

การจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562

พัชรวิวรรณ เจนสาริกรณ์^{1*}

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการคุมกำเนิด บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในโรงพยาบาลภาครัฐ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างมิถุนายน ถึงกันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดบริการคุมกำเนิดครบทุกสิทธิการรักษา โดยเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 98.6 จัดบริการด้วยวิธียาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 99.4 สาเหตุที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร คือ ราคาแพง ไม่เป็นที่นิยม และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ โรงพยาบาลมีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่จัดบริการในอายุครรภ์ 12 – 20 สัปดาห์ โดยใช้วิธีขูดมดลูก ข้อบ่งชี้คือทารกในครรภ์เสียชีวิต สาเหตุหลักที่ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ คือ ไม่มีแพทย์ให้บริการ การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ส่วนใหญ่ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกอื่น ให้บริการในเวลาราชการ ติดต่อกับวัยรุ่นผ่านทางโทรศัพท์ของโรงพยาบาล

การเบิกค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีมากที่สุด สาเหตุที่ไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากหยุดให้บริการ ขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร โดยเบิกค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ เพิ่มความครอบคลุมในการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรได้ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเชิงรุกในชุมชนและทางออนไลน์

คำสำคัญ: บริการคุมกำเนิด/ บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย/ บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน/ การเบิก/ ค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

*ผู้รับผิดชอบบทความ: พัชรวิวรรณ เจนสาริกรณ์, อีเมล: jenpatcha19@gmail.com, โทร.: 08 9832 9291

Received: 1 มีนาคม 2567/ Revised: 17 พฤษภาคม 2567/ Accepted: 28 พฤษภาคม 2567

Reproductive Health Services in Thailand 2019

Patchareewan Jensarikorn^{1*}

^{1*}Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Bureau of Reproductive Health, Department of Health

Abstract

This research of a cross-sectional study aimed at examining the provision and rationale for contraception, safe abortion, youth-friendly health services (YFHS), and reimbursement for reproductive health services according to the benefit packages. Data were collected using questionnaires in public hospitals, under and outside the Ministry of Public Health, between June and September 2019. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The study found that hospitals provided contraceptive services for all treatment rights, with 98.6 percent coverage under universal health coverage. The most commonly provided services were combined hormonal contraceptive pills and injectable contraceptives, at 99.4 percent. Long-acting reversible contraceptive services were less provided due to their expense and unpopularity, as well as a lack of personnel to provide the services. There were 29.9 percent of hospitals that provided termination of pregnancy services. Most hospitals provided termination of pregnancy services at the gestational age of 12-20 weeks by dilatation and curettage, with fetal death as the main indication. The main reason of terminated pregnancy services was a lack medical doctor. Moreover, the YFHS were mostly shared with other clinics and available during office hours, with hospitals' telephones serving as an additional channel.

Reimbursement of service fees according to the benefit package found that the highest amount of reimbursement was for long-acting reversible contraceptive services provided for women under 20 years. The reasons for the lack of reimbursement for services were because services were terminated, the lack of personnel who can provide long-acting reversible contraceptive services, and the lack of awareness that the services were reimbursable. Suggestions from this research are that hospitals should be encouraged to purchase medical supplies for long-acting reversible contraceptives and reimburse for the services according to the benefit package, increase coverage in capacity building for personnel to have skills in providing long-acting reversible contraceptive services, promote positive attitudes among medical personnel involved in termination of pregnancy, and expand access to youth-friendly health services via community and online channels.

Keywords: Contraception services/ Safe abortion services/ Youth-friendly health services/
Reimbursement/ According to benefit packages

*Corresponding author: Patchareewan Jensarikorn, email: jenpatcha19@gmail.com, Tel.: 08 9832 9291

Received: March 1, 2024/ Revised: May 17, 2024/ Accepted: May 28, 2024

บทนำ

จากความสำเร็จของงานวางแผนครอบครัว ประกอบกับวิถีชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนรุ่นใหม่ ทั้งหญิงและชายมีค่านิยมอยู่เป็นโสดมากขึ้น จึงส่งผลให้มีจำนวนการเกิดน้อยลง นอกจากนี้พบการเกิดที่ด้อยคุณภาพ จากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน เท่ากับ 35.0 ใน พ.ศ. 2561 อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 – 14 ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน เท่ากับ 1.2 ในพ.ศ. 2561 นอกจากนี้พบว่า วัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี มีการคลอดซ้ำร้อยละ 9.0⁽¹⁾ สาเหตุของการตั้งครรภ์ เกิดจากวัยรุ่นไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ไม่รู้จักวิธีการคุมกำเนิด และมีภาวะแทรกซ้อนของผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด⁽²⁾ จากข้อมูล การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยใช้วิธีคุมกำเนิดแบบออกฤทธิ์ในระยะเวลานาน คือ ห่วงอนามัยและยาฝัง คุมกำเนิด⁽³⁾ ดังนั้น กรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงจัดทำแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2557 เป็นต้นมา สปสช. ได้ให้การสนับสนุนค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแก่หญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิการรักษา⁽⁴⁾

นอกจากนี้ ประเทศไทยพบปัญหาการทำแท้งในหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกกลุ่มวัย ผู้ป่วยทำแท้งส่วนมากมีเหตุผล ด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้ง เนื่องจากผู้ป่วยทำแท้งด้วยตนเอง หรือ ใช้อาหารทำแท้งนอกระบบบริการสาธารณสุข จากรายงานการเฝ้าระวังการแท้ง พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน รุนแรงมากที่สุดคือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด⁽⁵⁾ จากสถานการณ์การทำแท้งดังกล่าว ประเทศไทยจึงขับเคลื่อนนโยบายการ ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยกรมอนามัยร่วมมือกับ Concept Foundation ศึกษาสำรวจเรื่องระบบการให้บริการยุติการ ตั้งครรภ์ด้วยยาเม็ดพรีสโตนและไมโซโพรสโตลที่บรรจุในแผงเดียวกัน เพื่อประเมินถึงรูปแบบที่ดีที่สุดในการให้บริการในบริบท สำหรับสังคมไทย โดยพบว่า ประสิทธิภาพของการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาเท่ากับร้อยละ 95⁽⁶⁾ หลังจากนั้นได้ผลักดันยายุติการ ตั้งครรภ์ให้บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีย่าย่อย จ(1)⁽⁷⁾ ตลอดจนมีการผลักดันให้เกิดเครือข่ายอาสาสมัครบริการยุติการ ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral system for Safe Abortion: RSA) ควบคู่ไปกับสายด่วนปรึกษาทางเลือกท้องไม่พร้อม 1663 รวมทั้งตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 สปสช. ได้ให้การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยใน หญิงไทยทุกกลุ่มอายุ ทุกสิทธิการรักษา และตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 สปสช. ได้ให้การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันและ ควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงไทยอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกสิทธิการรักษา กรณีหลังยุติ การตั้งครรภ์⁽⁴⁾

สำหรับการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth-friendly Health Services - YFHS) เป็น นโยบายของประเทศไทยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 เมื่อมีการประกาศใช้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการ เจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) และระบุให้การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเป็นหนึ่งในมาตรการหลัก เพื่อปรับปรุงสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น รวมทั้งในพ.ศ. 2556-2557 ได้ร่วมกับกรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค และสถาบันวิชาการพัฒนา “คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการตามมาตรฐานกระทรวง สาธารณสุข” และใน พ.ศ. 2562 ได้พัฒนามาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นให้เป็นไปตามมาตรฐานขององค์การ อนามัยโลก รวมทั้งได้พัฒนาระบบการประเมินมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นแบบออนไลน์ ทั้งนี้กระทรวง สาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายให้ทุกคลินิกในโรงพยาบาลทั่วประเทศได้รับการรับรองด้านมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นภายในปี พ.ศ. 2563 ข้อมูล ณ 2 ตุลาคม 2562 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS จำนวน 789 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.17 ^(8,9)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการประเมินผลการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทยและการติดตามประเมินผลการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนแล้ว แต่ยังคงขาดข้อมูลในการวิเคราะห์ ถึงสาเหตุ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งมีความจำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์การจัดบริการให้เป็นปัจจุบัน ส่วนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการคุมกำเนิดการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลภาครัฐ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไข พัฒนากลไก มาตรการ และแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายสำหรับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการคุมกำเนิด การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลภาครัฐ
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลภาครัฐ

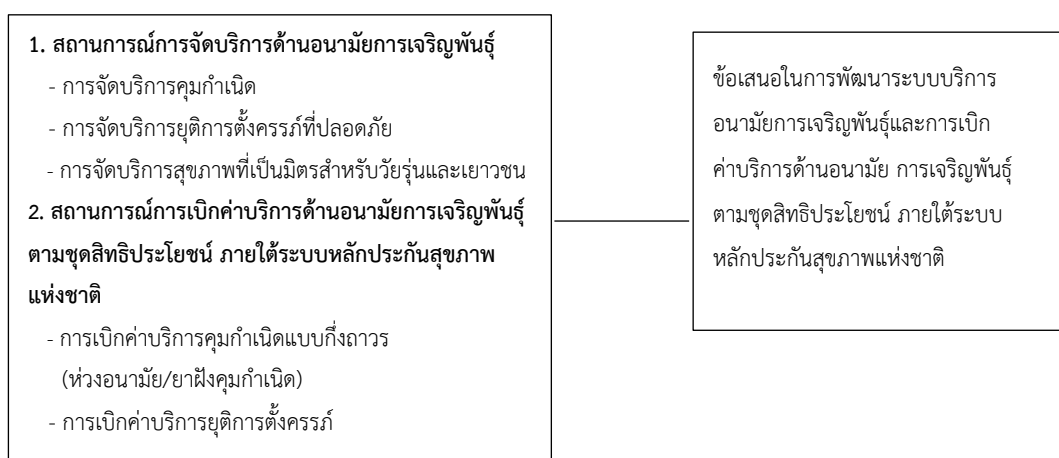
ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา : ศึกษาสถานการณ์ของการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์โดยครอบคลุมในเรื่องการจัดบริการคุมกำเนิด การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลภาครัฐ

เขตด้านประชากร : การศึกษาในโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย ประกอบด้วย

- 1) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
- 2) โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

1. ทราบสถานการณ์ของการจัดบริการคุมกำเนิด การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย
2. มีข้อมูลเพื่อปรับปรุงพัฒนากฎหมาย นโยบาย มาตรการ แนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร

เป็นโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนและมีรหัสหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,085 แห่ง ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562

ตัวอย่าง

เป็นโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 1,085 แห่ง ใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 961 โดยเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 897 แห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ 34 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 82 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน 781 แห่ง) และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 64 แห่ง
- 2) โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 124 แห่ง

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ คือ เป็นโรงพยาบาลภาครัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ คือ ไม่มีบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และไม่ได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาในการให้ข้อมูล และเกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา คือ สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยในตอนแรก แต่ต่อมาขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดบริการคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการให้ข้อมูลในนามของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อความแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความจริง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ สังกัดของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม ชื่อและที่ตั้งของโรงพยาบาล รวมทั้งการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การจัดบริการคุมกำเนิด ประกอบด้วยข้อความแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความจริง จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การจัดบริการคุมกำเนิดตามสิทธิการรักษาของกลุ่มเป้าหมาย วิธีการคุมกำเนิดที่จัดบริการ ผู้ให้บริการคุมกำเนิด สาเหตุที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิด และการส่งต่อกรณีที่ไม่มีการ

ส่วนที่ 3 การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลด้วยวิธีต่าง ๆ อายุครรภ์สูงสุดที่สามารถให้บริการได้ ข้อบ่งชี้ในการให้บริการ สาเหตุที่ไม่มีการจัดการบริการ และการส่งต่อกรณีที่ไม่มีการ

ส่วนที่ 4 การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในโรงพยาบาล รายละเอียดการจัดการบริการ และจำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามช่องทางที่มาใช้บริการและประเภทบริการ

ส่วนที่ 5 การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเติมคำ และแบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความ เป็นจริง จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การเบิกค่าบริการในการจัดการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำเครื่องมือไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมจำนวน 3 ท่าน โดยเป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการ จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาด้านเนื้อหาสาระ โครงสร้างของข้อคำถาม และภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการวัดความเที่ยงตรงของเนื้อหา กับวัตถุประสงคโดยใช้ IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.6-0.8

2. นำเครื่องมือที่ได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญมาตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องแล้วนำไปในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมส่งแบบสอบถาม คำชี้แจงการวิจัยและการยินยอมในการให้ข้อมูล รวมทั้งหนังสือรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยกรมอนามัย จัดส่งให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป้าหมายทุกแห่ง พร้อมแนบซองติดตราไปรษณียากรสำหรับส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัย

2. ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดการบริการคุมกำเนิด การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อมูลในนามของโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล โดยทวนสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์

4. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน 2562

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 334 พิจารณารับรองวันที่ 11 มิถุนายน 2562

2. ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บรักษาความลับ ให้กับผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามทราบในคำชี้แจงหน้าแรกของแบบสอบถาม ซึ่งชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และกำหนดการทำลายเอกสารจะดำเนินการหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

3. ผู้วิจัยมีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม โดยจะนำข้อมูลไปใช้นำเสนอในภาพรวม ไม่กล่าวชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม และจะทำลายเอกสาร/หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามได้ภายในระยะเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบาย จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศไทย จำนวน 1085 แห่ง โรงพยาบาลตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 390 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.0 โดยโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็น โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 346 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 95.8 แบ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 342 แห่ง ร้อยละ 94.7 (โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 3.3 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 7.8 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 83.6) และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง ร้อยละ 1.1 นอกจากนั้น เป็นโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 แห่ง หรือร้อยละ 4.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	346	95.8
ก. โรงพยาบาลในสังกัด	342	94.7
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
- โรงพยาบาลศูนย์	12	3.3
- โรงพยาบาลทั่วไป	28	7.8
- โรงพยาบาลชุมชน	302	83.6
ข. โรงพยาบาลนอกสังกัด	4	1.1
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
โรงพยาบาลภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	15	4.2
รวม	361	100.0

2. สถานการณ์ของการจัดบริการคุดำเนิน

ภาพรวมของการจัดบริการคุดำเนินของโรงพยาบาลทุกประเภท จำนวน 361 แห่ง พบว่า มีการจัดบริการคุดำเนินแก่ประชาชนครบทุกสิทธิ โดยสิทธิ สปสช. มากที่สุด ร้อยละ 98.6 รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 97.5 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 95.5 จ่ายค่าบริการเอง ร้อยละ 85.4 สิทธิประกันแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 84.6 และสิทธิประกันเอกชนน้อยที่สุด ร้อยละ 62.6

วิธีการคุดำเนินด้วยวิธีสมัยใหม่ ที่มีการจัดบริการมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาเม็ดคุดำเนินชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุดำเนินเท่ากัน ร้อยละ 99.4 รองลงมา คือ ถุงยางอนามัย ร้อยละ 97.5 และยาฝังคุดำเนินชนิด 1 หลอด ร้อยละ 89.5 ส่วนวิธีคุดำเนินด้วยวิธีสมัยใหม่ที่มีการจัดบริการน้อยที่สุด คือ ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน ร้อยละ 17.4 เมื่อพิจารณาตามวิธีการคุดำเนิน พบว่า วิธีการคุดำเนินแบบชั่วคราว โรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุด คือ ยาเม็ดคุดำเนินชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุดำเนินเท่ากัน ร้อยละ 99.4 วิธีการคุดำเนินแบบกึ่งถาวร โรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุด คือ ยาฝังคุดำเนินชนิด 1 หลอด ร้อยละ 89.5 วิธีการคุดำเนินแบบถาวร โรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุด คือ ทำหมันหญิง ร้อยละ 54.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิด	การจัดบริการ	
	มีการจัดบริการ	ไม่มีการจัดบริการ
วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว		
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (n=360)	358 (99.4)	2 (0.6)
ยาฉีดคุมกำเนิด (n=360)	358 (99.4)	2 (0.6)
ถุงยางอนามัย (n=361)	352 (97.5)	9 (2.5)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว (n=352)	204 (58.0)	148 (42.0)
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (n=350)	156 (44.6)	194 (55.4)
วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร		
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด (n=305)	273 (89.5)	32 (10.5)
ห่วงอนามัยชนิดทองแดง ML Cu 375 (n=122)	93 (76.2)	29 (23.8)
ห่วงอนามัยชนิดทองแดง Cu T 380 A (n=122)	39 (32.0)	83 (68.0)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด (n=305)	68 (22.3)	237 (77.7)
ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (n=351)	61 (17.4)	290 (82.6)
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร		
ทำหมันหญิง (n=354)	191 (54.0)	163 (46.0)
ทำหมันชาย (n=352)	115 (32.7)	237 (67.3)

สาเหตุสำคัญที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรด้วยวิธีห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน ห่วงอนามัยชนิดทองแดง และยาฝังคุมกำเนิด คือ ปริมาณการใช้น้อย ราคาแพง และไม่มีบุคลากรให้บริการ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเป็นแพทย์มากกว่าพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรดำเนินการส่งต่อผู้รับบริการไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการบางส่วนยังต้องประสบปัญหาจำเป็นต้องหาสถานที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรที่ต้องการด้วยตนเอง เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดคุมกำเนิดกึ่งถาวรวิธีดังกล่าว

3. สถานการณ์การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 70.1 ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสาเหตุไม่มีแพทย์ให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 65.1 รองลงมาคือ โรงพยาบาลไม่มีนโยบายการให้บริการ ร้อยละ 48.6 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่จัดบริการ

การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์	จำนวน (ร้อยละ)
มีบริการ	107 (29.9)
ไม่มีบริการ เนื่องจาก	251 (70.1)
- ไม่มีแพทย์ให้บริการ	95 (65.1)
- โรงพยาบาลไม่มีนโยบายให้บริการ	71 (48.6)
- อื่นๆ (ไม่มีสูติแพทย์, ส่งต่อ)	11 (7.5)
- มีแพทย์ แต่ไม่มีทีมให้บริการ	6 (4.1)

วิธีที่โรงพยาบาลดำเนินการในกรณีที่ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ คือ ส่งต่อผู้รับบริการไปยังโรงพยาบาลอื่น ที่มีการจัดบริการ ร้อยละ 95.5 และให้ผู้รับบริการหาสถานที่รับบริการเอง ร้อยละ 4.5

ส่วนโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.9 แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 2.5 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 6.4 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.4 โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 0.3 โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 2.2 โดยมีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ภายใต้เงื่อนไขอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 5.4 อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 – 20 สัปดาห์ ร้อยละ 67.3 และอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ร้อยละ 27.3

โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีขูดมดลูกมากที่สุด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ใช้กระบอกดูดสูญญากาศ (MVA) ร้อยละ 65.3 ใช้อยา Misoprostol เดี่ยว ร้อยละ 61.1 ใช้อยา Mifepristone และ Misoprostol ที่บรรจุในแผงเดียวกัน ร้อยละ 29.2 ตามลำดับ

โรงพยาบาลให้บริการยุติการตั้งครรภ์เมื่อมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ทารกในครรภ์เสียชีวิต ร้อยละ 93.3 ทารกในครรภ์มีความผิดปกติรุนแรง ร้อยละ 76.0 และทารกในครรภ์เป็นโรคดาวน์หรือธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ร้อยละ 68.4 ส่วนข้อบ่งชี้ที่โรงพยาบาลจะให้บริการยุติการตั้งครรภ์น้อยที่สุด คือ การตั้งครรภ์ในมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 31.9

4. สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกเฉพาะด้านอื่น ๆ จำนวน 209 แห่ง ร้อยละ 59.4 แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ จำนวน 118 แห่ง ร้อยละ 33.5 และไม่ได้แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ แต่ให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการทั่วไป จำนวน 25 แห่ง ร้อยละ 7.1 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาล จำแนกตามรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (n = 352)	จำนวน (ร้อยละ)
ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกเฉพาะด้านอื่นๆ	209 (59.4)
แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ	118 (33.5)
ไม่ได้แยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะ แต่ให้บริการร่วมกับผู้มารับบริการทั่วไป	25 (7.1)

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เปิดให้บริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 – 16.00 น. ร้อยละ 94.8 และเปิดให้บริการในวันเสาร์อาทิตย์ เวลา 8.00 - 16.00 น. ร้อยละ 0.6 และให้บริการทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 5.2 โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำในการให้บริการ เฉลี่ย 1-2 คน

โรงพยาบาลมีการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อมูลความรู้และคำปรึกษาที่สถานบริการ บริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด และการฝากครรภ์ ตามลำดับ ส่วนบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดบริการ 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีคลินิกให้บริการนอกโรงพยาบาล การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษาทางเว็บไซต์

ผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่ รับบริการด้วยการ Walk in มาที่โรงพยาบาล เฉลี่ย 245 คนต่อเดือน โดยวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี มารับบริการ Walk in เฉลี่ย 61 คนต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชาย วัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี มารับบริการ Walk in เฉลี่ย 80 คนต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นหญิง และวัยรุ่นอายุ 20 – 24 ปี มารับบริการ Walk in เฉลี่ย 104 คนต่อเดือน ส่วนใหญ่ เป็นวัยรุ่นหญิง นอกจากวัยรุ่นมารับบริการด้วยช่องทาง Walk in แล้ว มีช่องทางอื่นที่วัยรุ่นยังมารับบริการ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือส่วนตัว Line Facebook โทรศัพท์ของของโรงพยาบาล เว็บไซต์ตามลำดับ

5. สถานการณ์การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพรวมการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี และมีโรงพยาบาลเพียง 1 ใน 4 ที่มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในหญิงอายุมากกว่า 20 ปีกรณีหลังยุติการตั้งครรภ์

การเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่ามีโรงพยาบาลที่เบิกค่าบริการร้อยละ 88.1 โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 74.8 ส่วนสาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 88.2 ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ร้อยละ 5.9 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 8.8 ส่วนการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มหญิงอายุมากกว่า 20 ปีกรณีหลังยุติการตั้งครรภ์ พบว่า มีโรงพยาบาลเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ร้อยละ 25.5 โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 18.7 สาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 82.8 ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ร้อยละ 4.7 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 13.1 การเบิกค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ พบว่า มีโรงพยาบาลที่เบิกค่าบริการ ร้อยละ 11.6 โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 7.3 ส่วนสาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการ เนื่องจากไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 89.3 ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้ ร้อยละ 2.3 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 8.8

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธียาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุมกำเนิด สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เนื่องจากสาเหตุหลักคือ ราคาแพง หรือปริมาณการใช้น้อย/ไม่เป็นที่นิยมของผู้รับบริการ หรือขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ โดยผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ส่วนใหญ่เป็นแพทย์มากกว่าพยาบาล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์⁽¹⁰⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาหลักในการจัดการบริการคุมกำเนิดยังคงเป็นปัญหาเดิมจากปี 2558 ถึงปัจจุบัน คือ นโยบายของโรงพยาบาลและผู้บริหารไม่มีการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดบางชนิด และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการผลักดันนโยบายการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัญหาขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรได้ในโรงพยาบาลนั้น แม้จะมีความพยายามของกรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถจัดการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแทน/ร่วมกับแพทย์ได้ แต่ยังคงพบปัญหาความไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล

เนื่องจากการอบรมต้องใช้งบประมาณในการอบรมค่อนข้างสูง สำหรับเป็นค่าเวชภัณฑ์ในการฝึกทักษะการให้บริการของผู้เข้ารับอบรม ซึ่งข้อมูลจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการยาฝังคุมกำเนิดสำหรับพยาบาลของกรมอนามัย ระหว่างปี 2560 – 2563 จำนวน 464 คน และยังไม่ครอบคลุมจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศที่มีจำนวน 961 แห่ง⁽⁹⁾ ด้วยสาเหตุของปัญหาข้างต้น จึงอาจส่งผลให้วัยรุ่นเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นตามมา ด้วยการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เนื่องจากวัยรุ่นรับบริการครั้งเดียวสามารถคุมกำเนิดได้นาน 5 ปี และ 5 ปี^(2,11)

โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีแพทย์ให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 65.1 สาเหตุจากทัศนคติและความเชื่อเรื่องบาป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู ชูนิล และวรรณภา นาราเวช เรื่องรูปแบบการจัดระบบบริการและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในประเทศไทย พบว่า ผู้รับบริการยังคงเผชิญปัญหาแรงกดดันจากทัศนคติความเชื่อของสังคมที่ว่าการทำงานเป็นบาป⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรักษ์ นภาพันธุ์ และ พูนชัย ปันธิยะ เรื่อง ทัศนคติของสูติแพทย์ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พบว่า กลุ่มที่ไม่สนับสนุนและไม่ยินดีที่จะยุติการตั้งครรภ์นั้น มองว่าเป็นการกระทำที่ผิดศีลธรรมและเป็นบาป⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรวิพรรณ เจนสาริกมล สุภวัณณ์ พลายน้อย เนาวรัตน์ พลายน้อย และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง เรื่อง การเข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นใน 3 จังหวัดของประเทศไทย ซึ่งยังคงพบว่า ปัญหาการเข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ในด้านยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย คือ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และศาสนา⁽¹³⁾ ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นท้าทายในประเทศไทยที่นับถือศาสนาพุทธและเชื่อในเรื่องบาปและบุญ ด้วยสาเหตุดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าไม่ถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แต่ไปแสวงหาคลินิกและยาเถื่อนสำหรับการทำแท้ง เนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายกว่า⁽¹⁴⁾ และทำให้เสียชีวิตในขณะตั้งครรภ์ตามมา⁽¹⁵⁾ ดังนั้นกรมอนามัย จึงได้พัฒนาเครือข่ายแพทย์อาสาส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีความสอดคล้องกับมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร (ฉบับบูรณาการ) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มี 4 องค์ประกอบ คือ การบริหารจัดการ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการ การจัดบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และระบบบริการ โดยรูปแบบการจัดบริการของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกบริการด้านอื่น ๆ เนื่องจากบริบทและข้อจำกัดของโรงพยาบาล เช่น สถานที่ นโยบายผู้บริหาร จำนวนผู้ให้บริการ บางแห่งสามารถแยกเป็นคลินิกวัยรุ่นโดยเฉพาะที่สะดวกในการเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร (ฉบับบูรณาการ) ในองค์ประกอบที่ 4 ของมาตรฐาน⁽⁸⁾

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ส่วนใหญ่ให้บริการในเวลาราชการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรวิพรรณ เจนสาริกมล สุภวัณณ์ พลายน้อย เนาวรัตน์ พลายน้อย และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง เรื่อง การเข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นใน 3 จังหวัดของประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดบริการคลินิกวัยรุ่นในเวลาราชการ⁽¹³⁾ จึงอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นที่ต้องไปเรียนหนังสือในเวลาราชการ อย่างไรก็ตามสถานบริการมีการคำนึงถึงความต้องการและสะดวกในการเข้ารับบริการของวัยรุ่น โดยมีช่องทางให้วัยรุ่นติดต่อเข้ารับบริการผ่านทางโทรศัพท์ของทางโรงพยาบาล โทรศัพท์มือถือส่วนตัว เฟสบุ๊ก และไลน์ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นใช้เทคโนโลยีในการติดต่อเข้ารับบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญของการจัดบริการเชิงรุก เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการที่เป็นมิตร มีการให้ความรู้และการออกหน่วยบริการนอกสถานที่ แต่อย่างไรก็ตามยังมีโรงพยาบาลส่วนน้อยจัดคลินิกวัยรุ่นนอกโรงพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 2 ของมาตรฐาน⁽⁸⁾

โรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศที่ไม่มีการเปิดค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร มีสาเหตุจากเคยให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแต่ปัจจุบันหยุดให้บริการแล้ว และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิด

แบบกึ่งถาวรได้ เนื่องจากไม่ได้รับการอบรม รวมทั้งการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์ชนิดอื่นแทนการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร การเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรทั้งในกลุ่มหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงอายุมากกว่า 20 ปี หลังยุติการตั้งครรภ์ พบว่า เบิกโดยโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนจากเดิม ที่เคยมีปัญหาการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ผ่านระบบ E-Claim สูงถึงร้อยละ 79 ในปี 2558 จากการศึกษาเรื่องการจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์⁽¹⁰⁾ แต่ในปัจจุบันปัญหาการเบิกค่าบริการลดลง ทำให้มีจำนวนโรงพยาบาลที่เบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพิ่มขึ้น

สรุปผล

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดการบริการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวด้วยวิธียาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุมกำเนิด โดยโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดการบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร มีสาเหตุจากราคาแพง ไม่เป็นที่นิยม และขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการได้ โรงพยาบาลมีบริการยุติการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่จัดการบริการในอายุครรภ์ 12 – 20 สัปดาห์ โดยใช้วิธีขูดมดลูก ข้อบ่งชี้ คือ ทารกในครรภ์เสียชีวิต สาเหตุหลักที่ไม่จัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ คือ ไม่มีแพทย์ให้บริการ ด้วยจากทัศนคติและความเชื่อเรื่องบาป การจัดการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นส่วนใหญ่จะใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกอื่น ให้บริการในเวลาราชการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยรุ่นที่จะมารับบริการ การเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มากที่สุด สาเหตุที่โรงพยาบาลไม่มีการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร เนื่องจากหยุดให้บริการ ขาดบุคลากรที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรได้ รวมทั้งยังมีโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่ทราบว่าเบิกค่าบริการได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรสำหรับจัดการบริการ โดยเบิกค่าบริการตามหลักเกณฑ์การสนับสนุนค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นลดลงตามมา
2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการฝังยาคุมกำเนิดครอบคลุมในโรงพยาบาลทุกแห่ง รวมทั้งติดตามประเมินผลการจัดการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของผู้ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้ทราบสถานการณ์การให้บริการในปัจจุบัน และเป็นข้อมูลแก่หน่วยบริการในการส่งต่อผู้รับบริการ
3. ควรส่งเสริมเจตคติที่ดีให้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รวมทั้งการสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาแทนการขูดมดลูก ซึ่งจะมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการมากกว่าการขูดมดลูก
4. ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีการจัดการเชิงรุกนอกโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงกับชุมชน และในรูปแบบออนไลน์ เพื่อให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการจัดการบริการคุมกำเนิด การจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการเบิกค่าบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ครอบคลุมหน่วยบริการทุกประเภทที่มีการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย รวมถึงการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่มีการจัดการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ของโรงพยาบาลภาครัฐ ในประเทศร่วมด้วย

2. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ อนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n86_0559234e9637e6dbb75f01b6e1e1a1aa_%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8CRH_2562_Website.pdf
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/2514#wow-book/>
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คำแนะนำในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของ American College of Obstetrics and Gynecology และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย การอบรมยาฝังคุมกำเนิดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2560.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การสนับสนุนค่าบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202011/m_news/31982/192762/file_download/e84f4cb b4860b15768c6b035386c0747.pdf
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/2505#wow-book/>
6. เรณู ชูนิล และวรรณภา นาราเวช. โครงการวิจัยรูปแบบการจัดระบบบริการและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยาในประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2559; 39: 35-43.
7. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://ndi.fda.moph.go.th/uploads/main_drug_file/20180529192247.pdf
8. กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, กรมควบคุมโรค. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2557.
9. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://rh.anamai.moph.go.th/webupload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202101/m_news/32053/200929/file_download/5499b750564075b590cc442f64cae41.pdf
10. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ.2558. นนทบุรี : กรมอนามัย; 2558.
11. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. แนวทางการจัดการบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น และหญิง-ชายที่เมสสัมพันธ์โดยไม่ได้แต่งงาน. กรุงเทพมหานคร: องค์การค้ำของ สกสค.; 2562.

12. สุทธิรักษ์ นภาพันธุ์, พูนชัย ปันนียะ. ทักษะชีวิตของสตรีแพทย์ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2562;20(3):3-14.
13. Jensarikorn, P., Phlainoi, S., Phlainoi, N. and Saejeng, K. Accessibility to Reproductive Health Rights among Adolescents in three Provinces of Thailand. Journal of Health Research. 2019; 33: 35-42.
14. ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. เครือข่ายอาสา RSA แฉลงการณ์ข้อเท็จจริงเรื่องการทำแท้งในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2564]. เข้าถึงได้จาก: www.tcijthai.com/news/2021/1/current/11301
15. Olson RM, Kamurari S. Barriers to safe abortion access: uterine rupture as complication of unsafe abortion in a Ugandan girl. BMJ Case Rep. 2017;bcr2017222360.