

บทความวิจัย

ระบบการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10

นภัทชา สมพงษ์^{1*}
สุกัญญา เชื้อธรรม²

(วันรับบทความ 18 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไขบทความ 12 กันยายน 2567, วันตอบรับบทความ 16 กันยายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการจัดบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้วิธีการเชิงผสมผสานในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากคณะกรรมการและเครือข่ายอาสา RSA จำนวน 71 คน และสัมภาษณ์แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 7 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์มีความพร้อมมากกว่าทั้งในด้านสถานที่ การจัดบริการ และช่องทางการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษาร้อยละ 81 เทียบกับร้อยละ 51.5 ของโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ยังมีช่องทางการให้คำปรึกษาที่หลากหลายกว่า เช่น คลินิกให้คำปรึกษาทางเลือก (ร้อยละ 85.7) เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการ (ร้อยละ 57.5) ซึ่งโรงพยาบาลที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์มีความเข้าใจและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 อย่างครบถ้วน รวมถึงการให้บริการทุกขั้นตอน ขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่มีบริการอาจขาดการให้บริการบางขั้นตอนสำหรับอุปสรรคที่พบ คือ ทักษะคติของบุคลากรที่ขัดกับการยุติการตั้งครรภ์ ขาดทรัพยากร และการประสานงานที่ไม่ราบรื่นการแก้ไขปัญหเหล่านี้ต้องการการสนับสนุนในการประสานงาน การเพิ่มจำนวนบุคลากร และการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาบริการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การอบรมบุคลากร การเพิ่มงบประมาณและบุคลากร การปรับปรุงกฎระเบียบ และการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจและการเข้าถึงบริการ

คำสำคัญ : ระบบบริการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การปรึกษาทางเลือก

^{1,2} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email : naphatcha.s@anamai.mail.go.th

Research article

The Service system for Unintended Pregnant Women under the Law and Regulations of the Medical Council in 10th Public Health Region

Naphatcha Somphong^{1*}

Sukanya Chueatham²

(Received: July 18 2024; Revised: September 12 2024; Accepted: September 16 2024)

Abstract

This descriptive study aimed to examine the safe abortion service system adhering to the law and Medical Council regulations in Health Region 10. Data was collected from 71 members of the RSA volunteer network for safe abortion in Health Region 10 through questionnaires. Interviews were conducted with 7 abortion providers and public health officers. Data collection occurred between December 2023 and February 2024. Data analysis employed descriptive statistics.

Results of the study : Hospitals providing abortion services are better equipped in terms of facilities, service organization, and counseling options. Specifically, for pregnancies less than 12 weeks, hospitals with abortion services have an 81% readiness rate for counseling compared to 51.5% in hospitals without such services. Additionally, hospitals with abortion services offer a wider range of counseling options, such as alternative counseling clinics (85.7%) compared to those without services (57.5%). These hospitals fully understand and adhere to the Criminal Code Amendment Act (No. 28) B.E. 2564, including all stages of service provision. In contrast, hospitals without such services may lack some steps in the process. Challenges identified include staff attitudes opposing abortion, resource shortages, and inefficient coordination. Addressing these issues requires improved coordination, increased staffing, and enhanced staff training.

Suggestions : The development of abortion services include establishing an effective coordination network, staff training, increased budget and personnel, regulatory improvements, and further research on patient satisfaction and access to services. for future development of abortion services include establishing an effective coordination network, staff training, increased budget and personnel, regulatory improvements, and further research on patient satisfaction and access to services.

Keywords : Unwanted Pregnancy, Safe Abortion, Options counseling

^{1,2} Public Health Technical Officer, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

* Corresponding Author Email : naphatcha.s@anamai.mail.go.th

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและหญิงที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีมีการยุติการตั้งครรภ์ประมาณ 73 ล้านครั้งทั่วโลก มีการยุติการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มากถึงร้อยละ 61 และการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนทั้งหมดจบลงด้วยการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 45 ซึ่งร้อยละ 97 เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา โดยการแท้งที่ไม่ปลอดภัย อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนการระงับการตั้งครรภ์ ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจในประเทศได้⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมระหว่างปี 2548-2552 มักจบลงด้วยการแท้งที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 64⁽²⁾ การที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไม่สามารถหาทางออกได้เมื่อประสบปัญหา อีกทั้งยังถูกตีตรา ในเชิงศีลธรรมจากสังคม ทำให้หลบซ่อนไม่เปิดเผยตนเองเพื่อขอความช่วยเหลือไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์สูงกว่าการตั้งครรภ์ทั่วไป เช่น ภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์ การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่ามาตรฐาน ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด ทารกเสียชีวิตหลังคลอด และภาวะป่วยทางจิตของผู้ตั้งครรภ์ ตลอดจนปัญหาการทอดทิ้งทารกตามที่ปรากฏ ในข่าวปัจจุบัน ทำให้เด็กขาดผู้ดูแล ขาดความรักความเอาใจใส่จากพ่อแม่ผู้ปกครอง ถูกทอดทิ้ง และอาจต้องเติบโตในสถานสงเคราะห์ในที่สุด จากรายงานเฝ้าระวังแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ.2563 พบว่า มีผู้ป่วยแท้ง ร้อยละ 53.8 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 65.6 และไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 37.6 โดยมีเหตุผลในการทำแท้งด้านสุขภาพ มีปัญหาเรื่องทารกในครรภ์เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 43.4 ด้านเศรษฐกิจ และสังคมมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 44.9 และการตั้งครรภ์ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ร้อยละ 24.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่แท้งเองและทำแท้ง คือ เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด และติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการทำแท้งโดยแพทย์จะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ที่ทำแท้งด้วยตนเอง หรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข โดยวิธีการทำแท้งที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากที่สุด คือ การใช้อุปกรณ์ของแข็งสอดหรือกระทุ้งเข้าทางช่องคลอดการใส่สายยางหรือฉีดยาใดๆ เข้าทางช่องคลอด การใช้สตรี/ยาต้มสมุนไพร เป็นต้น⁽³⁾

กรมอนามัย ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายแพทย์อาสาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทางการแพทย์ (Referral System for Safe Abortion : RSA) ตามกฎหมาย และข้อบังคับแพทยสภา ให้กับวัยรุ่นและผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการสนับสนุนจากกรม กองต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งมีการหนุนเสริมการทำงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แพทยสภา ราชวิทยาลัยสูติแพทย์ และโรงเรียนแพทย์ภายในประเทศ ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ตามมาตรา 301 ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ ไม่พร้อมมีสิทธิที่จะยุติการตั้งครรภ์หากอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ มาตรา 305 หากอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ ต้องรับบริการยุติการตั้งครรภ์จากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกรณี ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์เนื่องจาก (1)แม่มีสุขภาพกายหรือจิตใจ (2)ลูกในครรภ์มีความเสี่ยงที่จะพิการ (3)การถูกข่มขืน (4)ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ (5)กรณีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์⁽⁴⁾ ต้องได้รับการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังด้วยความใส่ใจ

และเป็นมิตร ไม่ตีตรา รักษาความลับ ให้อิสระในการตัดสินใจ และให้ข้อมูลทางการแพทย์เบื้องต้น ข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม ความเสี่ยง ความปลอดภัย ข้อห้ามทางการแพทย์ และข้อมูลอื่น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกอย่างรอบคอบทั้งด้านการตั้งครรภ์ต่อและการยุติการตั้งครรภ์⁽⁵⁾

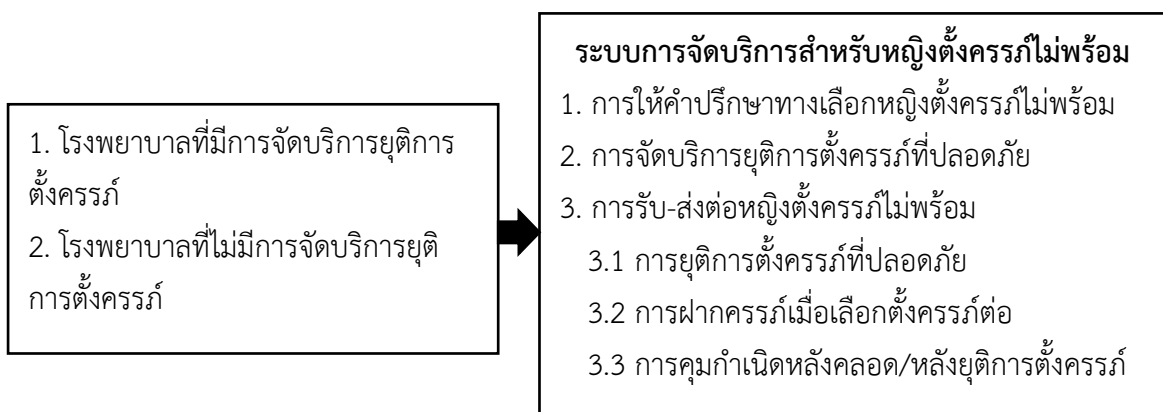
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า การจัดบริการของเครือข่ายอาสา RSA ในการให้บริการปรึกษาออนไลน์ กับผู้รับบริการอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 10,945 คน ส่วนใหญ่รับบริการเมื่อมีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ โดยข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาตั้งแต่ปี 2559 – 2565 จำนวนมากถึง 86,896 คน และยังพบข้อมูลการขอรับคำปรึกษาท้องไม่พร้อมผ่านสายด่วนปรึกษาเอดส์ และท้องไม่พร้อม 1663 จำนวน 43,379 ราย สายด่วนสุขภาพจิต 1323 จำนวน 105 ราย เว็บไซต์ไลฟ์แคร์สดชั่น จำนวน 3,095 ราย ปัจจุบันเครือข่ายอาสา RSA ได้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง โดยมีสมาชิกเครือข่ายอาสา RSA จำนวน 883 คน เป็นแพทย์ จำนวน 174 คน สหวิชาชีพ 709 คน หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใ้ขยายยุติการตั้งครรภ์กับกรมอนามัย 170 แห่ง⁽⁶⁾ ซึ่งมีหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 3 แห่ง มีเครือข่ายอาสา RSA จำนวน 59 คน เป็นแพทย์ จำนวน 4 คน สหวิชาชีพจำนวน 54 คน⁽⁷⁾

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาระบบการจัดบริการให้กับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภา ในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อศึกษาระบบการส่งต่อ (Referral System) ระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย RSA และโรงพยาบาลมีความพร้อมเพียงใดในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย RSA และโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการหรือไม่ เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น แม้ว่ากฎหมายจะอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย แต่ในทางปฏิบัติยังมีอุปสรรคที่ทำให้การเข้าถึงบริการไม่เท่าเทียม การศึกษานี้จะช่วยวิเคราะห์ปัญหา ประเมินระบบการส่งต่อ และพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในบริบทของเขตสุขภาพที่ 10 รวมถึงสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นในการจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการจัดบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลแบบวิธีผสมผสาน (Mixed method) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ระหว่างวันที่ 7 ธันวาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/หน่วยบริการที่เป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral System for Safe Abortion : RSA) เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 180 คน

2. ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 56 คน

4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเลือกคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 หรือ เครือข่ายอาสา RSA เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 ใน 5 จังหวัด โดยใช้เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรจากเกณฑ์ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร⁽⁸⁾

จำนวนประชากร	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อยละ	15 – 30 %
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักพัน	10 – 15 %
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักหมื่น	5 – 10 %

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อ (180 คน) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = $180 \times 30/100 = 54$ คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายอาสา RSA (56 คน) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = $56 \times 30/100 = 17$ คน

รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 71 คน

4.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (RSA) ในเขตสุขภาพที่ 10 รวมถึงโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพที่มีการให้บริการปรึกษาทางเลือก การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด และ 71 อำเภอ โดยแบ่งตามสัดส่วนของแต่ละจังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานี 25 อำเภอ (26 คน) จังหวัดศรีสะเกษ 22 อำเภอ (22 คน) จังหวัดยโสธร 9 อำเภอ (9 คน) จังหวัดอำนาจเจริญ 7 อำเภอ (7 คน) และจังหวัดมุกดาหาร 7 อำเภอ (7 คน)

2) กำหนดเกณฑ์ในการไม่รับเข้าร่วมศึกษา คือ กลุ่มที่ไม่ใช่คณะกรรมการหรือสมาชิกของเครือข่าย RSA มีการย้ายงาน ลาออก และไม่ได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาในการให้ข้อมูล

4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายอาสา RSA ประกอบด้วย

1.1 คำถามเกี่ยวกับสถานที่ให้คำปรึกษา การจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ และช่องทางการให้คำปรึกษา เพื่อวัดประสิทธิภาพของระบบการจัดการบริการตามมาตรฐานที่กำหนด

1.2 ความพึงพอใจต่อการบริการ เป็นคำถามที่วัดระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และผู้ใช้บริการ เพื่อประเมินคุณภาพของการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และความสำเร็จของการให้บริการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับตัวแทนจากทั้งสองกลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกในมุมมองของผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย ด้านนโยบาย ระบบการจัดบริการ การปฏิบัติจริง ความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อประเมินว่าการจัดบริการนั้นมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและสอดคล้องกับกฎหมาย ในกลุ่มคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อ สุ่มสัมภาษณ์ตัวแทนจำนวน 10 คน โดยเลือกจากผู้มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี และกระจายตามพื้นที่ 5 จังหวัด และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ในเครือข่ายอาสา RSA สุ่มสัมภาษณ์ตัวแทนจำนวน 5 คน โดยเลือกจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการโดยตรงและมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 2 ปี

4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ ผู้วิจัยตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายด้านโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด เพื่อประสานกลุ่มเป้าหมายเตรียมกลุ่มเป้าหมายและกำหนดแผนเก็บข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยจัดส่งหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารสถานบริการ/หน่วยบริการ เพื่อขอความร่วมมือให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม
- 3) ผู้วิจัยจัดเตรียมทีมเก็บข้อมูล
- 4) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์

4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบาย ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-01-66-01-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 8 พฤษภาคม 2567

6. ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 53.5 เป็นเครือข่ายอาสา RSA เพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ร้อยละ 36.6 โดยตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 57.7 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 28.1 และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 4.3 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 61.9 รองลงมาเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 14.1 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป (N=71 คน)	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานะของผู้ตอบแบบสอบถาม		
1.1 เป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral System for Safe Abortion : RSA) เขตสุขภาพที่ 10	38	53.5
1.2 เป็นเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	26	36.6
1.3 เป็นทั้งคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral System for Safe Abortion : RSA) เขตสุขภาพที่ 10 และเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	7	9.8
2. ตำแหน่ง		
2.1 แพทย์	1	1.5
2.2 พยาบาลวิชาชีพ	41	57.7
2.3 นักวิชาการสาธารณสุข	20	28.1
2.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	4.3
2.5 นักสังคมสงเคราะห์	2	2.8
2.6 นักจิตวิทยา	2	2.8
2.7 จิตอาสา	2	2.8
3. ประเภทของโรงพยาบาล/หน่วยบริการที่ปฏิบัติงาน		
3.1 โรงพยาบาลทั่วไป	4	5.6
3.2 โรงพยาบาลชุมชน	44	61.9
3.3 โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน	1	1.4
3.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	7.1
3.5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	6	8.2
3.6 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	10	14.1
3.7 หน่วยบริการให้คำปรึกษาออนไลน์	1	1.4

1. การจัดการบริการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การจัดการบริการให้บริการปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการ ด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ และด้านการจัดการบริการให้คำปรึกษาทางเลือก โดยจำแนกตามโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ พบว่า ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการมีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนักทั้งในโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดการบริการยุติการตั้งครรภ์ ส่วนด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ และด้านการจัดการบริการให้คำปรึกษาทางเลือก มีความแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดการบริการมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดการบริการ ร้อยละ 20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการให้บริการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำแนกตามโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดการยุติการตั้งครรภ์ (n=54 แห่ง)

ข้อมูลการจัดการให้บริการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม	โรงพยาบาลที่มี การจัดการบริการ (n=21 แห่ง)		โรงพยาบาลที่ไม่มี การจัดการบริการ (n=33 แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการ				
1. การรับรู้ข้อมูลประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565				
1.1 ไม่รับรู้	1	4.8	0	0
1.2 รับรู้	20	95.2	33	100
1.2.1 รับรู้ข้อมูลจากหนังสือเวียน	2	9.5	11	33.3
1.2.2 รับรู้ข้อมูลจากการประชุม/การอบรม	15	71.4	16	48.4
1.2.3 รับรู้ข้อมูลจากประกาศราชกิจจานุเบกษา	4	19.1	6	20.9
2. การให้บริการปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ				
2.1 ไม่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเฉพาะ	5	23.8	9	27.2
2.2 มีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเฉพาะ	16	76.2	24	72.8
3. การได้รับการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมของกรมอนามัย				
3.1 เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรม	13	61.9	23	69.7
3.2 เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม	8	38.1	10	30.3
ด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ				
1. ห้องให้คำปรึกษาทางเลือกกันเป็นสัดส่วนมิดชิด มีประตูเปิด-ปิด อย่างชัดเจน ไม่มีกล้องวงจรปิด	20	95.2	16	48.4
2. ห้องให้คำปรึกษาทางเลือกมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	21	100	23	69.6
3. มีการให้บริการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย สะดวกเหมาะสมต่อการให้บริการ	21	100	23	69.6
4. มีการแสดงรายละเอียดป้ายหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก	17	81.0	18	54.5
5. มีระบุวันเวลาการให้บริการ	18	85.7	19	57.5
6. มีทะเบียนผู้มารับบริการ	20	95.2	22	66.6
7. มีการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการที่มั่นคง ปลอดภัย จัดเป็นระเบียบ คั่นห่างง่าย เป็นความลับ ไม่มีการสูญหาย	20	95.2	23	69.7

ข้อมูลการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม	โรงพยาบาลที่มี การจัดบริการ (n=21 แห่ง)		โรงพยาบาลที่ไม่มี การจัดบริการ (n=33 แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก				
1. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์ และ มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	17	81.0	17	51.5
2. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์ และ มีอายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์	12	57.1	13	39.4
3. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการตั้งครรภ์ต่อ	16	76.2	15	45.4
4. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำเป็นต้องมีผู้ปกครองมารับคำปรึกษาร่วมด้วย	14	66.7	16	48.4
5. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ด้วย ตนเองหรือสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม	11	52.3	10	30.3
6. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากการถูกระงับการทำเรา	8	38.1	2	6.0
ด้านช่องทางการจัดบริการให้คำปรึกษา				
1. คลินิกให้คำปรึกษาทางเลือก	18	85.7	19	57.5
2. โทรศัพท์ของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ	12	57.1	11	33.3
3. โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการแบบส่วนตัว	10	47.6	12	36.3
4. เฟซบุ๊ก	10	47.6	8	24.2
5. ไลน์	10	47.6	11	33.3

2. การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า การรับทราบพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ.2564 คลินิกเอกชน รับทราบมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 82.4 มาเป็น และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 66.7 โดยคลินิกเอกชน มีการจัดบริการตามมาตรฐานมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 42.9 และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลทุกประเภท ที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ปลอดภัยตามมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แบบองค์รวม 9 กระบวนการ มีการจัดบริการตามกระบวนการ 9 กระบวนการ ร้อยละ 80 ขึ้นไป แต่ยังคงพบว่า มีโรงพยาบาลบางแห่งที่ยังขาดการจัดบริการตามกระบวนการให้คำปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ ติดตามหลังให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังยุติการตั้งครรภ์ และการให้บริการคุมกำเนิด หลังยุติการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล (n=21 แห่ง)

ข้อมูลการจัดบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	โรงพยาบาลทั่วไป (n=3)		โรงพยาบาลชุมชน (n =17)		คลินิกเอกชน (n =1)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับทราบข้อมูลพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564						
1. ไม่รับรู้	1	33.3	3	17.6	0	0
2. รับรู้	2	66.7	14	82.4	1	100
2.1 รับรู้จากหนังสือแจ้งเวียน	1	50.0	2	14.3	0	0
2.2 รับรู้จากการประชุม /การอบรม	1	50.0	10	71.4	1	100
2.3 รับรู้จากประกาศราชกิจจานุเบกษา	0	0	2	14.3	0	0
การจัดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยตามมาตรฐาน การปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม 9 กระบวนการ						
1. ไม่มีการจัดบริการ	2	66.7	8	57.1	0	0
2. มีการจัดบริการ	1	33.3	6	42.9	1	100
2.1 ให้คำปรึกษาทางเลือก	1	100	6	100	1	100
2.2 ประเมินข้อบ่งชี้	1	100	6	100	1	100
2.3 ให้ปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์	1	100	6	100	1	100
2.4 ชักประวัติและการตรวจร่างกาย	1	100	6	100	1	100
2.5 ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา/เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA)	1	100	4	66.6	1	100
2.6 ให้คำปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์	1	100	5	83.3	1	100
2.7 ติดตามหลังให้บริการยุติการตั้งครรภ์	0	0	5	83.3	1	100
2.8 ดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังยุติการตั้งครรภ์	0	0	5	83.3	1	100
2.9 ให้บริการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์	0	0	5	83.3	1	100

3. การรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมระหว่างโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ มีการรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 30 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละการรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์

ประเภทโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์	การยุติการตั้งครรภ์		การฝากครรภ์		การคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังยุติการตั้งครรภ์	
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	
	รับ	ส่งต่อ	รับ	ส่งต่อ	รับ	ส่งต่อ
	Refer	Refer	Refer	Refer	Refer	Refer
1. โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการ	76.1	95.2	95.2	95.2	80.9	71.4
2. โรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ	34.8	69.7	62.7	60.4	67.4	55.8

4. ความพึงพอใจต่อการจัดบริการ

ความพึงพอใจต่อการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม พบว่า ความพึงพอใจต่อการส่งต่อด้านบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.0$) ร้อยละ 79.0 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในส่งต่อไปเครือข่ายอาสา RSA ระดับมาก ร้อยละ 82.0 ด้านบริการฝากครรภ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.1$) ร้อยละ 82.0 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในส่งต่อไปในอำเภอ ระดับมาก ร้อยละ 82.3 และด้านบริการคุมกำเนิด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.1$) ร้อยละ 82.0 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในส่งต่อไปในอำเภอ ระดับมาก ร้อยละ 83.7 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการส่งต่อบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม (N=71 คน)

สถานที่ส่งต่อ	ระดับความพึงพอใจตามประเด็นการส่งต่อ								
	การยุติการตั้งครรภ์			การฝากครรภ์			การคุมกำเนิด		
	\bar{X}	ร้อยละ	แปลผล	\bar{X}	ร้อยละ	แปลผล	\bar{X}	ร้อยละ	แปลผล
ส่งไปในอำเภอ	3.9	78.0	มาก	4.1	82.3	มาก	4.2	83.7	มาก
ส่งไปในจังหวัด	3.9	78.0	มาก	4.1	81.1	มาก	4.1	82.5	มาก
ส่งไปในเขต	3.9	78.0	มาก	4.1	81.4	มาก	4.1	81.1	มาก
ส่งไปในภาค	3.9	78.0	มาก	4.0	80.6	มาก	4.0	80.0	มาก
ส่งไปสายด่วน 1663	3.9	78.0	มาก	4.0	79.4	มาก	4.0	79.4	มาก
ส่งไปเครือข่ายอาสา RSA	4.1	82.0	มาก	4.1	81.4	มาก	4.0	79.7	มาก
ภาพรวม	4.0	79.0	มาก	4.1	82.0	มาก	4.1	82.0	มาก

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

การจัดระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ

โรงพยาบาลภาครัฐ มีการขึ้นทะเบียนใช้ยายุติการตั้งครรภ์กับกรมอนามัย จัดบริการรวมอยู่ในคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด (One Stop Service) ให้บริการในวันและเวลาราชการ ขึ้นอยู่กับกรณีนัดหมายของแพทย์ รับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในจังหวัด อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ มีระบบส่งต่อสำหรับกรณีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ มีทีมสหวิชาชีพช่วยประเมินสภาวะทางกายและจิตของผู้รับบริการ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการ “โรงพยาบาลของผมนั้นจะให้บริการในวันและเวลาราชการเท่านั้น ไม่ได้มีวันที่กำหนดเฉพาะ แต่จะขึ้นอยู่กับผมซึ่งเป็นแพทย์ผู้ให้บริการว่าจะนัดเข้ารับการประเมินและยุติการตั้งครรภ์ได้วันไหนบ้าง”

คลินิกเอกชน ให้บริการสำหรับผู้รับบริการทั่วประเทศ มีค่าบริการ รับอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ ให้บริการในวันและเวลาราชการ หรือนัดหมายผ่านช่องทางต่างๆ และต้องมีผลอัลตราซาวด์ยืนยันอายุครรภ์ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการ “คลินิกของผมให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยรับทั่วประเทศ มีค่าบริการ รับอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ ผู้รับบริการต้องทราบอายุครรภ์ที่ชัดเจน โดยต้องมีผลอัลตราซาวด์อายุครรภ์มาก่อนหน้า หรือตรวจที่คลินิกก็ได้”

นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งเสริมการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศในชุมชน พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน คำนึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ดังความเห็นของผู้รับผิดชอบงาน “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเรา มีนโยบายการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและการช่วยเหลือการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์”

ทั้งนี้ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์

การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 10 ยังมีอุปสรรคหลายประการ ทั้งด้านทัศนคติของบุคลากร ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้หญิงที่ต้องการใช้บริการอาจไม่สามารถเข้าถึงได้ตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด สรุปเป็นรายด้าน ดังนี้

1. ด้านการนัดหมายและประสานงาน พบว่า ผู้รับบริการมาโดยไม่ได้นัดหมาย ทำให้บางครั้งไม่ได้รับบริการ และการประสานงานระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลหรือคลินิกยังไม่มีประสิทธิภาพ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลภาครัฐ

“กรณีที่ผู้รับบริการ walk in เข้ามาเลยโดยไม่ได้โทรสอบถามหรือนัดหมายบางวันไม่ได้รับบริการ เพราะผมไม่ได้อยู่ให้บริการที่โรงพยาบาลทุกวันทำให้เสียเวลา”

“ผู้รับบริการที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่ายและคลินิก ไม่มีผลอัลตราซาวด์มาด้วย จึงไม่ทราบอายุครรภ์ บางรายก็อายุครรภ์เกินกว่าที่ผมจะรับ”

2. ด้านข้อมูลและการเตรียมความพร้อม พบว่า ผู้รับบริการบางรายไม่มีผลอัลตราซาวด์ ทำให้ไม่ทราบอายุครรภ์ที่แน่ชัด และบางกรณีอายุครรภ์เกินกว่าที่สถานพยาบาลจะรับได้ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการในคลินิกเอกชน “ผู้ประสานส่งต่อในเครือข่ายบางครั้งไม่ได้แจ้งเงื่อนไขอายุครรภ์ของคลินิกที่ให้บริการ บางคนก็มากี่อายุครรภ์เกิน”

3. ด้านการให้บริการ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งรับเฉพาะผู้รับบริการในอำเภอและความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าโรงพยาบาลระดับจังหวัด ดังความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจังหวัด “มีโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์แต่มีเงื่อนไขรับเฉพาะในอำเภอ เนื่องจากความพร้อมมีน้อยกว่าโรงพยาบาลระดับจังหวัด”

4. ด้านทัศนคติและความเชื่อ พบว่า แพทย์และเจ้าหน้าที่บางส่วนมองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องผิดศีลธรรม และบางคนกลัวบาป ทำให้ไม่ต้องการให้บริการ ดังความเห็นของผู้ให้บริการ

“แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ไม่อยากให้ทำยุติการตั้งครรภ์ เพราะกลัวบาป”

“มีปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ เพราะเจ้าหน้าที่มองเรื่องศีลธรรม ทำให้ไม่ต้องการที่จะให้บริการ”

5. ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า หน่วยบริการไม่ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ตามสิทธิ ดังความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจังหวัด “ในจังหวัดเราไม่มีหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัยเลย เราจึงส่งไปแต่เครือข่ายอาสา RSA ทำให้บางครั้งอายุครรภ์เขาเกินที่หน่วยบริการใกล้ๆ จะรับทำให้ เขาต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มอีก”

ความต้องการสนับสนุนการดำเนินงาน พบว่า มีความต้องการสนับสนุนด้านการประสานงาน และอัตรากำลังบุคลากรในการจัดบริการ ดังความเห็นของผู้ให้บริการ

“ต้องการให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โทรประสานติดต่อมาก่อน เพราะการให้บริการมีข้อจำกัดที่บุคลากรและการบริการประจำที่คลินิก”

“ในคลินิกนี้มีผู้มารับบริการจำนวนมาก จึงต้องการสนับสนุนแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ”

8. สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษาระบบการจัดบริการสำหรับผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ได้ ดังนี้

1. การจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการ พบว่า การรับรู้ข้อมูลประกาศกระทรวงสาธารณสุขใกล้เคียงกัน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีการรับรู้ ร้อยละ 95 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีการรับรู้ ร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเฉพาะในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ให้บริการ ร้อยละ 76.2 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ให้บริการ ร้อยละ 76.8 สำหรับการได้รับการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาใกล้เคียงกันแต่ยังค่อนข้างต่ำ โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ร้อยละ 38.1 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ร้อยละ 30.3

ด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษา พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมด้านสถานที่มากกว่าอย่างชัดเจน เช่น มีห้องให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีห้องที่เป็นสัดส่วน ร้อยละ 95.2 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีห้องที่เป็นสัดส่วน ร้อยละ 48.4 และโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ร้อยละ 100 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีการจัดบริการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ร้อยละ 69.6

ด้านการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษาในสถานการณ์ต่างๆ มากกว่า โดยเฉพาะในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ซึ่งโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษา ร้อยละ 81 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษา ร้อยละ 51.5

ด้านช่องทางการจัดบริการให้คำปรึกษา โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีช่องทางการให้คำปรึกษาที่หลากหลายกว่า โดยเฉพาะคลินิกให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการ ร้อยละ 85.7 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ ร้อยละ 57.5

โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์มีความพร้อมในการให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ โดยเฉพาะในด้านสถานที่ การจัดบริการ และช่องทางการให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย ที่ชี้ให้เห็นว่าสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์มีความพร้อมในการให้คำปรึกษามากกว่า⁽⁹⁾ และงานวิจัยของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องความพร้อมของระบบบริการสุขภาพและสังคมในการรองรับการยุติการ

ตั้งครุฑที่ปลอดภัย ยังสนับสนุนว่าโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑมีความพร้อมในด้านต่างๆ มากกว่า⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของวารสาร จีระพงษา และคณะ (2560) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การให้บริการปรึกษาทางเลือกแก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมที่พบว่าคุณภาพการให้บริการปรึกษาทางเลือก แก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมในสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้บริการยุติการตั้งครุฑมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในด้านนี้ อย่างไรก็ตามทั้งโรงพยาบาล ที่มีและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑยังมีโอกาสในการพัฒนาด้านการอบรมบุคลากรให้ มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น⁽¹¹⁾

2. การจัดการยุติการตั้งครุฑที่ปลอดภัย

โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑมีความเข้าใจและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติแก้ไข เพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 อย่างถูกต้อง รวมถึงการให้บริการที่ครบถ้วนตั้งแต่ การให้คำปรึกษา การตรวจร่างกาย การยุติการตั้งครุฑ การติดตามผลหลังการยุติ และการให้บริการ คุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำ ขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการอาจมีความเข้าใจในกฎหมาย ไม่ครบถ้วนหรือยังไม่นำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่ ทำให้ขาดบริการบางขั้นตอน เช่น การให้คำปรึกษาหลังการยุติ การตั้งครุฑหรือการติดตามหลังการยุติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับหญิง ตั้งครุฑไม่พร้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ เคนเนธ จูมา และคณะ (2022) ได้ศึกษาเรื่อง ความพร้อมของระบบสุขภาพในการให้บริการดูแลหลังการยุติการตั้งครุฑ กรณีศึกษาการประเมิน สถานพยาบาลในประเทศบูร์กินาฟาโซ เคนยา ไนจีเรีย พบว่า โรงพยาบาลในสามประเทศที่สำรวจ มีความพร้อมจำกัดในการให้บริการดูแลหลังการยุติการตั้งครุฑ โดยเฉพาะในระดับสถานพยาบาลขั้นต้น เพียงร้อยละ 6.3 ถึง ร้อยละ 12.1 ของสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการดูแลหลังการยุติการตั้งครุฑ ขั้นพื้นฐานได้ครบทุกองค์ประกอบ มีสถานพยาบาลหนึ่งในสามสามารถให้บริการครบถ้วน ซึ่งพบข้อจำกัด ที่สำคัญคือการขาดเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น และเวชภัณฑ์สำหรับการ ให้บริการ ส่งผลต่อความสามารถในการให้บริการ เช่น การผ่าตัดเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง การให้เลือด และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครุฑ นอกจากนี้ ความไม่พร้อม ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูงกว่า ยังเป็นจุดอ่อนสำคัญที่ทำให้ การให้บริการ ไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ⁽¹²⁾

3. การรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครุฑไม่พร้อม

ระบบการรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครุฑไม่พร้อม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับ-ส่งต่อ ภายในอำเภอมากกว่าระดับอื่นๆ ทั้งในส่วนของการยุติการตั้งครุฑ การฝากครรภ์ และการคุมกำเนิดหลัง คลอด/หลังยุติการตั้งครุฑ เนื่องจากมีความสะดวกและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับผู้หญิง ซึ่งโรงพยาบาลที่มีการ จัดบริการยุติการตั้งครุฑมักจะมีบริการรับ-ส่งต่อบริการเหล่านี้มากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ อย่างไรก็ตามเมื่อโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่มีความพร้อมในการให้บริการ ก็จะมีการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น เช่น ระดับจังหวัดหรือระดับภาค โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติ การตั้งครุฑมักจะมีบทบาทสำคัญในการรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครุฑไม่พร้อม เนื่องจากมีทรัพยากรและบุคลากร ที่พร้อมให้บริการ นอกจากนี้ สายด่วน 1663 และเครือข่ายอาสา RSA ยังมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนและ เชื่อมโยงการให้บริการอีกด้วย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของระบบการรับ-ส่งต่อในการช่วย ให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบให้ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้หญิงที่หลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ คงอนุสรณ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อบริการยุติการตั้งครุฑ ในประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑมีการรับ-ส่งต่อบริการในระดับอำเภอ

มากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ โดยระบบนี้ช่วยให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่ายขึ้น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุชีลา สิงห์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าในหลายประเทศมีการขาดแคลนทรัพยากรและการฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอทำให้ระบบการรับ-ส่งต่อบริการยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้หญิงในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกลมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น⁽¹⁴⁾

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์

การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 10 ยังเผชิญอุปสรรคหลากหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ อุปสรรคที่พบมากที่สุดคือทัศนคติของบุคลากรที่มีความเชื่อทางศีลธรรมที่ขัดกับการยุติการตั้งครรภ์ ทำให้ไม่ต้องการให้บริการ นอกจากนี้ การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้การนัดหมายและการเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดของสถานพยาบาล การขาดทรัพยากร เช่น บุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ ส่งผลให้สถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการครอบคลุมในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับอำเภอหรือจังหวัดที่ยังไม่มีหน่วยบริการที่พร้อมขึ้นทะเบียน การขาดการเข้าถึงบริการในบางจังหวัดยิ่งเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทางสำหรับผู้หญิงที่ต้องการใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาเรีย เพอร์สัน และคณะ (2021) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านการทำแท้งแบบองค์รวมของประเทศบังกลาเทศ พบว่า มีนโยบายระดับประเทศในการควบคุมการมีประจำเดือนช่วยกำหนดกรอบกฎหมายที่สนับสนุนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม ในขณะที่ประเทศเม็กซิโกมีนโยบายแต่ก็ยังพบอุปสรรคในการจัดบริการถึงแม้จะมีอุปกรณ์เพียงพอ แต่พื้นที่ก็มีหน่วยบริการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีผู้ให้บริการที่ผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีความมั่นใจและทักษะในการให้บริการแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคแม้ว่าผู้ให้บริการจะมีความเต็มใจและสามารถสื่อสารกับสตรีชาวโรฮิงญาได้ แต่ความเชื่อส่วนตัวก็ยังส่งผลกระทบต่อให้บริการ⁽¹⁵⁾ และการศึกษาของสุวิมล วิจิตรศรีวรรณ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความท้าทายในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย โดยพบว่าทัศนคติของบุคลากรและข้อจำกัดด้านทรัพยากรเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีความจำเป็นในการปรับปรุงระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสมได้ ซึ่งการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนที่เหมาะสม ทั้งในด้านการประสานงาน การเพิ่มอัตรากำลังบุคลากร และการฝึกอบรมให้บุคลากรมีความเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่จำเป็นและเป็นไปตามสิทธิกฎหมายที่กำหนดไว้⁽¹⁶⁾

ความต้องการสนับสนุนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 10 มีความต้องการสนับสนุนด้านการประสานงานและการเพิ่มจำนวนบุคลากรในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการในคลินิกและโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ การขาดแคลนบุคลากรและการประสานงานที่ไม่ราบรื่นระหว่างหน่วยงาน ทำให้การบริการมีข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้หญิงที่ต้องการใช้บริการอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ (2563) ที่พบว่าการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยยังประสบปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างหน่วยงานและการขาดแคลนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น ความต้องการสนับสนุนด้านการประสานงานและการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่กล่าวถึงในผล

การศึกษานี้เป็นข้อค้นพบที่สำคัญซึ่งควรได้รับการพิจารณาเพื่อการพัฒนาการบริการยุติการตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต⁽⁹⁾

9. ข้อจำกัดในการวิจัย

การขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้เข้าร่วมการศึกษา และเป็นการรับประกันว่าการวิจัยจะดำเนินไปอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะยังไม่สามารถดำเนินการในโรงพยาบาลระดับจังหวัดได้ทั้งหมด แต่ข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ก็ยังคงมีประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขานี้

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

- 1) เขตสุขภาพที่ 10 ควรสร้างเครือข่ายการประสานงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) กรมอนามัยควรจัดอบรมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ และมีทัศนคติที่เป็นกลาง
- 3) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และเพิ่มจำนวนบุคลากร
- 4) กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนและปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

10.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) การศึกษาการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เขตสุขภาพที่ 10
- 2) ความเห็นของประชาชนต่อและความพึงพอใจต่อนโยบายส่งเสริมการที่มีคุณภาพและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
- 3) ศึกษาบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เช่น การคุมกำเนิด การตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอด เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น
- 4) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้หญิงในการเลือกใช้บริการ เช่น ทัศนคติของครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม
- 5) ศึกษาบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติ ความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษา

11. เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Abortion 2023 [cited 2023 9 March]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
2. Guttmacher Institute. Thailand country profile, Unintended pregnancy and abortion 2023 [cited 2023 12 March]. Available from: <https://www.guttmacher.org/regions/asia/thailand>.
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2563. 2563. รายงานปี 2563, หน้า 3.
4. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ.2564. ราชกิจจานุเบกษา. 2564. Report No.: เล่มที่ 138 ตอนที่ 10ก, หน้า 1-2.

5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ตาม มาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา. 2565. เล่มที่ 139 ตอน พิเศษ 228ง, หน้า 1-3.
6. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. รายงานผลการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ปีงบประมาณ 2559 -25642566.
7. เรืองกิตติ์ ศิริกาญจนกุล. เครือข่ายอาสา RSA (Referral System For Safe Abortion) เพื่อการส่งต่อยุติ การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย 2566.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2535.
9. สุชาติพิทย์ บุรณสถิตนนท์, จันทร์เพ็ญ หอมประคอง, พิมพ์พร พันธุมาศ, จินตนา สุวรรณ, สมใจ รัตนพงษ์. การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(3):121-31.
10. กฤตยา อาชวนิจกุล, ประภัสสร โสถถิวิสุทธิ, ธนพร ธนาวิสุทธิ. ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ และสังคมในการรองรับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย. วารสารสังคมศาสตร์. 2561;14(1):67-75.
11. วราภรณ์ จิระพงษา, พรรณี วงศ์สุนทร, สุนีย์รัตน์ แสงแก้ว. การพัฒนารูปแบบการให้บริการปรึกษา ทางเลือกแก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อม. วารสารวิจัยการพยาบาล. 2560;34(4):203-11.
12. Juma K. Health systems' preparedness to provide post-abortion care: assessment of health facilities in Burkina Faso, Kenya and Nigeria. BMC Health Services Research. 2020;22(1):245.
13. สุรศักดิ์ คงอนุสรณ์, สกฤตทอง สุวรรณ, พรรณีภา วัฒนชัย. การพัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อบริการยุติการ ตั้งครรภ์ในประเทศไทย. วารสารการแพทย์. 2562;35(2):105-15.
14. Susheela Singh, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorraine Kwok, Tsuyoshi Onda. Abortion Worldwide 2018: Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute; 2018.
15. Persson M, Larsson EC, Islam NP, Gemzell-Danielsson K, Klingberg-Allvin M. A qualitative study on health care providers' experiences of providing comprehensive abortion care in Cox's Bazar, Bangladesh. Conflict and Health. 2021;15:1-12.
16. วิจิตร ศรีวรรณ. อุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. วารสารวิจัย สาธารณสุข. 2561;12(2):145-57.