



การดูแลสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ : บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ Caring for the Women with Unintended Pregnancy: The Nurse Midwife Roles

ชลรดาภรณ์ พันธุ์ชิน พย.ม.*

Choonradaa Panttchin M.N.S.*

บทนำ

“สตรีทุกคนมีสิทธิที่จะเลือกสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมต่อร่างกายตนรวมถึงการดูแลเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย...สตรีสามารถกำหนดอนาคตของตนได้...ได้รับการเอาใจใส่จากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์...ทั่วโลก...เพื่อยุติการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมต่อร่างกายตนเองจนนำมาซึ่งการเสียชีวิตอย่างไม่ยุติธรรม...”¹

ข้อความข้างต้นเป็นคำประกาศเพื่อปกป้องสิทธิต่อเนื้อตัวร่างกายตนเองของสตรีข้างต้น มีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2516 โดยองค์กรเอกชนนานาชาติ Ipas¹ ซึ่งเป็นแนวคิดความเป็นแม่อย่างปลอดภัยและสิทธิความเสมอภาคของสตรีเกิดจากการเรียกร้องของนักสตรีนิยมในเรื่องสิทธิสตรีที่ชี้ให้เห็นว่าสตรีสูญเสียอำนาจในการควบคุมร่างกายและชีวิตตน สะท้อนให้เห็นถึงการถูกเอาเปรียบด้านสุขภาพจากสังคมบนแนวคิดพื้นฐานทางชีววิทยาที่กำหนดบทบาทสตรี คือ การตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูลูก และความรับผิดชอบในบ้าน สังคม แบบชายเป็นใหญ่²

ปัจจุบันมีสตรีจำนวนไม่น้อยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจซึ่งเธอเหล่านั้นยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรและอาจเกิดจากความไม่รู้ ไม่ได้คุมกำเนิด ใช้วิธีการคุมกำเนิดไม่ถูกต้องหรือล้มเหลวในการใช้วิธีคุมกำเนิด สถานการณ์การตั้งครรภ์ในลักษณะนี้ย่อมนำมาซึ่งความยากลำบากในการตัดสินใจว่าจะเลือกตั้งครรภ์ต่อไป หรือเลือกสิ้นสุดการตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ โดยมีเป้าหมายของการนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในทุกช่วงวัย

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจสำคัญอย่างไร

สภาพสังคมปัจจุบันต่างมุ่งเป้าให้ความสนใจเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ ไม่ได้ให้ความสนใจแก่กลุ่มสตรีที่มีสามีและเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ หรือไม่พร้อมตั้งครรภ์ ทำให้สตรีกลุ่มนี้จึงเสมือนถูกละเลยในขณะที่มีปัญหาอยู่ไม่น้อย และหลายคนนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตและอยู่ในสภาพ “บ้านแตก” บทความนี้มุ่งนำเสนอปรากฏการณ์ของสตรีที่ตั้งท้องโดยที่ไม่ตั้งใจ ต้องเผชิญและอาจนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตได้อย่างน่าเสียดาย คือ การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ (Unintended Pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์นั้นไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ตั้งใจที่จะท้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายประการ อาทิ 1) จากพฤติกรรมของคู่สมรส มีการแยกทาง หรือ การนอกใจของคู่สมรส หรือ คู่สมรสไม่มีความรับผิดชอบ 2) จากการขาดการวางแผนการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ไม่คุมกำเนิด หรือ ขาดความรู้ในการคุมกำเนิด หรือ ไม่ตระหนักต่อปัญหา หรือ อาจมีการคุมกำเนิด แต่มีความผิดพลาดในการคุมกำเนิด 3) สถานการณ์ชีวิตไม่เอื้อต่อการเลี้ยงบุตรเพิ่ม เช่น ต้องทำงานหรือต้องศึกษาต่อไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ 4) เป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ 5) มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ หรือ รายได้ไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงบุตรเพิ่ม ซึ่งผู้เขียนได้สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม^{3,4,5} และแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจของสตรีที่สมรสแล้ว^{3,4,5}

สาเหตุจากความไม่ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์หรือมีบุตร ทำให้สตรีจำนวนหนึ่งต้องตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง ซึ่งเป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมายและไม่ปลอดภัย หรือสตรีบางคนต้องจำใจอุ้มท้องตั้งครรภ์ต่อไป โดยที่ผลลัพธ์อาจตามมาซึ่งการคลอดไม่มีคุณภาพ การเลี้ยงทารกให้เติบโตไร้คุณภาพ และ อาจนำมาซึ่งการมีครอบครัวที่ไม่พร้อมมีบุตรและเป็นครอบครัวไร้คุณภาพ จนนำมาซึ่งการสร้างปัญหาให้แก่สังคมที่ต้องแบกรับในการที่มีพลเมืองไร้คุณภาพได้^{1,2}

ที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของสตรีในการตั้งครรภ์มากนัก แต่ในสหรัฐอเมริกาได้มีการการศึกษาพบว่า ร้อยละ 48 ของสตรีช่วงวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15 ถึง 44 ปี เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการไม่ได้คุมกำเนิด^{6,7} ปัจจุบันอัตราการเกิดโดยรวมของประชากรไทยทั้งประเทศมีแนวโน้มลดลง ประเทศไทยจึงกำหนดให้การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป็นหนึ่งยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และมีกลยุทธ์เฉพาะกิจในการพัฒนางานด้านมารดาทารก โดยมุ่งเน้นและให้ความสำคัญในการเพิ่มจำนวนการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากร โดยส่งเสริมการเกิดในสตรีที่มีความพร้อมและตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ เพื่อให้การเกิดทุกรายมีความพร้อม มีการวางแผน และได้รับความช่วยเหลือในการมีบุตร⁸ ซึ่งหากการเกิดนั้นมาจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ จะทำให้การเกิดที่น้อยอยู่แล้วยิ่งด้อยคุณภาพและมีผลต่อคุณภาพที่ไม่ดีของ ประชากรในอนาคตได้

“ขอให้มียูนิคอร์นในบ้าน ให้มีหลานเต็มเมือง” เป็นคำอวยพรที่เราคุ้นหู เป็นคำนิยมในสังคมไทย⁹ ซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมจึงให้ความสำคัญแก่การที่สังคมจะมีการเพิ่มจำนวนคนเพิ่มแรงงานและเพิ่มกำลังการผลิตทางการเกษตร ดังนั้น การตั้งครรภ์และการคลอดถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่น่ายินดี และเป็นหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของการเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ หากการตั้งครรภ์ครั้งนั้นเกิดขึ้นจากความตั้งใจและความพร้อมของสตรีที่ตั้งครรภ์และครอบครัว ที่ต้องการมีทายาทเพื่อสืบทอดวงศ์ตระกูล แต่ถ้าวการตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นจากความไม่ตั้งใจ โดยเฉพาะเกิดการตั้งครรภ์ในขณะที่สตรีและคู่สมรสยังไม่มีความพร้อมที่จะมีบุตร การตั้งครรภ์ครั้งนั้นก็อาจส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิต



ทั้งต่อสตรีผู้ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์รวมทั้งครอบครัวได้ ทั้งนี้พบว่าหลังปี พ.ศ. 2539 จำนวนการคลอดในประเทศไทยต่ำกว่าปีละ 9 แสนคน จนถึงปี พ.ศ. 2542 จำนวนการคลอดในประเทศไทยต่ำกว่า 8 แสนคนเป็นครั้งแรก จากนั้นจำนวนการเกิดในปี พ.ศ. 2557 มีเด็กเกิดในประเทศไทยเพียง 7 แสน 7 หมื่นคน ซึ่งจะเห็นปรากฏการณ์ที่ประเทศยังพัฒนาทางเศรษฐกิจมากขึ้น คนในประเทศนั้นๆ ยังมีลูกกันน้อยลง สตรีในประเทศไทยโปรตอนตกมีลูกโดยเฉลี่ยไม่เกินคนละ 2 คน ส่วนในทวีปเอเชีย สตรีสิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน มีลูกเฉลี่ยคนละ 1.2-1.3 คนเท่านั้น¹⁰

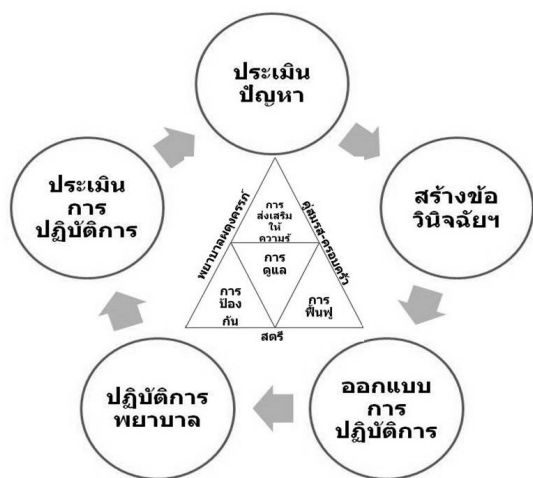
อาจกล่าวได้ว่า การมีลูก เป็นภาระอย่างหนึ่งของสตรีและครอบครัวระยะเริ่มสร้างครอบครัว และมีผลต่อคะแนนความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว จากการทำวิจัยทั่วประเทศจำนวน 6,231 ครอบครัว ระยะเริ่มสร้างครอบครัว มีค่าคะแนนลดต่ำกว่าระยะครอบครัว ระยะอื่นๆ¹¹ ที่ผ่านมาจากกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว มีทางเลือกในการคุมกำเนิดที่หลากหลาย ประชากรไทยสามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดได้สะดวก และมีอัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดค่อนข้างสูง แต่ยังคงพบว่ามีสตรีกลุ่มหนึ่งที่มีการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพต่อสตรีที่สำคัญและนำมาซึ่งการทำแท้งผิดกฎหมาย มีผลการศึกษเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ในสตรีอายุ 15 – 59 ปี ในชุมชนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าสตรีที่เคยตั้งครรภ์ จำนวน 925 คน เป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ไดวางแผน หรือไม่ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์สูงถึง ร้อยละ 45 และในจำนวนนี้มีอัตราการทำแท้งร้อยละ 16 โดยกลุ่มอายุ 20 – 29 ปี มีการทำแท้งมากที่สุด¹² เช่นเดียวกับข้อมูลจากผลการศึกษานโยบายและสถานการณ์การใช้ยาคุมกำเนิดของไทยเพื่อพัฒนาสุขภาพหญิงไทยและคุ้มครองความปลอดภัยของสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิด ที่พบว่าสถิติการทำแท้งในกลุ่มสตรีที่สมรสแล้วมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการคุมกำเนิดที่ล้มเหลวและค่านิยมในสังคมที่ต้องการครอบครัวขนาดเล็กลงเพราะความจำเป็นทางเศรษฐกิจ¹⁰

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทยมีการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ หรือตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาหลายๆด้านตามมา นโยบายเร่งด่วนในการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจจึงมุ่งเน้นไปที่กลุ่มวัยรุ่นเป็นสำคัญ ในขณะที่สตรีวัย

เจริญพันธุ์กลุ่มอื่นก็มีโอกาสเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจได้เช่นเดียวกัน แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงอย่างครอบคลุม ทำให้การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ใช่วัยรุ่นวัยรุ่นเรียนถูกละเลยและไม่ได้ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีที่สมรสแล้วที่ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดจากการตั้งครรภ์ของสตรีกลุ่มนี้มีคุณภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตเพราะความไม่รู้หรือไม่มีความรู้ หรือไม่มีความรู้เข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และสามารถให้กำเนิดทารกซึ่งเป็นพลเมืองของสังคมอย่างมีคุณภาพ

กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ

ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจนี้ ผู้เขียนได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการพยาบาลสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น¹³ เป็นแนวปฏิบัติที่ให้ความสำคัญด้านความเท่าเทียมทางเพศและความแตกต่างทางวัฒนธรรม ไม่เชื่อในการให้บริการสุขภาพที่อ้างอิงมาตรฐานชุดเดียวกันหรือการบริการแบบเหมารวม (One size fits all) โดยมีองค์ประกอบสำคัญของผู้เกี่ยวข้อง คือ สตรีที่มีความเสี่ยง หรือ มีภาวะตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจสามีและครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในชีวิตสตรี และมีพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ดูแลเอื้ออำนวยให้เกิดสุขภาวะสตรีที่เสี่ยงหรือมีภาวะตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ผ่านกรอบการปฏิบัติการ 4 ระดับ คือ 1) การสร้างเสริมสตรีด้านการมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิตนเอง การป้องกันการตั้งครรภ์เพื่อสร้างพลังอำนาจให้สตรี 2) การป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อม 3) การดูแลสุขภาวะสตรีเมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ 4)ฟื้นฟูสภาพ สร้างทางเลือกเมื่อมีปัญหาดังกล่าวตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ โดยปฏิบัติการตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนตามรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ¹³

สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจในสตรีที่สมรสแล้ว

กรณีตัวอย่าง : นางไก่อ อายุ 38 ปี มีอาชีพขายไก่ย่างที่ตลาด ส่วนสามีอายุ 42 ปี มีอาชีพรับจ้างขายรถยนต์ในจังหวัด ปกติกลับบ้านมาเยี่ยมครอบครัวสม่ำเสมอสัปดาห์ละครั้ง แต่งงานกับสามีเมื่ออายุ 22 ปี และตั้งครรภ์บุตรชายคนแรกเมื่ออายุ 27 ปี ขณะนั้นบุตรชายคนแรกมีอายุ 10 ปี กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนในหมู่บ้าน ตั้งแต่หลังคลอดบุตรคนแรกก็ไม่ได้คุมกำเนิดชนิดใดเลยตลอดมา แต่ก็ไม่ตั้งครรภ์อีกเลย ต่อมาพบว่าประจำเดือนขาดไป 2 เดือน จึงคิดว่าเป็นอาการของภาวะใกล้หมดประจำเดือน ไปตรวจปัสสาวะที่ รพ.สต. ใกล้บ้านจึงพบว่าตั้งครรภ์ แต่เป็นการตั้งครรภ์ที่นางไก่อคิดว่าไม่พร้อมจะเลี้ยงดูลูกคนนี้ได้เพราะตนเองอายุมากแล้ว ญาติพี่น้องของตนเองก็อยู่หมู่บ้านไกลออกไป และเมื่อสองสามเดือนที่ผ่านมาสามีเปลี่ยนไปไม่ค่อยกลับบ้าน ไม่ส่งเงินให้เหมือนเคย และได้ข่าวจากเพื่อนบ้านที่ไปทำงานที่เดียวกันว่าสามีติดผู้หญิง จึงตามไปหาสามีที่ในเมือง พบว่าอยู่กับผู้หญิงอื่นจริงตามที่เพื่อนบ้านบอก นางไก่อเสียใจมาก ได้ปรึกษาเพื่อนบ้านที่เคยมีประสบการณ์ทำแท้ง และได้ไปทำแท้งที่สถานที่แห่งหนึ่งในจังหวัด ด้วยวิธีฉีดสารเคมีเข้าช่องคลอดเพื่อให้เด็กแท้ง หลังจากนั้นไม่กี่วันต่อมาพบว่ามียอดออกมามาก ไขว่สูงหนาวสั่น ต้องพาส่งโรงพยาบาลด้วยภาวะช็อกและติดเชื้อในกระแสเลือด

การวิเคราะห์กรณีตัวอย่างและสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจของสตรีสมรสแล้ว : มีปัญหาการตั้งครรภ์

ไม่ตั้งใจจากสถานการณ์วิกฤตวัยกลางคนในครอบครัวที่สามีซึ่งไปทำงานต่างถิ่นมีพฤติกรรมนอกใจภรรยา เมื่อมีการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เพราะขาดการป้องกันเนื่องจากมีความเชื่อว่าตนเองเป็นผู้มีบุตรยาก แต่เมื่อประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ยังใช้แหล่งประโยชน์จากเพื่อนบ้านซึ่งอาจไม่มีคุณภาพเพียงพอ ขาดการเข้าถึงข้อมูลแหล่งประโยชน์ ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องปลอดภัย เป็นสาเหตุนำไปสู่การได้รับข้อมูลและเลือกวิธีปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม จนนำมาซึ่งอันตรายต่อตนเอง ทารก และครอบครัว

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในสังคมไทยปัจจุบันที่ถึงแม้ว่าจะแต่งงานมีครอบครัวแล้ว มีสามี ก็ไม่ได้เป็นข้อบ่งบอกว่าครอบครัวเหล่านี้จะมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ พร้อมต่อการมีบุตรคนใหม่เสมอตามสถานการณ์ทั่วไป เมื่อแต่งงานมีครอบครัวแล้วย่อมถือว่าเป็นผู้ที่มีความพร้อมในหลายๆด้าน ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว มีวุฒิภาวะและศักยภาพเพียงพอที่จะคิดและตัดสินใจ มีอิสระในการวางแผนเพื่อเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดด้านสุขภาพครอบครัวได้ด้วยตัวเอง สังคมจึงคาดหวังว่าสตรีกลุ่มนี้จะเป็นผู้ที่มีความพร้อมที่ดีในการวางแผนครอบครัว เนื่องจากมีศักยภาพที่สามารถเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการคุมกำเนิดได้ง่ายและได้รับการยอมรับ แต่กลับพบว่าสตรีกลุ่มที่สมรสแล้วนี้ มีจำนวนไม่น้อยที่เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ไม่ตั้งใจ จนนำมาซึ่งการตัดสินใจแก้ปัญหาก็เสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตรายทั้งต่อตนเอง ทารกในครรภ์ สุขภาวะของบุตรที่มีชีวิตอยู่ และสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ผ่านมามีหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชนที่เกี่ยวข้องมีการรณรงค์ เผยแพร่ความรู้และการปฏิบัติอย่างจริงจังเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาก่อนสมรสซึ่งรวมบริการด้านการคุมกำเนิดเพื่อให้คู่สมรสสามารถวางแผนกำหนดระยะเวลาการมีบุตรเมื่อพร้อม แต่ยังคงพบการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังในรายงานผลการศึกษามูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ที่พบว่าผู้มาขอรับคำปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้ตั้งใจ มีจำนวนมากถึง 1,123 ราย คิดเป็น ร้อยละ 70 ของผู้มาขอใช้บริการทั้งหมด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้ตั้งใจ คือการไม่ได้คุมกำเนิดมากที่สุด รองลงมาคือการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง¹⁴ นอกจากนี้ยังมี



ข้อมูลจากการประมวลสาเหตุการท้องไม่พร้อมจากงานวิจัยในประเทศไทย ซึ่งหากวิเคราะห์เฉพาะการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ที่เกี่ยวกับปัญหาการคุมกำเนิด พบว่า มีหลายสาเหตุ ได้แก่ การไม่คุมกำเนิด คุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติซึ่งมีประสิทธิภาพน้อย เช่น การนับวัน การหลั่งข้างนอก นอกจากนี้ยังพบการตั้งครรภ์จากการใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง การคุมกำเนิดล้มเหลว รวมทั้งการที่ฝ่ายชายปฏิเสธการเป็นผู้รับผิดชอบในการคุมกำเนิดบางวิธี เช่น ถุงยางอนามัยชาย¹⁰ นอกจากนี้การเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสมของคู่สมรส อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะไม่สุขสบายและทำให้ต้องหยุดใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ และเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจขึ้นได้

สาเหตุของปัญหาในการคุมกำเนิดที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสที่ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ส่วนหนึ่งอาจมาจากปัญหาด้านการให้บริการของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อยคือบุคลากรที่ให้บริการคุมกำเนิดมีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจแตกต่างทางวัฒนธรรมและเพศภาวะ^{1,2} มีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดต่างๆ อย่างลึกซึ้ง¹⁴ จึงให้บริการโดยไม่ได้อธิบายหรือให้คำปรึกษาก่อนและหลังการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ แก่ผู้มาใช้บริการอย่างละเอียดและเพียงพอ ทำให้ผู้มาใช้บริการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดจึงทำให้เกิดความไม่พอใจ การที่ผิดปกติดังกล่าวจะยิ่งทำให้ความจำเป็นทำให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาการคุมกำเนิดในสตรีที่สมรสแล้ว ที่มาคลอดในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า วิธีการคุมกำเนิดที่มีการเลือกใช้มากที่สุด คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และพบว่ามีการใช้ยาไม่ถูกต้อง คือ หยุดกินยา ทั้งๆ ที่ยังไม่ต้องการตั้งครรภ์ ซึ่งพบกรณีนี้ในสตรีครรภ์แรก ร้อยละ 19.7 และในสตรีครรภ์หลัง ร้อยละ 20.1¹⁴

ดังนั้น สตรีที่มีคู่สมรสทุกรายจึงต้องมีการวางแผนการตั้งครรภ์ร่วมกับคู่สมรสตลอดช่วงชีวิตวัยเจริญพันธุ์ มีการเตรียมตัวให้มีความพร้อมทุกๆ ด้าน เพราะความตั้งใจว่าจะตั้งครรภ์หรือไม่ตั้งครรภ์ เป็นจุดเริ่มต้นที่จะส่งผลต่อการดำเนินไปของการตั้งครรภ์อย่างชัดเจน เป็นที่ทราบกันดีว่าในทุกๆ การตั้งครรภ์และการคลอด สตรีตั้งครรภ์ทุกคนมีโอกาสที่จะเกิดภาวะเสี่ยงขึ้นได้ทั้งต่อตัวเองและต่อทารก ซึ่งอาจทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการตั้งครรภ์และระหว่างการคลอด ซึ่งถ้ารุนแรงอาจถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ทั้งแม่และลูก

แม้ว่าการไปฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยลดอันตรายต่าง ๆ ลงได้ แต่ก็ไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด และหากการตั้งครรภ์นั้นเป็นท้องที่ไม่ตั้งใจ จะยิ่งเพิ่มความยากลำบากแก่สตรีตั้งครรภ์ และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่ตั้งครรภ์ตามมาได้มากมาย โดยเฉพาะภาวะเครียดที่เกิดจากความไม่พร้อมที่จะมีบุตร และสิ่งที่จะตามมาคือความต้องการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่มีผู้ศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้อำนาจแผน จะนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์สูงถึง ร้อยละ 23¹⁵ ยิ่งไปกว่านั้นหากการยุติการตั้งครรภ์เป็นวิธีการที่ไม่ปลอดภัย มักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ตกเลือด ติดเชื้อ การบาดเจ็บหรือการสูญเสียอวัยวะและอาจเสียชีวิตได้^{15,16} ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 1 ใน 7 ของสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก¹⁰ ในประเทศไทยกฎหมายการทำแท้งยังมีเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดอยู่มาก ทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจหรือท้องไม่พร้อม ไม่สามารถเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยได้ทั้งหมด สตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจจำนวนมากจึงจำเป็นต้องตั้งครรภ์ต่อไปจนคลอด ซึ่งในสถานการณ์การตั้งครรภ์ลักษณะนี้อาจส่งผลให้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์เป็นการเกิดที่ไม่มีคุณภาพได้ เนื่องจากการท้องที่ไม่ตั้งใจจึงไม่เกิดความตระหนักว่าตั้งครรภ์ทำให้ละเลยการดูแลการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม เช่น การไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งอาจทำให้ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์อาจจะมีภาวะซึมเศร้า เครียด ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ไม่ยอมรับบุตรในครรภ์ ทำให้มีความทุกข์ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด อาจมีผลให้ไม่ยอมรับการปรับบทบาทการเป็นมารดาที่ดี ไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างสัมพันธภาพกับทารก¹⁷ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจลดลงซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อเนื้อถึงสุขภาพและพัฒนาการของทารกตามมาได้อีก^{16,18} การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจในบางครั้ง เกิดขึ้นกับสตรีที่มีปัญหาสุขภาพอยู่ก่อนแล้ว แต่เกิดความล้มเหลวในการคุมกำเนิด เช่น การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามในการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในระยะหลังคลอดไม่นาน ซึ่งกรณีเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงหรือ



อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่รุนแรงมากขึ้นได้ หรือแม้แต่การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุมากโดยเฉพาะสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งทางสูติกรรมและอายุรกรรมมากขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มอุบัติการณ์ความผิดปกติเกี่ยวกับโครโมโซมของทารกในครรภ์ด้วย¹⁸

ปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ที่คัดสรรในการดูแลสตรีที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ

ในการปฏิบัติการพยาบาลที่คัดสรรต่อสตรีที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ผู้เขียนขอเสนอตามกรอบการปฏิบัติการพยาบาล 4 ระดับ¹³ คือ 1) การสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสร้างเสริมพลังอำนาจสตรี 2) การป้องกันปัญหา 3) การดูแลเมื่อเกิดปัญหา และ 4) การฟื้นฟูสภาพเยียวาสตรีเมื่อเกิดปัญหา ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

การสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสร้างเสริมพลังอำนาจสตรีและการให้ความรู้รวมถึงการฟื้นฟูสภาพเยียวาสตรีที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เมื่อเกิดปัญหาตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ (การป้องกันระดับ 1 และ ระดับ 4)

- ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล: (เสี่ยงต่อการ) มีความรู้สึกรับพลังอำนาจของสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจจากการให้คุณค่าทางสังคมที่สตรีเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านการเจริญพันธุ์ในสังคมชายเป็นใหญ่

- ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เศร้าโศกอันเนื่องมาจากการ (คาดว่า) สูญเสียความคาดหวังต่อการมีสามีและบุตรที่พึงประสงค์/ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์/ การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ

การสร้างพลังอำนาจแก่สตรีจะเกิดขึ้นได้ ต้องจัดให้สตรีมองเห็นและกล้าสะท้อนความคิดจิตสำนึกเชิงวิพากษ์และปรากฏการณ์ทางสังคมที่เป็นต้นเหตุทำให้สตรีรู้สึกไม่กล้าคิด ไม่กล้าทำ ไม่กล้าเป็นฝ่ายเรียกร้องคู่สมรสให้เป็นผู้รับผิดชอบในการคุมกำเนิด หรือ ร่วมตัดสินใจในการเลือกที่จะมีบุตรหรือไม่มีบุตรในช่วงเวลานั้นๆ เน้นผลกระทบทางด้านชีวภาพต่อวงจรชีวิตของสตรีในเรื่อง การมีรอบเดือน การตั้งครรภ์ การให้กำเนิดบุตร และการหมดประจำเดือน (Menopause) รวมถึงแบบแผนการสื่อสารกับครอบครัวด้วย โดยพยาบาลผู้ดูแลต้องมีท่าทีต่อสตรีผู้ใช้บริการด้วยการแสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) มีการสร้างสัมพันธภาพอย่างอบอุ่น (Rapport) มีมุมมอง

ปัญหาสตรีแบบองค์รวม (Holistic views) โดยเริ่มจาก 1) การตั้งคำถามและสะท้อนคิดให้สตรีตอบ 2) หาทางเลือกที่จะช่วยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสบายใจและเป็นธรรมชาติมากขึ้น 3) ทำความเข้าใจในพลังอำนาจหรือสมรรถภาพภายในของตนเอง (Self-efficacy) มองตนเองในด้านดีที่มีอยู่ ไม่ปรักปรำตำหนิหรือลงโทษตนเองสำหรับเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมา หากตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาการปรับตัวต่อความรู้สึกของตนเองตลอดเวลา พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกันการมีบุตรเมื่อยังไม่พร้อม 3) คิดหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามข้อ 2 และ 4) ประเมินผลการปฏิบัติที่ตนเองทดลองทำตามที่ได้หาแนวทางไว้¹⁹⁻²¹

การป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ (การป้องกันระดับ 2)

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล: (เสี่ยงต่อการ) ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจซ้ำซากอันเนื่องมาจากความเชื่อว่ามีบุตรยาก/ การขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยผลของการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวดังตามที่กล่าวมาแล้วนั้น ระบบบริการสุขภาพมีบทบาทและความสำคัญในการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีมีทางเลือกที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สตรีทุกคนมีสุขภาพะทุกช่วงวัยตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all age)²² มีแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ดังนี้

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ได้แก่การให้ความรู้ ให้คำปรึกษารวมทั้งให้บริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทและภาวะสุขภาพของสตรีแต่ละคนโดยต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย จัดให้มีบริการที่ได้มาตรฐานที่สตรีและคู่สมรสสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก การให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อให้คู่สมรสสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมาะสมตามความต้องการและภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ควรครอบคลุมทั้งในสตรีที่ยังไม่ตั้งครรภ์ สตรีและคู่สมรสที่เคยตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ รวมทั้งสตรีระยะหลังคลอดหรือหลังแท้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ เพื่อไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจซ้ำอีก โดยรูปแบบการจัดบริการควรเน้นให้สตรีทุกคน



สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน นอกจากนั้นการจัดให้มีบริการแบบครบวงจร ทั้งการให้คำปรึกษาและให้บริการแบบลดขั้นตอนเพื่อให้สตรีและคู่สมรสทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย ยืดหยุ่น และไม่จำกัดเฉพาะเวลาราชการ เนื่องจากสตรีที่มีครอบครัวแล้วส่วนมากจะเป็นกลุ่มวัยทำงานและยังมีภาระด้านอื่นๆ ซึ่งอาจมีเวลาจำกัดในการมาใช้บริการ และต้องให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการใช้รวมทั้งผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ซึ่งแม้ว่าจะเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แต่หากมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างการใช้อย่างไรก็ตามทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความกังวลและหยุดใช้การคุมกำเนิดวิธีนั้นๆ ทั้งที่ยังมีความจำเป็น เช่น มีเลือดออกกะปริดกะปรอย มีอาการปวดท้องน้อย มีตกขาวมาก มีเลือดประจำเดือนออกมาก เป็นต้น นอกจากนั้นการรับรู้ข้อมูลหรือมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด เช่น ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งชนิดต่างๆ หรือทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม ผลต่อสมรรถภาพทางเพศ ก็อาจจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการให้บริการคุมกำเนิดตลอดจนทำให้มีผลกระทบต่อการดำรงการใช้การคุมกำเนิดตลอดด้วย ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับกลไกและผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี เพื่อให้ข้อมูลแก่สตรีและคู่สมรสเข้าใจได้ถูกต้อง

ดังมีแนวทางและขั้นตอนในการให้คำปรึกษาการป้องกันการตั้งครรภ์ ดังนี้

1) การทักทายและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการ สตรีหรือคู่สมรสโดยทั่วไปที่มาใช้บริการที่แผนกวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่มักมีความต้องการที่จะคุมกำเนิด แต่ในบางกรณีอาจยังมีความไม่แน่ใจหรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการควรให้การต้อนรับด้วยความเต็มใจทักทายด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม มีไมตรี เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ใช้บริการเกิดความไว้วางใจและมั่นใจในการที่จะขอใช้บริการ การวางแผนครอบครัว

2) การสอบถามความต้องการของผู้มาใช้บริการ โดยสอบถามถึงความต้องการการคุมกำเนิดและวิธีคุมกำเนิด จะช่วยให้สามารถประเมินข้อมูลเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาได้ตรงความต้องการของผู้มาใช้บริการได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น

3) การให้ข้อมูลการคุมกำเนิดแต่ละวิธี ได้แก่ ข้อบ่งชี้ ข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน

ต่างๆ ที่อาจพบได้ระหว่างการใช้การคุมกำเนิดแต่ละวิธี เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ให้บริการใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองและคู่สมรส

4) การอธิบายรายละเอียดวิธีการคุมกำเนิดที่ได้รับบริการเลือก เมื่อคู่สมรสเลือกวิธีคุมกำเนิดแล้วควรให้คำปรึกษาที่เฉพาะเกี่ยวกับวิธีการใช้และขั้นตอนการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ โดยละเอียด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ใช้บริการไม่มีข้อห้ามในการคุมกำเนิด และเพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการคุมกำเนิดที่เลือกอย่างละเอียด พยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้เวลาและเปิดโอกาสให้คู่สมรสได้ซักถามข้อสงสัย ตลอดจนตอบคำถาม และให้คำแนะนำอย่างเต็มใจจนกว่าผู้ใช้บริการจะเข้าใจอย่างถูกต้องก่อนให้บริการคุมกำเนิดตามวิธีที่เลือก

5) การนัดผู้รับบริการมาตรวจติดตามหลังการคุมกำเนิด ภายหลังจากที่ให้บริการคุมกำเนิดแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ควรจะมีการนัดผู้ใช้บริการให้มาตรวจติดตาม ซึ่งการนัดจะขึ้นอยู่กับวิธีการคุมกำเนิดชนิดนั้นๆ นอกจากนั้นควรแนะนำให้ผู้ใช้บริการทราบเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการคุมกำเนิดที่อาจเกิดขึ้นและการดูแลที่ถูกต้องรวมทั้งแนะนำให้ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจทันทีหรือเร็วที่สุด ทั้งนี้ต้องรวมถึงอาการและอาการแสดงที่สงสัยว่ามีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นด้วย

การดูแลเมื่อเกิดปัญหาตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ (ระดับ 3)

- ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (เสี่ยงต่อการ) ไม่สามารถดูแลครรภ์และทารกในครรภ์ให้มีความสมบูรณ์ มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม อันเนื่องมาจากความไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์

- ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล : (กรณีไม่ทำแท้ง แต่มีความคิดไม่ต้องการทารก) เสี่ยงต่อการไม่สามารถพัฒนาบทบาทการเป็นมารดาได้/ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ในการดูแลตนเองและดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ เนื่องจากความไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ถือเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของชีวิตครอบครัว สตรีตั้งครรภ์จะต้องดำเนินภารกิจไปตามพันธกิจของการตั้งครรภ์ (Task of pregnancy) ตั้งแต่การสร้าง ความมั่นใจและยอมรับการตั้งครรภ์ตลอดจนการยอมรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์¹⁴ แต่ในสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจอาจเกิดความคับข้องใจทำให้มีความยากลำบากในการปรับตัว และอาจล้มเหลวในการพัฒนาพัฒนา



กิจของการตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของสตรีให้สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดผลเสียต่อชีวิตและสุขภาพทั้งมารดาและทารก และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจตัดสินใจมาที่โรงพยาบาล ควรได้รับการต้อนรับอย่างเป็นมิตร สอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญ ดังนี้

- 1) ประเมินความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการเบื้องต้นของสตรีตั้งครรภ์¹⁵ จากนั้นประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน หากผู้ใช้บริการจำประจำเดือนไม่ได้ หรือประจำเดือนไม่สม่ำเสมอให้ส่งพบแพทย์เพื่อยืนยันอายุครรภ์และวางแผนการดูแลต่อไป¹⁶
- 2) การให้คำปรึกษาทางเลือก (Option counseling) ซึ่งเป็นกระบวนการประเมิน การตัดสินใจอย่างระมัดระวังบนฐานข้อมูลที่เพียงพอ เป็นวิธีการที่สำคัญและเหมาะสมนำมาใช้กับกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงมีทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ซึ่งหลักการสำคัญ ได้แก่ ก) ลดความกังวลของผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดสมาธิที่จะเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตัวเอง ข) สร้างความหวังหรือลดความกลัวต่อการเลือกแนวทางใดแนวทางหนึ่ง ค) ให้ความรู้และข้อเท็จจริง ง) ระบุหรือค้นหาจุดแข็งของผู้ใช้บริการ จ) ให้ข้อมูลทางเลือกที่ชัดเจน ฉ) สนับสนุนให้ผู้ใช้บริการให้ตัดสินใจในการเลือก ข) ช่วยให้ผู้ใช้บริการรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาจากการเลือก ข) สนับสนุนให้ปฏิบัติได้ตามทางเลือก ฉ) สรุปการตัดสินใจ^{17,18} อย่างไรก็ตามกระบวนการดังกล่าว จะต้องใช้ทักษะการพูดคุยสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ซึ่งการให้ข้อมูลจะมีผลต่อทางเลือกหรือการตัดสินใจของสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ดังนั้นพยาบาลควรได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะเหล่านี้ให้ชำนาญก่อนจะนำไปใช้การให้ทางเลือกที่เป็นไปได้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ ถึงแม้ว่าในสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ จะมีทางเลือกในชีวิตไม่มากนัก แต่พยาบาลควรให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือก เพื่อประกอบการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์โดยทางทางเลือกที่เป็นไปได้ มี 3 แนวทาง ได้แก่²²⁻²⁵ ก) หากตั้งครรภ์ต่อไปมีการวางแผนการเลี้ยงดูทารกอย่างไร หากหลังการให้คำปรึกษาแล้วสตรีตั้งครรภ์เลือกที่จะตั้ง

ครรภ์ต่อไปและเลี้ยงลูกด้วยตนเอง พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด เช่น การฝากครรภ์ การดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษาและบริการที่จะได้รับระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอด ตลอดจนแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในระหว่างที่ตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมถึงสิทธิในการรักษาต่างๆ หรือแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถไปใช้บริการได้ ข) หากตั้งครรภ์ต่อไปจนกระทั่งคลอดแล้วฝากคนอื่นเลี้ยงลูกหรือยกให้เป็นบุตรบุญธรรมคนอื่น ในกรณีสตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อจนคลอดแต่ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้ พยาบาลควรมีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือ และเป็นผู้ประสานงานในการช่วยเหลือ เช่น สถานที่รับเลี้ยงเด็กหลังคลอดหรือประสานงานศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อประสานงานกับหน่วยงานที่รับเลี้ยงดูเด็กในกรณีที่พ่อแม่เด็กไม่สามารถเลี้ยงเองได้ ซึ่งมีทั้งฝากให้ดูแลจนกว่าพ่อแม่จะมีความพร้อมหรือยกสิทธิในการดูแลให้กับสถานเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งไม่ว่าสตรีตั้งครรภ์จะเลือกการฝากเลี้ยงลูกในลักษณะใด สิ่งที่สำคัญคือควรให้สตรีตั้งครรภ์ได้ข้อมูลอย่างเพียงพอ มีโอกาสเห็นสถานที่จริง พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของสถานเลี้ยงดูเด็ก เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและลดความกังวลใจของสตรีตั้งครรภ์ ค) สิ้นสุดการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ พยาบาลควรทราบแนวทางในการช่วยเหลือทราบแหล่งข้อมูลที่จะส่งต่อสตรีตั้งครรภ์เพื่อเข้าสู่กระบวนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ กล่าวคือกระทรวงสาธารณสุข โดยแพทยสมาคมมีข้อบังคับว่าด้วยหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ทางทางแพทย์ ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้เนื่องจาก การตั้งครรภ์นั้นจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกายของสตรีตั้งครรภ์ ความพิการของทารกในครรภ์ หรือการตั้งครรภ์นั้นเกิดในสตรีที่มีปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม ทั้งนี้ในการดำเนินการต้องให้มีการลงนามรับรอง โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 คน ให้ถือว่าสตรีตั้งครรภ์นั้นมีปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ จึงจะสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามเกณฑ์นี้²⁷ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันสถานบริการที่มีความพร้อมทั้งผู้เชี่ยวชาญและสถานที่ในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ประกอบกับแนวปฏิบัติอาจจะทราบกันเฉพาะกลุ่มผู้ให้บริการ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ



ควรมีข้อมูล แหล่งช่วยเหลือ แนวปฏิบัติ และสามารถประสานงานหรือส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ เพื่อขอคำปรึกษา หรือรับการรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม เช่น การยุติการตั้งครรภ์ที่มีความปลอดภัยจะต้องกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระยะเวลาครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ เป็นต้น

สรุป

การมีคู่มือเกิดการตั้งครรภ์และการให้กำเนิดชีวิตใหม่ส่วนใหญ่เข้ามาซึ่งความชื่นชมและยินดีของครอบครัวและครอบครัวข้าง แต่ยังมีสตรีจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถแบกรับภาระที่จะเกิดหลังการตั้งครรภ์ได้ หากการตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจหรือไม่พร้อมและอาจนำมาซึ่งผลกระทบด้านลบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์นั้น รวมทั้งทารกในครรภ์และครอบครัวอีกด้วย นอกจากนี้ ประเทศชาติกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย มีอัตราการเกิดลดลง จึงเป็นความสำคัญที่ต้องพัฒนาการเกิดและการมีชีวิตอยู่ของคนไทยให้มีคุณภาพมากที่สุด ซึ่งต้องเริ่มต้นที่การส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพและเป็นการตั้งครรภ์ด้วยความตั้งใจ มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการให้การดูแลตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ โดยการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่สตรีให้มีความรู้ มีทางเลือกในชีวิต มีการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ และหากเกิดการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจขึ้น ในภาวะที่ยังไม่พร้อมมีบุตร สตรีเหล่านี้จะต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของทีมและเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาทางเลือก ให้ข้อมูลทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ใช้บริการ ทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้ข้อมูล ให้สนับสนุนเอื้ออำนวยช่วยเหลือ ประสานงาน ไม่ปล่อยให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจเผชิญปัญหาเพียงลำพัง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจมีสุขภาวะที่ดีและสมดุล

ข้อเสนอแนะ

1) พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้บริการด้านการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกช่วงวัย และทุกกลุ่ม โดยเน้นการให้ความรู้อย่างละเอียด ทั้งวิธีการ อากาข้างเคียง และการปฏิบัติที่ถูกต้องระหว่างการใช้วิธีคุมกำเนิด รวมทั้งการให้คำปรึกษาหลังการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง

เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจ ที่จะทำให้การป้องกันการตั้งครรภ์ล้มเหลว เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจในสตรีที่ยังไม่มีความพร้อม หรือยังไม่ต้องการตั้งครรภ์

2) การจัดรูปแบบการให้บริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ควรมีความยืดหยุ่น และจัดให้บริการแบบลดขั้นตอนไม่จำกัดเฉพาะเวลาราชการ สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

References

1. Ipas. International Human Rights Bodies on Unwanted Pregnancy and Abortion Part One: Statements under UN human rights treaties and from treaty monitoring committees, Special Rapporteurs, regional human rights courts and commissions. Chapel Hill, NC: Ipas; 2014.
2. Human Rights Watch and WASO. Treat us like human beings': Discrimination against sex workers, sexual and gender minorities, and people who use drugs in Tanzania. New York: Human Rights Watch. 2013, www.hrw.org/reports/2013/06/18/treat-us-human-beings-0. Accessed 15 August ; 2018.
3. Cheraghi P, Poorolajal J, Moeini B, Cheraghi Z. Predictors of Unintended Pregnancy among Married Women in Hamadan, Western Iran: A Case-Control Study. Iran J Public Health 2013; 42(8): 854-9.
4. Kumar M, Jyoti M, Aruna P, Poddar A, Dhariwal V, Shailendra K. Unintended Pregnancy among Low Income Urban Married Women in India. J Obstet Gynaecol India 2012; 62(1): 52-6.
5. Hamdela B, G/mariam A, Tilahun T. Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Married Women in Hosanna Town, Southern Ethiopia. PloS One 2012; 7(6): e39074.
6. Finer LB. MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. N Engl J Med 2016; 374: 374-843.



7. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2006; 38:90-6.
8. The Office of Policies and Strategies, Office of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health. The National Plan of Health Development for the National Plan of Economics and Social Development Volume 12 (B.E. 2560-2564). Bangkok: The Veterans Administration Printed; 2018 .
9. Prasartkul P. Declines in the New Generation Reproductive Power. *Population & Development* 2012; 36(3): 347.
10. Kiatyingaungsulee N. Drug System & Thai Women Health: Case Study of Contraceptions. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
11. Phupaibhul R, Jongudomkarn D, Watcharasin C, Dioisres W, Khamhom R, Dhecakupt C, Niamsap T, Tayarnsilp S, Patumwan A, Pothithawil T, Pa-tryathin N, Nitayasuthi D. Report of Integrated Study on Thai Family Well-Being. Bangkok: TRF & Mahidol University; 2018 .
12. Bunpagdee N & Puengsamran D. Situational Problems of Criminal Abortion in Thailand. Proceeding of the National Conference on Unintended Pregnancy and their Choices. Bangkok: Ministry of Public Health & Joint Partners; 2002 .
13. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a Family Nursing Model for Prevention of Cancer and Other Noncommunicable Diseases through an Appreciative Inquiry. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(23): 67-74.
14. Chantanaphot S. Contraception for Married Women: Case Studies of Labouring. Bangkok: Siriraj Hospital; 2003.
15. Thanipanitchasakul S. Contraceptive Methods. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
16. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: Global Andregional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th Ed. Geneva: WHO; 2007.
17. Levi AJ; Simmonds KE. Taylor D. The role of nursing in the management of unintended Pregnancy. *Nursing Clinics of North America* 2009; 44(3): 301-304.
18. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in Nulliparuos women 35 years and older. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 65-70.
19. Prata N, Tavrow P, Upadhyay U. Women's empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17(Suppl 2): 352.
20. Walcott MM, Ehiri J, Kempf MC, Funkhouser E, Bakhoya M, Aung M, Zhang K, Jolly PE. Gender Norms and Family Planning Practices Among Men in Western Jamaica *AJM Health* 2015; 9(4); 307-316.
21. Jongudomkarn D. Family Health Nursing: Concepts and Implications for Family with Crisis. 3rd Ed. Khon Kaen: Klangnanawitaya; 2018.
22. Seoud MA, Nassar AH, Usta IM, Melhem Z, Kazma A, Khalil AM. Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Am J Perinatal* 2002; 19 (1): 1-8.
23. Monica O'Reilly, MS, MA, FNP. Careful counsel: Management of unintended pregnancy. *JAANP*. 2009; 21: 596–602.
24. Versie Johnson-Mallard, Elizabeth A. Kostas-Polston, Nancy Fugate Woods, Katherine E. Simmonds, Ivy M. Alexander⁵ and Diana Taylor. Unintended pregnancy: a framework for prevention and options for midlife women in the US. *Johnson-Mallard et al. Women's Midlife Health* 2017; 3:8
25. Katherine Simmonds and Frances E. Likis. Caring for Women with Unintended Pregnancies. *JOGNN* 2011; 40: 794-807.
26. Chirawatkul S. Alternative Counseling for Teen Age Pregnancy. *Journal of Thai Nursing Council* 2016; 31(2): 5-16.
27. The Principle and Statement of Termination of Pregnancy Act #305, B.E. 2548, Retrieved from: <https://www.posttoday.com/life/life/287738>; 8/15/2015 .