnhrc.v22i01.5025
 16. Metcalfe A, Talavlikar R, du Prey B, Tough SC. Exploring the relationship between socioeconomic factors, method of contraception and unintended pregnancy. *Reprod Health*. 2016;13(1):28. Doi:10.1186/s12978-016-0151-y
 17. Zhao Y, Chen M, Ye Z, Wang J, Lu Q, Xie Z, et al. Stage-specific association between unintended pregnancy and perinatal depression and the modifying roles of socioeconomic status: A longitudinal cohort study in China. *J Affect Disord*. 2025;386:119478. Doi:10.1016/j.jad.2025.119478
 18. Arambepola C, Rajapaksa LC, Attygalle D, Moonasinghe L. Relationship of family formation characteristics with unsafe abortion: is it confounded by women's socio-economic status? *Reprod Health*. 2016;13(1):75. Doi:10.1186/s12978-016-0173-5