บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์

Received: January 16, 2026
Revised: April 4, 2026
Accepts: April 21, 2026

พิชาภรณ์ จันทนกุล (ค.ด.) [1]
รัตนาภรณ์ นิวาศานนท์ (วท.ม.)[2*]

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากแนวโน้มการลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์โดยรวมของประเทศ ขณะเดียวกันยังคงพบปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยเจริญพันธุ์บางกลุ่ม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม การเข้าถึงข้อมูลการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพอย่างจำกัด และอิทธิพลของบริบททางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพแนวหน้าจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้อย่างมีข้อมูลและสอดคล้องกับบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงวิชาการและนำเสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยอาศัยการทบทวนเอกสารวิชาการและแนวทางปฏิบัติจากแหล่งข้อมูลระดับนานาชาติ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) และ Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างปี พ.ศ. 2561–2567 เพื่อนำมาวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิด ผลการสังเคราะห์พบว่า บทบาทสำคัญของพยาบาลในการสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพตามเกณฑ์ความเหมาะสมทางการแพทย์ 2) การให้ข้อมูลและคำปรึกษา 3) การสนับสนุนการตัดสินใจร่วมและด้านอารมณ์จิตสังคม 4) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด 5) การติดตามและประเมินผล บทบาทดังกล่าวช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสมตามภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและเป้าหมายด้านการเจริญพันธุ์ของตนเอง กรอบแนวคิดที่นำเสนอสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของประชาชนและสนับสนุนการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การให้คำปรึกษา การตัดสินใจอย่างมีข้อมูล สตรีวัยเจริญพันธุ์

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand
[2] อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
Corresponding author: noeyzza@icloud.com

The Role of Nurse-Midwives in Counseling and Supporting the Selection of Appropriate Contraceptive Methods for Women of Reproductive Age

Pichaporn Janthanakul (Ph.D)[1]
Rattanaporn Niwasanon (M.Sc.)[2*]

Abstract

Thailand is currently facing notable challenges in reproductive health, largely driven by a decline in the overall fertility rate. At the same time, unintended pregnancies remain a concern among certain groups of women of reproductive age. These issues are associated with inappropriate contraceptive use, limited access to high-quality contraceptive information, and the influence of social, cultural, and economic factors. Therefore, the selection of appropriate contraceptive methods is essential for promoting sexual and reproductive health among service recipients. As frontline healthcare providers, nurses play a crucial role in supporting women of reproductive age and other reproductive health service users to make informed and voluntary decisions about contraceptive use in ways that are appropriate to their individual health conditions and life circumstances. This article aims to synthesize academic evidence and present a conceptual framework regarding the role of nurses in supporting the selection of appropriate contraceptive methods according to the context of service recipients. The review draws upon international guidelines and academic sources, including those from the World Health Organization (WHO), the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and the Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH), as well as relevant research published between 2018 and 2024. These sources were analyzed to identify the roles of nurses and the factors influencing contraceptive decision-making. The synthesis revealed five key roles of nurses in supporting contraceptive method selection: (1) Health assessment and related factors; (2) Counseling and Health Education; (3) Support for shared decision-making and psychosocial aspects; (4) Promotion of Contraceptive Service Accessibility; and (5) Follow-up and evaluation. These roles enable clients to make appropriate contraceptive choices that are consistent with their health conditions, lifestyles, sociocultural contexts, and reproductive goals. The proposed conceptual framework can be utilized to guide nursing practice and improve reproductive health service delivery, ultimately promoting population health and supporting sustainable societal development.

Keywords: Nurse-midwives, Contraception, Counseling, Informed decision-making, Reproductive health

[1] Assistant Professor Dr., Faculty of Nursing, Siam University, Thailand
[2*] Lecturer, Faculty of Nursing, Siam University, Thailand
Corresponding author: noeyzza@icloud.com

บทนำ

แนวโน้มทางสังคมไทยในปัจจุบันสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรจากการลดลงของอัตราการเกิดอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีผลต่อสมดุลของโครงสร้างประชากรและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว (Department of Health, Ministry of Public Health, 2017; WHO, 2023a) การวางแผนครอบครัวและการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการด้านการวางแผนครอบครัว รวมถึงอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงในช่วงที่ผ่านมา แต่ยังคงพบปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการขาดความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพอย่างจำกัด และข้อจำกัดด้านทัศนคติหรือค่านิยมทางสังคม (Sychareun et al., 2018; Tangmunkongvorakul et al., 2021) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นของการสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสมตามภาวะสุขภาพและบริบทชีวิตของตนเอง พยาบาลผดุงครรภ์ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพด่านหน้าด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการวางแผนครอบครัว ผ่านกระบวนการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการประเมินความเหมาะสมของวิธีคุมกำเนิดตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องอาจนำไปสู่การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม การใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างไม่ต่อเนื่อง หรือเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี ครอบครัว และสังคมโดยรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางสำคัญที่สามารถสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม ได้แก่ เกณฑ์คุณสมบัติทางการแพทย์สำหรับการใช้วิธีคุมกำเนิดขององค์การอนามัยโลก (Medical Eligibility Criteria: MEC) ซึ่งใช้ประเมินความเหมาะสมของวิธีคุมกำเนิดตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ร่วมกับแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Counseling) และการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-Based Practice: EBP) เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างมีข้อมูล เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และบริบทของแต่ละบุคคล ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดและบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยอาศัยกรอบแนวคิดจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางสากล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและการให้บริการด้านการวางแผนครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และหลักฐานเชิงวิชาการเกี่ยวกับการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์
2. เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิด โดยอาศัยกรอบแนวคิด Medical Eligibility Criteria (MEC) แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดของการคุมกำเนิด (Concept of Contraception)

การคุมกำเนิด (Contraception) เป็นองค์ประกอบสำคัญของอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) และ การวางแผนครอบครัว (Family Planning) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจอย่างมีข้อมูล (Informed Choice) เกี่ยวกับการมีบุตร ได้แก่ การกำหนดช่วงเวลา จำนวน

บุตร และระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดา ครอบครัว และคุณภาพประชากรในอนาคต (กรมอนามัย, 2560; World Health Organization [WHO], 2023a) นอกจากนี้ แนวคิดการคุมกำเนิดยังสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 “Good Health and Well-being” และเป้าหมายที่ 5 “Gender Equality” ซึ่งมุ่งให้ประชากรทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ ลดอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนความเท่าเทียมทางเพศผ่านสิทธิในการตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ของตนเอง (United Nations, 2023; WHO, 2023a) ดังนั้น การคุมกำเนิดจึงไม่เพียงเป็นมาตรการทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืนโดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของชีวิตตนเอง

การคุมกำเนิด (Contraception) หมายถึง การป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมจำนวนบุตร เว้นระยะการมีบุตร หรือเลื่อนการมีบุตรออกไป การคุมกำเนิดเป็นกระบวนการหนึ่งของการวางแผนครอบครัว (Family Planning) ที่มุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดา ครอบครัว และประชากรในภาพรวม (กรมอนามัย, 2560; WHO, 2023a) การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดควรพิจารณาความเหมาะสมกับสุขภาพ สภาพร่างกาย อายุ ความต้องการมีบุตรในอนาคต และความสมัครใจของผู้รับบริการ การให้คำแนะนำและข้อมูลที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นบทบาทหลักของบุคลากรทางสุขภาพในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดอย่างรอบด้านและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024a)

ประเภทของวิธีคุมกำเนิด (Types of Contraceptive Methods)

แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ วิธีชั่วคราว (Temporary Methods) และวิธีถาวร (Permanent Methods) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

1.1 การคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ (Natural Methods of Contraception) เป็นวิธีที่อาศัยความรู้เกี่ยวกับรอบเดือนและสรีรวิทยาการเจริญพันธุ์ของสตรี โดยไม่ใช้ฮอร์โมนหรืออุปกรณ์ใด ๆ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่ใช้การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น อุณหภูมิของร่างกาย มูกที่ปากมดลูก หรือการนับวันปลอดภัย เพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่คาดว่าอาจมีการตกไข่ (WHO, 2023a; CDC, 2024a) วิธีนี้เหมาะสำหรับคู่สมรสที่มีความเข้าใจรอบเดือนของสตรีอย่างถูกต้อง มีความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการ และสามารถควบคุมพฤติกรรมทางเพศได้ดี ทั้งนี้แม้ว่าวิธีธรรมชาติจะปลอดภัยต่อสุขภาพ ไม่มีผลข้างเคียงจากฮอร์โมน และสามารถใช้ได้กับสตรีทุกวัย แต่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าวิธีคุมกำเนิดอื่น และต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งคู่เป็นสำคัญ รูปแบบของการคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ ได้แก่

1.1.1) การงดมีเพศสัมพันธ์ (Abstinence) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์โดยสิ้นเชิง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.1.2) การหลั่งน้ำอสุจิภายนอกช่องคลอด (Coitus Interruptus) เป็นการให้ฝ่ายชายหลั่งน้ำอสุจิภายนอกช่องคลอดก่อนการหลั่งจริง เพื่อหลีกเลี่ยงการปฏิสนธิ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มีอัตราความล้มเหลวสูง (ประมาณ 20 ต่อสตรี 100 คนต่อปี) เนื่องจากอสุจิอาจหลั่งออกมาก่อนถึงจุดสุดยอดโดยไม่รู้ตัว (CDC, 2024a)

1.1.3) การนับระยะปลอดภัย (Calendar Rhythm Method) เป็นการคำนวณวันตกไข่จากรอบเดือนย้อนหลัง 6 เดือนขึ้นไป โดยงดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 7 วันก่อนและหลังวันที่คาดว่าจะตกไข่ วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีรอบเดือนสม่ำเสมอ

1.1.4) การตรวจมูกปากมดลูก (Cervical Mucus Method) อาศัยการสังเกตลักษณะมูกบริเวณปากมดลูก ซึ่งจะใส ลื่น และยืดได้ในช่วงก่อนตกไข่ และกลับมาเหนียวข้นหลังจากนั้น คู่สมรสควรงดเพศสัมพันธ์ในวันที่มูกใสลื่นจนกว่าจะผ่านไปอย่างน้อย 3 วันหลังจากมูกกลับมาเหนียวข้น

1.1.5) การวัดอุณหภูมิพื้นฐานของร่างกาย (Basal Body Temperature Method) ใช้การวัดอุณหภูมิร่างกายทุกเช้าก่อนตื่นนอน โดยสังเกตว่าอุณหภูมิจะสูงขึ้นเล็กน้อย (ประมาณ 0.3 – 0.5°C) หลังการตกไข่ คู่สมรสควรงดการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วันแรกที่อุณหภูมิลดลงจนกระทั่งผ่านไป 3 วันหลังจากอุณหภูมิสูงขึ้น

1.1.6) การให้นมบุตร (Lactational Amenorrhea Method) ใช้ในสตรีที่ให้นมบุตรอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่มีประจำเดือนและอยู่ภายใน 6 เดือนหลังคลอด กลไกของวิธีนี้เกิดจากระดับฮอร์โมนโปรแลคตินที่สูงขึ้นซึ่งยับยั้งการตกไข่ หากเข้าเงื่อนไขครบทั้ง 3 ประการ ได้แก่ 1) ให้นมบุตรอย่างเดียวหรือเกือบทั้งหมด 2) ไม่มีประจำเดือน และ 3) คลอดบุตรไม่เกิน 6 เดือน จะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ประมาณร้อยละ 98 (World Health Organization [WHO], 2023b)

1.2 วิธีคุมกำเนิดแบบใช้ฮอร์โมน (Hormonal Methods) เป็นการคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนสังเคราะห์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับฮอร์โมนธรรมชาติในร่างกายของสตรี ได้แก่ เอสโตรเจน (Estrogen) และ โปรเจสติน (Progestin)

1.2.1) ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined Oral Contraceptive Pills: COCs) มีส่วนประกอบของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสติน (Progestin) ซึ่งทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อยับยั้งการตกไข่ ป้องกันการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุโพรงมดลูก และทำให้มูกปากมดลูกเหนียวข้น ไม่เอื้อต่อการเคลื่อนที่ของอสุจิ (กรมอนามัย, 2560;WHO, 2023a) ยาคุมกำเนิดชนิดนี้มีประสิทธิภาพสูง หากรับประทานอย่างถูกวิธีต่อเนื่องมีอัตราการคุมกำเนิดสำเร็จมากกว่าร้อยละ 99 และเป็นวิธีที่นิยมใช้แพร่หลายทั้งในสตรีทั่วไปและสตรีหลังคลอดที่ไม่ได้ให้นมบุตร (CDC, 2024a) ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้เหมาะสำหรับสตรีทั่วไปที่มีสุขภาพดีและไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้าม อย่างไรก็ตามไม่ควรใช้ในสตรีที่มีภาวะหรือโรคต่อไปนี้ 1) ผู้ที่มีประวัติ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำหรือสมอง 2) ผู้ที่มีโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 3) ผู้ที่มีโรคตับเรื้อรังหรือการทำงานของตับผิดปกติ 4) ผู้ที่มีมะเร็งเต้านมหรือสงสัยมะเร็ง 5) ผู้ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ 6) ผู้ที่สูบบุหรี่และมีอายุมากกว่า 35 ปี เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดอุดตันสูงกว่าปกติ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และพิจารณาใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นที่เหมาะสมกว่า เช่น ยาฝัง ยาฉีด หรือห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (กรมอนามัย, 2560; CDC, 2024c; WHO, 2023b; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH], 2023a)

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำแนะนำในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เริ่มรับประทานในวันที่ 1 – 5 ของรอบเดือน รับประทานวันละ 1 เม็ด ในเวลาใกล้เคียงกันทุกวันเพื่อรักษาระดับฮอร์โมนให้คงที่ หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือรับประทานผิดเวลา อาจทำให้ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ หากเป็นแผง 21 เม็ด ให้หยุดยา 7 วันก่อนเริ่มแผงใหม่ หากเป็นแผง 28 เม็ด ให้รับประทานต่อเนื่องโดยไม่มีช่วงหยุดยา (7 เม็ดสุดท้ายเป็นเม็ดแป้ง) กรณีที่มีการลืมรับประทานยา หากลืมรับประทาน 1 เม็ด ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ หากลืม 2 เม็ดติดกัน ให้กินวันละ 2 เม็ดใน 2 วันถัดไป และใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย 7 วัน หากลืม 3 เม็ดขึ้นไป ให้เริ่มแผงใหม่ทันทีและใช้ถุงยางร่วมด้วย 7 วัน (CDC, 2024c; FSRH, 2023a)

1.2.2 ยาเม็ดชนิดโปรเจสตินเดี่ยว (Progestin-only Pills: POPs) เป็นยาคุมกำเนิดที่มีส่วนประกอบของฮอร์โมนโปรเจสติน (Progestin) เพียงชนิดเดียว (กรมอนามัย, 2560; World Health Organization [WHO], 2023a) ยาชนิดนี้ออกฤทธิ์หลักโดยทำให้มูกปากมดลูกเหนียวข้น ขัดขวางการเคลื่อนที่ของอสุจิ เยื่อบุโพรงมดลูกบางลง ทำให้ไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของตัวอ่อน และยับยั้งการตกไข่บางส่วนเหมาะอย่างยิ่งสำหรับสตรีที่ไม่สามารถใช้เอสโตรเจนได้ เช่น หญิงให้นมบุตร ผู้ที่สูบบุหรี่และมีอายุมากกว่า 35 ปี ผู้ที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือความดันโลหิตสูง (CDC, 2024b; Hatcher et al., 2018)

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำแนะนำในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว ดังนี้ ควรเริ่มรับประทานภายในวันที่ 1–5 ของรอบประจำเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการตั้งครรภ์ หากเพิ่งคลอดบุตรและให้นมบุตร สามารถเริ่มรับประทานยาได้ทันทีหลังคลอด หรือภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอด หากแท้งบุตรในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ สามารถเริ่มยาได้ทันทีหลังแท้ง และควรรับประทานยา วันละ 1 เม็ด ในเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่เว้นช่วง หากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้แล้วรับประทานเม็ดถัดไปตามเวลาปกติ ประสิทธิภาพของยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้ขึ้นอยู่กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างตรงเวลาเพราะประสิทธิภาพลดลงอย่างรวดเร็วหากลืมยา อาจมีเลือดออกกะปริบกะปรอย หรือไม่มีประจำเดือน ไม่ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2.3 ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (Emergency Contraceptive Pills: ECPs) คือยาที่ใช้หลังการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันหรือในกรณีที่การคุมกำเนิดล้มเหลว เช่น ถุงยางอนามัยแตก ลืมรับประทานยาคุมประจำวัน หรือมีการถูกล่วงละเมิดทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (WHO, 2023b; CDC, 2024c) ประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิดฉุกเฉินขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ใช้หลังมีเพศสัมพันธ์ หากใช้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกจะลดความเสี่ยงการตั้งครรภ์ได้ถึงร้อยละ 85 – 95 การใช้ช้ากว่า 72 ชั่วโมงจะทำให้ประสิทธิภาพลดลง (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH], 2023b; WHO, 2023b) ควรรับประทานโดยเร็วที่สุดหลังมีเพศสัมพันธ์ หากอาเจียนภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานควรรับประทานซ้ำ สามารถใช้ได้ในทุกช่วงของรอบเดือน แต่ไม่ควรใช้เป็นประจำ หากไม่มีประจำเดือนภายใน 3 สัปดาห์ ควรตรวจการตั้งครรภ์และให้คำปรึกษาทางจิตใจและสังคมโดยเฉพาะในกรณีที่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (WHO, 2023b)

1.2.4 ยาฉีดคุมกำเนิด (Injectable Contraceptives) เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง โดยมีอัตราความล้มเหลวน้อยกว่าร้อยละ 0.3 การออกฤทธิ์ของยาฉีดคุมกำเนิดเกิดจากการยับยั้งการตกไข่และทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของตัวอ่อน ยาคุมกำเนิดชนิดนี้เหมาะสำหรับสตรีที่ต้องกการการคุมกำเนิดระยะกลางประมาณ 3 เดือน และไม่ต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวัน (WHO, 2023a; CDC, 2024a)

กลไกของยาฉีดคุมกำเนิดคล้ายกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม แต่ให้ผลต่อเนื่องโดยไม่ต้องรับประทานทุกวัน กรณีเริ่มฉีดครั้งแรกควรเริ่มฉีดภายใน 5 วันแรกของรอบประจำเดือน เพื่อให้มั่นใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ สำหรับผู้ที่เพิ่งคลอดบุตรและให้นมบุตรสามารถเริ่มฉีดได้หลังคลอดทันที (ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว) หากแท้งบุตรสามารถเริ่มฉีดได้ทันทีหลังแท้ง ผลข้างเคียงของยาคุมกำเนิดแบบฉีด Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) อาจมีเลือดออกกะปริบกะปรอย หรือไม่มีประจำเดือนเลย พบมากในช่วง 3–6 เดือนแรกหลังฉีด น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นพบได้บ่อยจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ภาวะกระดูกบาง (Bone Density Reduction) เนื่องจากการใช้ DMPA ต่อเนื่องนานอาจลดความหนาแน่นของกระดูกเล็กน้อย เนื่องจากระดับเอสโตรเจนลดลง แต่เมื่อหยุดใช้ร่างกายสามารถฟื้นฟูความหนาแน่นของกระดูกกลับคืนได้ตามปกติและการกลับมามีภาวะเจริญพันธุ์ช้าชั่วคราว (Delay in Fertility Return) หลังหยุดฉีด DMPA อาจใช้เวลา

ประมาณ 6–12 เดือน กว่าการตกไข่จะกลับมาเป็นปกติ ดังนั้นหากสตรีมีแผนตั้งครรภ์ภายใน 1–2 ปี ควรพิจารณาวิธีคุมกำเนิดอื่นแทน DMPA เช่น ยาเม็ดฮอร์โมนรวม หรือห่วงอนามัย (WHO, 2023b; CDC, 2024c)

1.2.5 ยาฝังคุมกำเนิด (Implants) เป็นวิธีคุมกำเนิดระยะยาวชนิดหนึ่งโดยใช้แท่งฮอร์โมนขนาดเล็กฝังไว้ใต้ผิวหนังบริเวณท้องแขนด้านในของสตรี เพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ดูดซึมฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2023a) บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำแนะนำในการฝัง ควรฝังภายใน 5 วันแรกของรอบประจำเดือน หรือภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอด หากไม่ได้ให้นมบุตร หากให้นมบุตรควรรออย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังคลอด คำแนะนำหลังทำการฝังยาควรรักษาความสะอาดบริเวณแผล และหลีกเลี่ยงการเปียกน้ำในช่วง 24 ชั่วโมงแรก สามารถเปิดผ้าปิดแผลได้ภายใน 24–48 ชั่วโมง และควรหลีกเลี่ยงการกดหรือสัมผัสบริเวณแผลโดยไม่จำเป็น ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนักหรือออกแรงมากด้วยแขนข้างที่ฝังยาในช่วง 24–48 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นสามารถใช้แขนได้ตามปกติ ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ประจำเดือนผิดปกติ เช่น มามาก มาน้อย หรือขาดประจำเดือน (กรมอนามัย, 2560; WHO, 2023b) อาจมีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่ เช่น รอยช้ำ ปวด บวม หรือติดเชื้อบริเวณที่ฝังยา (Hatcher et al., 2018) ในบางรายพบหลอดยาเคลื่อนหลุดจากตำแหน่ง หรือฝังลึกเกินไป ซึ่งควรให้แพทย์ทำการตรวจด้วย Ultrasound หากคลำไม่เจอ การฝังยาคุมต้องได้รับการฝังและถอดโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม (CDC, 2024a)

1.3 การคุมกำเนิดโดยการใช้สิ่งกีดขวาง (Barrier Methods of Contraception) เป็นวิธีที่อาศัยอุปกรณ์หรือวัสดุเพื่อป้องกันไม่ให้อสุจิผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกและปฏิสนธิกับไข่ ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยไม่ต้องใช้ฮอร์โมน และสามารถกลับคืนสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้ทันทีหลังหยุดใช้ (WHO, 2023a; CDC, 2024a) สิ่งกีดขวางที่ใช้ในการคุมกำเนิดแบ่งออกเป็นหลายประเภท ได้แก่ 1) ถุงยางอนามัยชาย เป็นปลอกยางบาง ๆ ที่สวมบนองคชาตขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำหน้าที่กั้นไม่ให้อสุจิหลั่งเข้าสู่ช่องคลอด นอกจากป้องกันการตั้งครรภ์แล้วยังช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections; STIs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อเทียบกับวิธีคุมกำเนิดอื่น (กรมอนามัย, 2566) ถุงยางควรใช้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และควรเปลี่ยนใหม่ทุกครั้งเพื่อป้องกันการฉีกขาดหรือรั่ว 2) ถุงยางอนามัยหญิง เป็นปลอกยางขนาดใหญ่ที่สอดเข้าไปในช่องคลอดก่อนมีเพศสัมพันธ์ มีวงแหวนยางทั้งสองด้านเพื่อยึดตำแหน่ง สามารถใช้แทนถุงยางชายได้ 3) แผ่นกั้นปากมดลูก (Diaphragm) และฝาครอบปากมดลูก (Cervical Cap) เป็นอุปกรณ์ซิลิโคนหรือยางรูปโดมที่ใส่เข้าไปปิดบริเวณปากมดลูกก่อนมีเพศสัมพันธ์มักใช้ร่วมกับยาฆ่าอสุจิ (Spermicide) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด ต้องใส่ก่อนมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 15 นาที และคงไว้ในช่องคลอดอย่างน้อย 6 ชั่วโมงหลังการร่วมเพศ 4) ฟองน้ำคุมกำเนิด (Contraceptive Sponge) เป็นฟองน้ำที่มีสารฆ่าอสุจิในตัวใช้ใส่เข้าไปในช่องคลอดก่อนมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ในระยะสั้นแต่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าวิธีอื่น ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดโดยใช้สิ่งกีดขวางแตกต่างกันตามประเภทและการใช้ (กรมอนามัย, 2566; WHO, 2023a) อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดคือต้องใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และอาจเกิดการแพ้สารหล่อลื่นหรือยาฆ่าอสุจิในบางราย

1.4 ห่วงอนามัย หรือ Intrauterine Device (IUD) เป็นอุปกรณ์ขนาดเล็กที่ใส่เข้าไปภายในโพรงมดลูกของสตรี โดยจัดเป็นวิธีคุมกำเนิดระยะยาวที่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงและเป็นที่นิยมใช้ในหลายประเทศทั่วโลก กลไกการออกฤทธิ์ของห่วงอนามัยโดยทั่วไป คือ การขัดขวางการเคลื่อนที่ของอสุจิและการปฏิสนธิของไข่ การทำให้มูกปากมดลูกหนืดขึ้นจนไม่เหมาะสมต่อการผ่านของอสุจิ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเยื่อบุโพรงมดลูกให้ไม่เหมาะต่อการฝังตัวของไข่ที่ได้รับการปฏิสนธิแล้ว ใช้งานได้นานและสามารถถอดออกเมื่อใดก็ได้โดยที่ภาวะเจริญพันธุ์จะกลับคืนทันที ห่วงอนามัยมี 2 ชนิด คือ

1) ห่วงอนามัยชนิดทองแดง (Copper IUD) มีลวดทองแดงพันรอบแกน ไม่มีฮอร์โมน กลไกการออกฤทธิ์ทองแดงทำให้เกิดสภาวะไม่เหมาะต่ออสุจิ ช่วยยับยั้งการปฏิสนธิ ระยะเวลาคุมกำเนิดประมาณ 5–10 ปีขึ้นกับรุ่น

2) ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (Hormonal IUD หรือ levonorgestrel-releasing IUD) เป็นอุปกรณ์คุมกำเนิดระยะยาวชนิดใส่ในโพรงมดลูก โดยปล่อยฮอร์โมนลีโวนอร์เจสเตรลในปริมาณต่ำอย่างต่อเนื่อง ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดอยู่ในกลุ่มวิธีคุมกำเนิดแบบออกฤทธิ์ยาวที่สามารถถอดออกได้ โดยมีประสิทธิผลในการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 99 กลไกการออกฤทธิ์ของห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน ได้แก่ การทำให้มูกปากมดลูกเหนียวข้น ทำให้อสุจิเคลื่อนผ่านได้ยาก การทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบางลงไม่เหมาะสมต่อการฝังตัว และในผู้ใช้บางรายอาจยับยั้งการตกไข่บางส่วน ระยะเวลาการออกฤทธิ์อยู่ระหว่าง 3–8 ปี ขึ้นกับชนิดและปริมาณฮอร์โมนที่ปล่อยออกมา (WHO, 2023a) อย่างไรก็ตามการใช้ห่วงอนามัยอาจมีข้อเสีย เช่น เลือดออกมากขึ้นหรือไม่สม่ำเสมอในช่วง 3–6 เดือนแรก โดยเฉพาะในผู้ใช้ห่วงชนิดทองแดง อาจมีอาการปวดประจำเดือนเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานในช่วง 20 วันแรกหลังใส่ หากไม่ได้ดำเนินการในสภาพปลอดเชื้อ (กรมอนามัย, 2566; WHO, 2023b)

ข้อห้ามสำคัญของการใช้ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน ได้แก่ การตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ การมีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานหรือประวัติการติดเชื้อซ้ำ การมีเลือดออกผิดปกติจากมดลูกโดยไม่ทราบสาเหตุ และความผิดปกติทางกายวิภาคของโพรงมดลูก (CDC, 2024b; WHO, 2023b) สำหรับบทบาทของพยาบาลมีความสำคัญตั้งแต่การให้คำปรึกษาเพื่ออธิบายข้อดี ข้อจำกัด และผลข้างเคียงของการใช้ห่วงอนามัย การดูแลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อระหว่างการใส่เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดตามผลหลังใส่ 4–6 สัปดาห์ เพื่อประเมินตำแหน่งของห่วงและอาการผิดปกติ รวมทั้งให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น การตรวจคลำเส้นห่าง การสังเกตประจำเดือน และการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังใส่ (กรมอนามัย, 2566)

วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร

การทำหมัน (Sterilization) เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบถาวรที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยการผ่าตัดหรือกระบวนการทำลายท่อนำไข่ในสตรีหรือท่อนำอสุจิในบุรุษ ซึ่งหลังจากทำหมันแล้วจะไม่สามารถมีบุตรได้อีก ยกเว้นในบางกรณีที่อาจทำการผ่าตัดแก้ไขได้ (กรมอนามัย, 2566; WHO, 2023a) วิธีการทำหมันแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ การทำหมันหญิงและการทำหมันชาย

การทำหมันหญิงเป็นการปิดกั้นหรือทำลายท่อนำไข่ (Fallopian Tubes) เพื่อป้องกันไม่ให้ไข่ที่ตกจากรังไข่เดินทางไปพบกับอสุจิในโพรงมดลูก ทำให้ไม่สามารถเกิดการปฏิสนธิได้ มีหลายวิธี ได้แก่ 1) การผูกและตัดท่อนำไข่ (Tubal Ligation) เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย โดยผูกและตัดท่อนำไข่ทั้งสองข้างผ่านการผ่าตัดเล็กที่หน้าท้อง หรือผ่านการส่องกล้อง 2) การใช้คลิปหรือวงแหวน (Clip or Ring Application) ใช้คลิปหรือวงแหวนรัดท่อนำไข่เพื่อป้องกันการผ่านของไข่ การทำหมันหญิงมีประสิทธิภาพสูง และสามารถดำเนินการได้อย่างปลอดภัยในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรและอุปกรณ์พร้อม (CDC, 2024c) อย่างไรก็ตาม การทำหมันหญิงเป็นการคุมกำเนิดถาวรที่ไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้ง่าย จึงควรให้คำปรึกษาอย่างรอบคอบก่อนตัดสินใจ โดยเฉพาะในสตรีอายุน้อยหรือผู้ที่ยังไม่มีบุตรครบตามต้องการ

การทำหมันชาย (Vasectomy) เป็นการผ่าตัดเล็กเพื่อปิดกั้นท่อนำอสุจิ (Vas Deferens) ทั้งสองข้างทำให้อสุจิไม่สามารถปนออกมากับน้ำอสุจิขณะหลั่งได้ เป็นวิธีที่มีความปลอดภัย ใช้เวลาสั้นและฟื้นตัวรวดเร็ว โดยทั่วไปใช้เวลาเพียงประมาณ 15–30 นาที และสามารถทำแบบผู้ป่วยนอกได้ ภายหลังการทำหมันชาย ร่างกายยังคงผลิตอสุจิได้ตามปกติ แต่อสุจิจะถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายตามธรรมชาติ (WHO, 2023a) อย่างไรก็ตาม การทำหมันชายไม่สามารถคุมกำเนิดได้ทันทีจึงจำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วยเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือน หรือจนกว่าผลตรวจ

น้ำอสุจิหลังผ่าตัดยืนยันว่าไม่มีอสุจิหลงเหลืออยู่ (CDC, 2024c)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์

เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ ด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ ความเชื่อ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ตลอดจนความต่อเนื่องในการใช้วิธีคุมกำเนิดในระยะยาว และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจในการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง (WHO, 2023c) ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถจำแนกได้เป็น 6 ด้านสำคัญ ดังนี้

1. ด้านร่างกายและสุขภาพ (Physical and Health Factors) สุขภาพของผู้รับบริการเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพิจารณาวิธีคุมกำเนิด เช่น อายุและภาวะสุขภาพทั่วไป (เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคตับ หรือเบาหวาน) ภาวะหลังคลอดและการให้นมบุตร ซึ่งอาจมีข้อจำกัดต่อการใช้ฮอร์โมนบางชนิด ประวัติการแพ้ยา หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ฮอร์โมน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น เคยผ่าคลอดหลายครั้ง หรือมีประวัติภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม โดยทั่วไปองค์การอนามัยโลก (WHO, 2023a) แนะนำให้ใช้เกณฑ์ Medical Eligibility Criteria (MEC) ในการประเมินความเหมาะสมของแต่ละวิธี เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ใช้

2. ด้านจิตใจและทัศนคติ (Psychological and Attitudinal Factors) ความเชื่อ ความเข้าใจ และประสบการณ์เดิมของผู้ใช้ส่งผลอย่างมากต่อการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิด เช่น ความกลัวผลข้างเคียง ความเชื่อว่าการคุมกำเนิดอาจกระทบต่อความเป็นหญิงหรือสมรรถภาพทางเพศ รวมถึงความอายหรือไม่กล้าขอรับบริการ โดยเฉพาะในวัยรุ่นหรือกลุ่มที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว (กรมอนามัย, 2566) พยาบาลผดุงครรภ์ควรสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร (Friendly Service) และให้ข้อมูลอย่างเข้าใจง่าย เพื่อส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการคุมกำเนิด

3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic and Cultural Factors) ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษาและความพร้อมทางสังคมเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด เช่น ผู้มีรายได้น้อยอาจเลือกวิธีที่ต้นทุนต่ำ เช่น ถุงยางอนามัย หรือห่วงอนามัยในโครงการของรัฐ ขณะที่ผู้มีรายได้สูงอาจเลือกวิธีที่สะดวกและระยะยาว เช่น ยาฝังหรือยาฉีดคุมกำเนิดนอกจากนี้ วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และค่านิยมของชุมชนยังมีอิทธิพลต่อการยอมรับหรือปฏิเสธการคุมกำเนิดในบางพื้นที่ด้วย (WHO, 2023a; CDC, 2024a)

4. ปัจจัยด้านคู่สมรสและครอบครัว (Partner and Family Factors) การตัดสินใจคุมกำเนิดไม่ใช่เพียงเรื่องของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่ยังเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของคู่สมรสและครอบครัว เช่น การยอมรับของคู่สมรสต่อวิธีคุมกำเนิดนั้น ๆ การสนับสนุนทางอารมณ์และการตัดสินใจร่วมกัน ความเข้าใจและการสื่อสารในครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว (WHO,2023a)

5. ด้านระบบบริการและการเข้าถึง (Service and Accessibility Factors) ระบบบริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเอื้อต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการและความพร้อมของอุปกรณ์ การให้คำปรึกษาโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม การมีบริการที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นและประชาชนทุกกลุ่ม การรณรงค์ให้ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง

6. ด้านศาสนาและค่านิยมทางสังคม (Religious and Cultural Beliefs) มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด โดยบางศาสนาหรือชุมชนอาจมีข้อห้ามหรือแนวปฏิบัติเฉพาะ เช่น การไม่ยอมรับการทำหมันหรือการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ขัดต่อธรรมชาติของการให้กำเนิดบุตร ส่งผลให้บางกลุ่มเลือกใช้เฉพาะวิธีธรรมชาติหรือหลีกเลี่ยงการคุมกำเนิด พยาบาลจึงควรเคารพความเชื่อดังกล่าว พร้อมให้ข้อมูลและเสนอทางเลือกที่เหมาะสมภายใต้บริบททางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

บทบาทการพยาบาลผดุงครรภ์ในการสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมในสตรีวัยเจริญพันธุ์

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้ประเมินความเสี่ยง และผู้สนับสนุนการตัดสินใจ ภายใต้หลักการดูแลแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client–Centered Care) และการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) โดยการบูรณาการเกณฑ์ MEC เข้าสู่กระบวนการพยาบาล จะช่วยให้สามารถประเมินความเหมาะสมของวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเป็นระบบ ลดความเสี่ยงจากการใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล (Informed Decision–making) ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการแต่ละรายดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Comprehensive Assessment) พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ โรคประจำตัว ภาวะหลังคลอด การให้นมบุตร พฤติกรรมสุขภาพ อายุ ตลอดจนความเชื่อและบริบทชีวิตของผู้รับบริการ โดยใช้เกณฑ์ ความเหมาะสมทางการแพทย์ (MEC) เป็นแนวทางในการประเมินความปลอดภัยและข้อจำกัดของวิธีคุมกำเนิดแต่ละชนิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการเลือกวิธีที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล

2. การให้ข้อมูลและคำปรึกษา (Counseling and Health Education) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง ครอบคลุม และเป็นกลาง โดยเนื้อหาควรครอบคลุมกลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพ ข้อดี ข้อจำกัด และผลข้างเคียงของแต่ละวิธี เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวิถีชีวิตของตนเอง การให้ข้อมูลควรยึดหลักสิทธิด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมตามวัย ระดับการศึกษา วัฒนธรรม และเพศสภาพของผู้รับบริการ พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและไม่ตัดสิน เพื่อส่งเสริมความไว้วางใจและการเปิดเผยข้อมูลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การใช้สื่อสนับสนุน เช่น ภาพ วิดีโอ หรือสื่อดิจิทัล สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ (กรมอนามัย, 2566) การให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพควรบูรณาการร่วมกับเกณฑ์ MEC เพื่อให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และสนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล (Informed Decision–Making) อย่างปลอดภัยและเหมาะสม

3. การสนับสนุนการตัดสินใจร่วมและด้านอารมณ์จิตสังคม (Shared Decision–Making and Psychosocial Support) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการตัดสินใจร่วม โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม ภายใต้การเคารพสิทธิ ความเชื่อ และความต้องการของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งนำเสนอข้อมูลทางเลือกที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพตามเกณฑ์ MEC เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล (WHO,2023c; Charles et al., 1997) การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดยังเกี่ยวข้องกับมิติด้านอารมณ์และจิตสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหรือสตรีที่อยู่ในภาวะเปราะบาง เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือประสบการณ์การถูกล่วงละเมิดทางเพศ พยาบาลจึงควรให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและไม่ตัดสิน (Non-Judgmental Environment) ใช้ทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) และให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการ (Dehlendorf et al., 2013) นอกจากนี้ พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีบทบาทในการประสานการส่งต่อไปยังบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้คำปรึกษาทางจิตใจหรือบริการทางสังคม เพื่อให้การดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม (Holistic Care) ซึ่งจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจ ความมั่นใจ และความต่อเนื่องในการใช้วิธีคุมกำเนิดในระยะยาว

4. การส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด (Promotion of Contraceptive Service Accessibility) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี

ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เช่น วัยรุ่น ชนกลุ่มน้อย หรือผู้มีรายได้น้อย การดำเนินงานอาจครอบคลุมการให้บริการเชิงรุกในชุมชน การให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านการวางแผนครอบครัว รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านบริการคุมกำเนิดตามนโยบายของรัฐในบริบทของประเทศไทย มีมาตรการสนับสนุนการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลายรูปแบบ เช่น โครงการฝังยาคุมกำเนิดฟรีสำหรับวัยรุ่นอายุไม่เกิน 20 ปี รวมถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดและหลังแท้งในสถานพยาบาลของรัฐ มาตรการดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่ปลอดภัย (กรมอนามัย, 2566)

5. การติดตามและประเมินผล (Follow-up and Evaluation) เป็นขั้นตอนสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมของวิธีคุมกำเนิด พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการติดตามผลอย่างต่อเนื่องภายหลังการเริ่มใช้วิธีคุมกำเนิด โดยควรประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ความพึงพอใจ ความถูกต้องในการใช้ และความต่อเนื่องของการใช้วิธีคุมกำเนิดของผู้รับบริการนอกจากนี้ พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิดตามความจำเป็นในกรณีที่เกิดปัญหา เช่น การลืมรับประทานยา การมีเลือดออกผิดปกติ หรือความไม่มั่นใจในการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการคุมกำเนิด การติดตามผลอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการจะช่วยสร้างความมั่นใจ ลดความเสี่ยงจากการใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (WHO, 2023a)

การประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้บริการคุมกำเนิด (Applying Evidence-Based Practice in Contraceptive Care)

การให้บริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพควรยึดแนวคิดการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ซึ่งเป็นกระบวนการบูรณาการหลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุดร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาลผดุงครรภ์ และความต้องการหรือบริบทของผู้รับบริการ (Sackett et al., 1996) ในบริบทของการคุมกำเนิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำมาใช้ร่วมกับเกณฑ์ MEC ขององค์การอนามัยโลก เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดที่มีความปลอดภัย เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทเฉพาะบุคคล (WHO, 2023c) ดังนี้

1) มิติด้านคลินิก (Clinical Dimension) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้รับบริการ โดยใช้เกณฑ์ MEC เป็นแนวทางในการพิจารณาความเหมาะสมของวิธีคุมกำเนิด รวมถึงการให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่ถูกต้อง ครบถ้วน และอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล โดยเกณฑ์ MEC แบ่งระดับความเหมาะสมของการใช้วิธีคุมกำเนิดออกเป็น 4 ระดับ ดังตารางที่ 1 (WHO,2023c)

2) มิติด้านจริยธรรม (Ethical Dimension) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการ โดยยึดหลักจริยธรรมทางการพยาบาล ได้แก่ การเคารพในอำนาจการตัดสินใจของผู้รับบริการ (Autonomy) การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อการตัดสินใจ (Informed Consent) การไม่ก่ออันตราย (Non-Maleficence) และการทำประโยชน์ (Beneficence) การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว (Confidentiality) โดยเฉพาะในกรณีของวัยรุ่นหรือกลุ่มเปราะบาง พยาบาลต้องให้บริการโดยไม่ตัดสิน (Non-Judgmental Care) และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

ตารางที่ 1 ความเหมาะสมของการใช้วิธีการคุมกำเนิด

ระดับ (Category)	คำอธิบาย
MEC 1	ภาวะที่ไม่มีข้อจำกัดในการใช้วิธีคุมกำเนิด สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย

ระดับ (Category)	คำอธิบาย
MEC 2	ภาวะที่ประโยชน์จากการใช้วิธีคุมกำเนิดมีมากกว่าความเสี่ยง สามารถใช้ได้ โดยควรมีการพิจารณาเป็นรายบุคคล
MEC 3	ภาวะที่ความเสี่ยงจากการใช้วิธีคุมกำเนิดมีมากกว่าประโยชน์ โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ใช้ ยกเว้นในกรณีที่ไม่มีทางเลือกอื่นที่เหมาะสม
MEC 4	ภาวะที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพสูง ไม่ควรใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นโดยเด็ดขาด

3) มิติด้านสังคมและความเท่าเทียม (Social and Equity Dimension) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด โดยส่งเสริมให้กลุ่มเปราะบาง เช่น วัยรุ่น ผู้มีรายได้น้อย หรือชนกลุ่มน้อย สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม

แนวทางการให้คำปรึกษาที่ปลอดภัยและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered and Safe Contraceptive Counseling)

การให้คำปรึกษาด้านการคุมกำเนิดควรดำเนินการภายใต้แนวคิดการดูแลแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

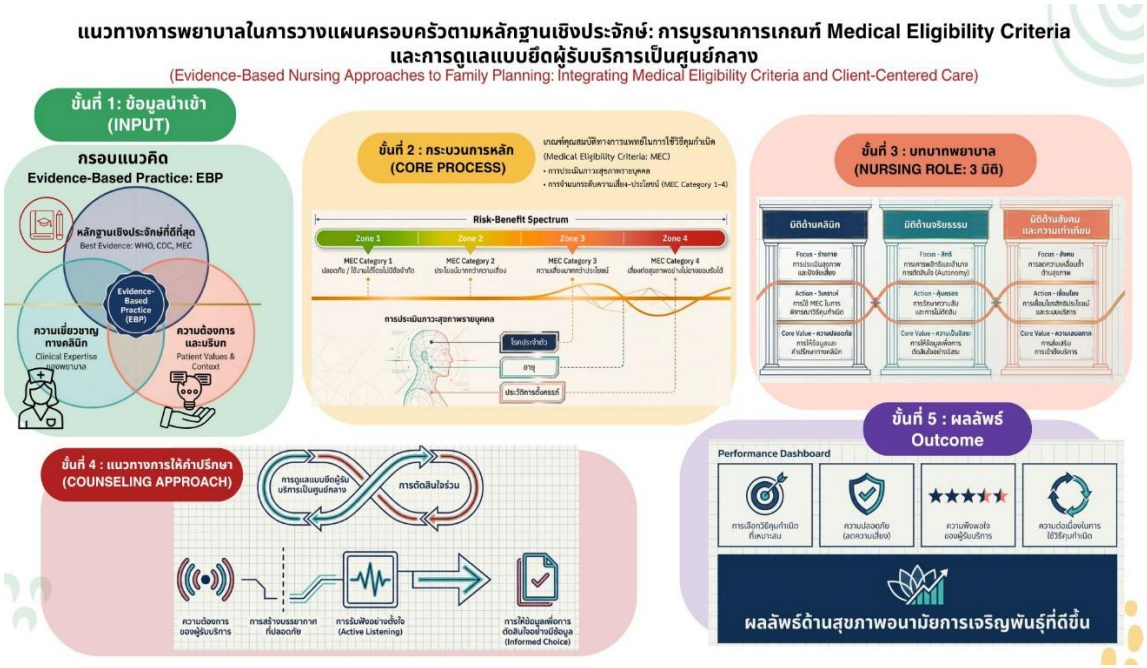
1) การสร้างความไว้วางใจและบรรยากาศที่ปลอดภัย การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นกลาง และเข้าใจง่าย การรับฟังความต้องการและบริบทของผู้รับบริการ
2) การนำเสนอทางเลือกที่เหมาะสมตามเกณฑ์ MEC
3) การสนับสนุนการตัดสินใจร่วม (Shared Decision–Making) แนวทางดังกล่าวช่วยส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล เพิ่มความพึงพอใจ และความต่อเนื่องในการใช้วิธีคุมกำเนิด

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้บริการคุมกำเนิดควรดำเนินการภายใต้กรอบ Evidence-Based Practice โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับเกณฑ์ MEC และแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมทั้งมิติด้านคลินิก จริยธรรม และสังคม เพื่อส่งเสริมการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของสตรีวัยเจริญพันธุ์

บทสรุป

การให้บริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์นั้นจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่มีรากฐานทางทฤษฎีที่ชัดเจน โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ และบริบทชีวิตของผู้รับบริการเข้าด้วยกัน การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ทำหน้าที่เป็นกรอบการตัดสินใจหลักที่ช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถให้บริการคุมกำเนิดที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางได้อย่างเหมาะสม ภายใต้กรอบดังกล่าว เกณฑ์ MEC ขององค์การอนามัยโลกทำหน้าที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการจัดระดับความเสี่ยงทางคลินิก เพื่อสนับสนุนการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้บริการคุมกำเนิดไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการประเมินทางคลินิกและการให้บริการวิธีคุมกำเนิดเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมใน 3 มิติที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ มิติด้านคลินิก มิติด้านจริยธรรม และมิติด้านสังคมและความเท่าเทียม โดยมิติด้านคลินิกมุ่งเน้นการประเมินสุขภาพอย่างถูกต้องและการประยุกต์ใช้เกณฑ์ MEC เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประสิทธิผล มิติด้านจริยธรรมตั้งอยู่บนหลักการสำคัญ ได้แก่ การเคารพในสิทธิการตัดสินใจของผู้รับบริการ (Autonomy) การส่งเสริมประโยชน์สูงสุด (Beneficence) การไม่ก่ออันตราย (Non-Maleficence) และความเป็นธรรม (Justice) เพื่อให้การตัดสินใจด้านการคุมกำเนิดเป็นไปอย่างสมัครใจ มีข้อมูลครบถ้วน และปราศจากการบังคับ ขณะที่มิติด้านสังคมและความเท่าเทียมมุ่งลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมความเป็นธรรมในการให้บริการ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เปราะบางหรือด้อยโอกาส นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยอาศัยหลักการของ

การตัดสินใจร่วม (Shared Decision–Making) และการสื่อสารที่ปลอดภัย ไม่ตัดสิน และไวต่อบริบททางวัฒนธรรม มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความไว้วางใจ ความพึงพอใจ และความต่อเนื่องในการใช้วิธีคุมกำเนิดในระยะยาว การบูรณาการกรอบแนวคิด EBP ร่วมกับการใช้เกณฑ์ MEC และการพัฒนาบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในทั้งสามมิติอย่างสมดุล จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการ ลดความเสี่ยงจากการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากรอย่างยั่งยืนดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการให้คำปรึกษาที่ปลอดภัยและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered and Safe Contraceptive Counseling)
ที่มา: ผู้เขียนพัฒนาเอง โดยประยุกต์จากแนวคิด Medical Eligibility Criteria ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023c) และแนวคิดการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Sackett et al., 1996)

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ (Implications for Practice)

1. ควรบูรณาการกรอบ EBP และเกณฑ์ MEC ในการให้บริการคุมกำเนิดอย่างเป็นระบบในทุกระดับบริการ

2. พัฒนาทักษะพยาบาลผดุงครรภ์ด้านการให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและการตัดสินใจร่วม

3. สนับสนุนการใช้สื่อและนวัตกรรมดิจิทัลในการให้ข้อมูล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้และการตัดสินใจ

4. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560) . *คู่มืออนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว*. นนทบุรี. กรมอนามัย.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566) . *คู่มือบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์*. นนทบุรี: กรมอนามัย.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). *Contraceptive Methods: Effectiveness and Use.* Atlanta, GA: CDC.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024.*Atlanta, GA: CDC.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024c). *U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024.* Atlanta, GA: CDC.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? *(or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine, 44*(5), 681–692.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Adolescent Reproductive Health Situation 2018.* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K., & Steinauer, J. (2013). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception, 88*(2), 250–256.

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2023a). *Combined Hormonal Contraception: Clinical Guideline.* London: FSRH.

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2023b). *Emergency Contraception: Clinical Guideline.* London: FSRH.

Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates, W., & Kowal, D. (2018). *Contraceptive Technology* (21st ed.). New York: Ardent Media.

Tangmunkongvorakul, A., Banwell, C., Carmichael, G., Utomo, I. D., Seubsman, S. A., Kelly, M., & Sleigh, A. (2012). Use and perceptions of sexual and reproductive health services among Northern Thai adolescents. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 43*(2), 479–500.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71–72.

Sychareun, V., Vongxay, V., Houaboun, S., Thammavongsa, V., Phummavongsa, P., Chaleunvong, K., & Durham, J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy and access to reproductive and sexual health services for married and unmarried adolescents in rural Lao PDR: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*, 219.

United Nations. (2023). *Sustainable Development Goals Report 2023.* New York: United Nations.

World Health Organization. (2023a). *Family planning/contraception methods: Key facts.* Geneva: WHO. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

World Health Organization. (2023b). *Family Planning: A Global Handbook for Providers.* Geneva: WHO.

World Health Organization. (2023c). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (6th ed.)