

ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม  
เข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

โดย  
พัชรากร สุขสำราญ

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

## บทคัดย่อ

การวิจัยผสวนวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความหมาย รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจำนวน 246 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจำนวน 7 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 มีการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระดับสำเร็จ โดยเกือบทั้งหมดมีความสำเร็จในด้านการปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมายในระดับมาก ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสะท้อนความหมายของความสำเร็จใน 2 มิติ คือ ช่วยให้ผู้หญิงก้าวผ่านและเติบโตจากวิกฤต และการมีทีมภายในและเครือข่ายภายนอกที่เข้มแข็ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้แก่ ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ( $p < 0.001$ ) ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น ( $p < 0.001$ ) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล ( $p < 0.001$ ) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคล ( $p < 0.001$ ) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร ( $p < 0.001$ ) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน ( $p < 0.001$ ) และการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย ( $p < 0.001$ ) ทั้งนี้ ปัจจัยที่สามารถร่วมคาดการณ์โอกาสของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ได้แก่ การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย (AOR = 9.24, 95% CI: 3.61–23.67,  $p < 0.001$ ) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล (AOR = 8.47, 95% CI: 3.52–20.37,  $p < 0.001$ ) และประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น (AOR = 4.51, 95% CI: 1.71–11.92,  $p = 0.002$ ) โดยโมเดลสามารถจำแนกความสำเร็จได้ถูกต้องร้อยละ 90.2 ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสะท้อนอุปสรรคในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการ ได้แก่ ทัศนคติที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการ ระบบงานที่ผูกติดกับตัวบุคคล และความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ ขณะที่สิ่งสนับสนุนสำคัญประกอบด้วยกฎหมายที่เอื้อต่อการทำงาน ความหลากหลายของบริการทางเลือก การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกันแม้มีจุดยืนที่แตกต่าง ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้การให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นภาระงานที่ชัดเจนในหน่วยบริการ โดยระบุจำนวนบุคลากรและจำนวนชั่วโมงการให้คำปรึกษาไว้ในแผนการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพและระบบหนุนเสริมผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก รวมถึงเสริมระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

คำสำคัญ: ตั้งครรภ์ไม่พร้อม, ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย, ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก, ระบบส่งต่อ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	จ
สารบัญรูปภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
ความสำคัญของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ส่วนที่ 1 การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	10
1.1 นิยาม	10
1.2 สถานการณ์การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระดับโลก	11
1.3 สถานการณ์การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย	12
1.4 มาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม	16
ส่วนที่ 2 การให้ปรึกษาทางเลือก	20
2.1 นิยามของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก	20
2.2 สถานการณ์ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในประเทศไทย	21
2.3 ความสำคัญของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก	22
2.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก	23
2.5 กระบวนการให้คำปรึกษาทางเลือก	24
ส่วนที่ 3 แนวคิดระบบนิเวศทางสังคม (Social Ecological Model)	28
ส่วนที่ 4 การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (the convergent parallel mixed method design)	30
4.1 การวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research)	30
4.2 การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (Convergent parallel mixed method design)	31

4.3 องค์ประกอบหลักของการวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน	31
4.4 จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน	32
4.5 ข้อพิจารณาในการออกแบบการวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน	33
ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางเลือก	34
5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	35
5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสนับสนุนผู้รับบริการในระบบสุขภาพ	35
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	37
1. รูปแบบการวิจัย	38
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ	41
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ	43
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ	44
4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ	45
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	45
5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	45
5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	46
6. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน	49
1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	49
1.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	50
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์และความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก	51
2.1 สถานการณ์การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม	51
2.2 ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	55
2.3 ความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก	58

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก	61
3.1 การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	61
3.2 สิ่งสนับสนุนในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	67
3.3 อุปสรรคในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	70
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย	76
อภิปรายผล	77
ข้อเสนอเชิงนโยบาย	84
ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ	85
ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป	85
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	90

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภูมิภาคที่สุ่มได้	39
ตาราง 2 ปัจจัยด้านประชากร	49
ตาราง 3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล	50
ตาราง 4 ระดับการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ	51
ตาราง 5 ระดับการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ รายด้าน	52
ตาราง 6 ร้อยละของการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ รายข้อ	53
ตาราง 7 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	55
ตาราง 8 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รายด้าน	56
ตาราง 9 ร้อยละของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รายข้อ	57
ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	62
ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	64
ตาราง 12 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดการณ์โอกาสในความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	66
ตาราง 13 การวิเคราะห์แบบผสานข้อมูล (Joint Display) ในประเด็นที่ข้อมูลทั้งสองชุดสอดคล้องกัน	73
ตาราง 14 การวิเคราะห์แบบผสานข้อมูล (Joint Display) ในประเด็นที่ข้อมูลทั้งสองชุดไม่สอดคล้องกัน	75

## สารบัญรูปร่าง

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
ภาพประกอบ 2 กระบวนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม	17
ภาพประกอบ 3 The Social Ecological Model Source	29

## บทที่ 1 บทนำ

### ที่มาและความสำคัญ

การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็นประเด็นสาธารณสุขที่มีความสำคัญในระดับโลก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง ในฐานะสิทธิและทางเลือกขั้นพื้นฐาน (Right & Choice) โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) พบว่า ในแต่ละปีมีหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์กว่า 73 ล้านครั้งทั่วโลก หรือคิดเป็นเกือบหนึ่งในสามของการตั้งครรภ์ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 55 ของการยุติการตั้งครรภ์ทั่วโลกเท่านั้นที่เป็นแบบปลอดภัย แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงอีกเกือบครึ่งยังคงเผชิญกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตได้

ในปัจจุบันหลายประเทศได้ปรับปรุงกฎหมายและระบบบริการเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ เช่น สหราชอาณาจักร (อังกฤษ สกอตแลนด์ และเวลส์) มีกฎหมายว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้ถึงอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ 6 วัน และอาจเกินกว่านั้นได้หากมีภาวะผิดปกติร้ายแรงของทารกหรือเสี่ยงต่อชีวิตมารดา ขณะที่ไอร์แลนด์เหนือได้ปฏิรูปกฎหมายในปี ค.ศ. 2019 โดยยกเลิกความผิดทางอาญา และในปี ค.ศ. 2020 ได้ออกกฎหมายใหม่ที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่จำกัดเหตุผลภายใน 12 สัปดาห์แรก (MSI Reproductive Choices UK, 2024) ส่วนเกาหลีใต้ก็มีความก้าวหน้าด้านกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ โดยในปี ค.ศ. 2019 ศาลรัฐธรรมนูญมีคำวินิจฉัยให้ยกเลิกบทลงโทษทางอาญาในการยุติการตั้งครรภ์ และให้รัฐบาลปรับปรุงกฎหมาย ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2021 (Umeda, 2021) นอกจากนี้ ประเด็นการยุติการตั้งครรภ์ได้กลายเป็นหนึ่งในหัวข้อสำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาหารือในเวทีสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ โดยคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (UN Human Rights Committee) ระบุชัดเจนว่าการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับสิทธิในการมีชีวิต ขณะเดียวกัน อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี (CEDAW) ก็ได้เรียกร้องให้ประเทศภาคีลดข้อจำกัดหรือบทลงโทษที่ไม่สมเหตุสมผลต่อผู้หญิงที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล (Office of the High Commissioner for Human, 2022)

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ซึ่งผ่อนปรนให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้หากอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ และในกรณีอายุครรภ์ 12–20 สัปดาห์ เมื่อได้รับการปรึกษาทางเลือกจากผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับอนุญาต (พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564, 2564) การเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายดังกล่าวเป็นแรงผลักดันสำคัญที่เอื้อให้หลายภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระบบสุขภาพ ทำให้ปัจจุบันมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนให้บริการยุติการตั้งครรภ์กับกรมอนามัยทั้งหมด 188 แห่ง ครอบคลุมแล้ว 53 จังหวัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐ จำนวน 114 แห่ง คลินิกเอกชน จำนวน 60 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 14 แห่ง (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568) ส่งผลให้ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้รับบริการที่เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้รับบริการเพิ่มจาก 20,500 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็น 37,425 รายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 82.6 ทั้งนี้ ร้อยละ 89.9 ของผู้เข้ารับบริการ

เลือกใช้การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา (Medical Abortion) ซึ่งเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและสะดวกกว่าการใช้วิธีทางศัลยกรรมในโรงพยาบาล นอกจากนี้ จากข้อมูลยังพบว่า กลุ่มผู้หญิงวัยทำงานช่วงต้น (อายุ 20-29 ปี) เป็นกลุ่มที่ใช้บริการมากที่สุด ซึ่งรวมกันเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการทั้งหมด โดยกลุ่มอายุ 25-29 ปี มีจำนวนมากถึง ร้อยละ 23.9 และกลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ

การให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่สำคัญในมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม (กรมอนามัย, 2564) โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกถือเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่ระบบบริการที่ปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทนี้ไม่ได้มีแค่การให้ข้อมูลหรือสนับสนุนเชิงจิตใจ หากแต่ต้องช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถประเมินสถานการณ์ของตนเอง เข้าใจทางเลือกที่มีอยู่ และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม โดยปราศจากการชี้นำหรือโน้มน้าวใจ ซึ่งต้องอาศัยทั้งทักษะการให้การปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพ และทัศนคติที่เป็นกลาง (กรมอนามัย, 2566) กรมอนามัยได้เริ่มจัดให้มีระบบรับรองผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 โดยผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดจะสามารถขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการภายใต้ระบบการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยตามกฎหมายได้ โดยข้อมูล ณ วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2568 มีผู้ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกแล้วทั้งสิ้น 619 คน ครอบคลุม 67 จังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการปรึกษาทางเลือกได้มากขึ้น โดยข้อมูลจากหน่วยบริการปรึกษาทางเลือกที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัย พบว่า จำนวนผู้รับบริการเพิ่มจาก 38,079 ราย ในปี 2566 เป็น 45,582 รายในปี 2567 โดยในจำนวนนี้ มีหญิงที่ได้รับการสนับสนุนให้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมากถึง 43,063 ราย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของบริการให้คำปรึกษาทางเลือกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การส่งต่อหลังการให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นขั้นตอนสำคัญที่สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้ตัดสินใจแล้วเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับทางเลือกของตน ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ต่อ หรือยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามเกณฑ์ของกฎหมาย การมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันการหลุดจากระบบบริการ และลดความเสี่ยงต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (World Health Organization, 2022) อย่างไรก็ตาม ระบบการส่งต่อหลังการให้คำปรึกษาทางเลือกในประเทศไทยยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านประสิทธิภาพของกระบวนการส่งต่อและการขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในหลายพื้นที่ ทำให้การประสานการเข้ารับบริการของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง นอกจากนี้ สถานพยาบาลบางแห่งยังคงตีความบทบัญญัติของกฎหมายในลักษณะจำกัด โดยให้บริการเฉพาะในกรณีที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือจิต หรือกรณีที่เกิดจากการล่วงละเมิดทางเพศเท่านั้น ทั้งที่กฎหมายฉบับใหม่ได้ขยายสิทธิให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ด้วยเหตุผลอื่นภายใต้เกณฑ์อายุครรภ์ที่กำหนด ความไม่สอดคล้องนี้ส่งผลให้เกิดรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ขณะเดียวกัน การไม่เปิดเผยข้อมูลของสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างเป็นทางการยังสร้างความไม่ชัดเจนและความไม่มั่นใจแก่ผู้ต้องการเข้ารับบริการและประชาชนทั่วไป (The Active, 2567) นอกจากนี้ ปัญหาการกระจายตัวของหน่วยบริการที่ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัดก็เป็นอีกประเด็นสำคัญ โดยพบว่ามี 23 จังหวัดที่ไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การเกษียณอายุของแพทย์ หรือการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร ส่งผลให้ระบบการให้บริการขาดความต่อเนื่องและเกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568)

แม้ในปัจจุบันจะมีการรับรองสถานะของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างเป็นทางการ พร้อมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณชดเชยค่าบริการให้คำปรึกษาและการประสานส่งต่อผู้รับบริการในอัตรา 360 บาทต่อครั้ง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการและสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก แต่ในทาง

ปฏิบัติ ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกยังคงเผชิญข้อท้าทายหลายประการ ทั้งจากข้อจำกัดของหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และลักษณะงานที่หลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ทำให้บุคลากรกลุ่มนี้ต้องขยายบทบาทจากการให้คำปรึกษาเชิงข้อมูล ไปสู่การจัดการเชิงระบบมากขึ้น โดยต้องปฏิบัติภารกิจที่หลากหลาย ได้แก่ การประเมินสถานการณ์และข้อจำกัดของผู้รับบริการ และการประสานส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และความแตกต่างของบริบทแต่ละราย เพื่อให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ภายในเกณฑ์อายุครรภ์ที่กฎหมายกำหนดได้ ขณะเดียวกันในระดับนโยบาย ก็ยังไม่มีระบบประเมินภาระงานของผู้ให้คำปรึกษาอย่างเป็นทางการ ขาดแนวทางพัฒนาศักยภาพเฉพาะทางที่ต่อเนื่อง และยังไม่มีความรองรับแรงกดดันจากการทำงานในบริบทที่ซับซ้อน จึงนับเป็นช่องว่างสำคัญของระบบบริการที่ควรได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเชิงนโยบายที่ยั่งยืน การทำงานภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ซับซ้อนนี้ ส่งผลต่อความเครียด ความเหนื่อยล้า หรือภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกโดยไม่รู้ตัว

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์และการให้คำปรึกษาทางเลือกในประเทศไทย ภายหลังจากเปลี่ยนแปลงกฎหมายมีการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการพัฒนาระบบบริการ การจัดทำแนวทางการดำเนินงาน และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในระดับพื้นที่ เช่น การศึกษาของพัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์ (2567ก) ที่พัฒนาระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในจังหวัดจันทบุรี พบว่า การบูรณาการเครือข่ายบริการและการสนับสนุนจากผู้บริหารมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ขณะที่การศึกษาของสายใจ สุวรรณศรี (2567) ศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ในเครือข่ายจังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยสำคัญในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ คือ ทักษะคิดของบุคลากรทางการแพทย์และความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ ส่วนการศึกษาของอมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ (2568) ได้พัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การสร้างกลไกเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการต้นทางและปลายทางช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ในพื้นที่ได้มากขึ้น ในขณะที่ศึกษาของสุทธิรักษ์ นภาพันท์ (2562) พบว่า ทักษะคิดของสูติแพทย์ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยยังมีความหลากหลายและส่งผลต่อการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในทางปฏิบัติ และการศึกษาของภูมิศักดิ์ ภัทรตระกูลกิจ (2567) ที่ศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มีต่อ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2564 ที่พบว่า การกล่อมเกลางานสังคมยังมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าค่านิยมและทัศนคติที่เกิดจากกระบวนการสังคม เช่น ครอบครัว ศาสนา หรือสื่อมวลชน มีอิทธิพลต่อการยอมรับนโยบายการให้คำปรึกษาทางเลือกของรัฐ ส่วนการศึกษาของ Sinthuchai et al. (2022) ได้ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหลังการแก้ไขกฎหมายอาญาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ พบว่า พยาบาลจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อกฎหมายและมีทัศนคติที่แตกต่างต่อการยุติการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้รับบริการจริง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นไปที่ประเด็นระบบบริการ โครงสร้างการส่งต่อ หรือทัศนคติและความรู้ของบุคลากรในภาพรวม แต่ยังไม่ขาดการศึกษาโดยตรงซึ่งวิเคราะห์ถึงการทำงานหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในเชิงระบบ ที่จะทำให้ทราบถึงความสำเร็จของการดำเนินงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในตั้งแต่ระดับปฏิบัติการไปจนถึงระดับนโยบาย

งานวิจัยนี้เลือกใช้รูปแบบการวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (Convergent Parallel Mixed Methods Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2018) ซึ่งเป็นวิธีวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ครอบคลุม และสะท้อนประเด็นที่มีความซับซ้อนเกี่ยวกับการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลังได้รับการให้คำปรึกษาทางเลือก การวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์เชิงลึก ความหมาย ตลอดจนกลไกของอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายได้ การผสมข้อมูลทั้งสองลักษณะจึงช่วยเสริมกันทั้งในด้านความกว้าง (breadth) และความลึก (depth) ตามหลักการของการวิจัยแบบผสมวิธี ได้แก่ การเสริมให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (complementarity) ซึ่งช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างรอบด้านมากขึ้น และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (validity) ตลอดจนความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธี (rigor) อันนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีฐานข้อมูลรอบด้าน รองรับการพัฒนากระบวนการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

### ความสำคัญของการวิจัย

#### ความสำคัญในเชิงวิชาการ

ผลการวิจัยจะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกและกระบวนการทำงานของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตลอดจนปัจจัย อุปสรรค และแรงสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการให้บริการในบริบทจริง นอกจากนี้ยังช่วยขยายความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขและบริบทของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ ตลอดจนแนวทางการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนผู้ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับระดับหน่วยบริการ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างกรอบแนวคิดหรือโมเดลเชิงทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบาย การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย

#### ความสำคัญในเชิงปฏิบัติ

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เพื่อยกระดับคุณภาพของการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนภายในหน่วยบริการและกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของบริการในทุกกระดับ ผลการศึกษายังสามารถใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนผู้ให้คำปรึกษา รวมถึงการบูรณาการเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อขยายการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ห่างไกล ที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยให้มีความเท่าเทียม มีประสิทธิผล และยั่งยืน

## ขอบเขตของการวิจัย

### การวิจัยเชิงปริมาณ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยกำหนด ได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองอย่างเป็นทางการกับกรมอนามัย และปฏิบัติงานให้บริการคำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกใน 6 ภาค และ 1 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร) โดยได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภูมิภาคตามสัดส่วนของประชากรผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในพื้นที่นั้น ๆ จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ภายในแต่ละภูมิภาค ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มที่ให้โอกาสแก่ประชากรทุกคนในการถูกเลือกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน สำหรับภูมิภาคที่มีจำนวนประชากรน้อย ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้ครบทุกคน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายที่ครอบคลุมและเป็นตัวแทนของทุกภูมิภาคอย่างเหมาะสม

#### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย อายุ ประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และประสบการณ์ในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม การรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ แบ่งออกเป็น 5 ตัวแปรย่อยตามแนวคิด Social Ecological Model คือ การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคล การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน และการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

### การวิจัยเชิงคุณภาพ

#### พื้นที่วิจัย

พื้นที่วิจัยในการศึกษานี้ครอบคลุมหน่วยงานที่มีการให้บริการคำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งมีผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ได้รับการรับรองจากกรมอนามัยปฏิบัติงานอยู่จริง โดยรวมถึงหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชน รวมถึงหน่วยงานสนับสนุนอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานของภาคประชาสังคม สายด่วนให้คำปรึกษา และหน่วยงานราชการที่ไม่ใช่สถานพยาบาล ทั้งนี้ การเลือกพื้นที่วิจัยมุ่งเน้นความหลากหลายด้านประเภทหน่วยงานและบริบทการให้บริการ เพื่อให้สามารถสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกได้อย่างครอบคลุมและลึก

#### กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ได้รับการรับรองจากกรมอนามัยและปฏิบัติงานจริงในระบบบริการคำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีประสบการณ์ในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ที่เริ่มปฏิบัติงานก่อนและหลังการมีระบบขึ้นทะเบียนรับรอง จำนวน 7 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัว (data saturation) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดำเนินการโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามแนวทางของ Maxwell (2013)

## นิยามศัพท์เฉพาะ

- ความสำเร็จ หมายถึง ผลลัพธ์ของการดำเนินบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่เอื้อต่อการให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ลำเอียง การสนับสนุนด้านจิตใจ การประสานงานกับหน่วยบริการ การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย และการดูแลต่อเนื่องจนหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ

- ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก หมายถึง บุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ตามหลักสูตรที่กรมอนามัยกำหนด และขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างเป็นทางการ ซึ่งปฏิบัติงานให้บริการคำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทั้งในหน่วยบริการที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองและหน่วยบริการที่มีบทบาทในการให้คำปรึกษาและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม

- การให้คำปรึกษาทางเลือก หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือโดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ซึ่งครอบคลุมการให้ข้อมูลทางเลือกที่ปลอดภัย การรับฟังอย่างไม่ตัดสิน การส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ ตลอดจนการประสานงานกับหน่วยบริการหรือภาคส่วนอื่น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับบริการที่เหมาะสม

- บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย หมายถึง บริการทางการแพทย์เพื่อยุติการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยบุคลากรที่ได้รับอนุญาตในสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีการควบคุมด้านความปลอดภัย ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และมีระบบส่งต่อเพื่อดูแลภายหลังการยุติการตั้งครรภ์

- หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม หมายถึง หญิงที่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนหรือไม่ตั้งใจในช่วงเวลานั้น และมีความต้องการรับคำปรึกษาเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ของตนเอง

### คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

- อายุ หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีชีวิตอยู่ นับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

- ประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน หมายถึง ประเภทของหน่วยงานที่ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกปฏิบัติงานเป็นประจำ ประกอบด้วย สถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรภาคประชาสังคม

- ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน หมายถึง ภูมิภาคที่หน่วยงานของผู้ให้คำปรึกษาตั้งอยู่ ประกอบด้วยภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และกรุงเทพมหานคร

- ระยะเวลาปฏิบัติงาน หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกได้ปฏิบัติงานด้านการให้คำปรึกษาทางเลือกนับตั้งแต่ได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วย น้อยกว่า 6 เดือน 6 เดือน - 1 ปี 1 - 2 ปี และ 2 ปีขึ้นไป

- ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม หมายถึง ลักษณะหรือรูปแบบของบริการที่หน่วยงานของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจัดให้แก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประกอบด้วย ให้บริการเฉพาะคำปรึกษาทางเลือก ให้คำปรึกษาทางเลือกและการส่งต่อ ให้คำปรึกษาทางเลือกและบริการยุติการตั้งครรภ์ ให้คำปรึกษาทางเลือก บริการยุติการตั้งครรภ์ และการส่งต่อ

- ประสบการณ์ในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น เพื่อให้ได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาหรือเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

- การรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต่อปัจจัยหรือเงื่อนไขที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถเข้าถึงบริการยุติ

การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ตัวแปรย่อยตามแนวคิด Social Ecological Model คือ

1) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต่อปัจจัยส่วนบุคคลของตนเอง เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ และแรงจูงใจภายใน ที่เอื้อต่อการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคล หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต่อการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อนร่วมงาน ผู้ให้คำปรึกษาคนอื่น และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประสานงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

3) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต่อปัจจัยภายในหน่วยงาน เช่น แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การมีบุคลากรเพียงพอ การสนับสนุนจากผู้บริหาร และระบบการสื่อสารภายในที่มีประสิทธิภาพ

4) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต่อบริบททางสังคมและเครือข่ายในพื้นที่ เช่น ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภายนอก ทศนคติของชุมชน และบทบาทของหน่วยบริการในพื้นที่ที่เอื้อต่อการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

5) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต่อกลไกหรือแนวนโยบายจากระดับส่วนกลางที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน เช่น ระบบการรับรองผู้ให้คำปรึกษา การสื่อสารจากกรมอนามัย และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

- ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยหมายถึงระดับของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่สะท้อนถึงความครบถ้วน ความถูกต้อง ความเหมาะสม และความต่อเนื่องในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) การให้ข้อมูลและการสื่อสาร หมายถึง ความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และตรวจสอบความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

2) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ หมายถึง ความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการให้คำปรึกษาด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มั่นใจในทางเลือกของตน

3) การประสานงานและการส่งต่อ หมายถึง ความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการจัดการระบบส่งต่ออย่างครบถ้วน รวดเร็ว และมีช่องทางการติดต่อกลับที่ชัดเจน

4) การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการติดตามและให้คำแนะนำหลังจากส่งต่อ และเชื่อมโยงกับบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5) การปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย หมายถึง ความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการยึดหลักจริยธรรมและกฎหมายในกระบวนการให้คำปรึกษา เช่น ความเป็นกลาง การรักษาความลับ และการปฏิบัติตามเกณฑ์

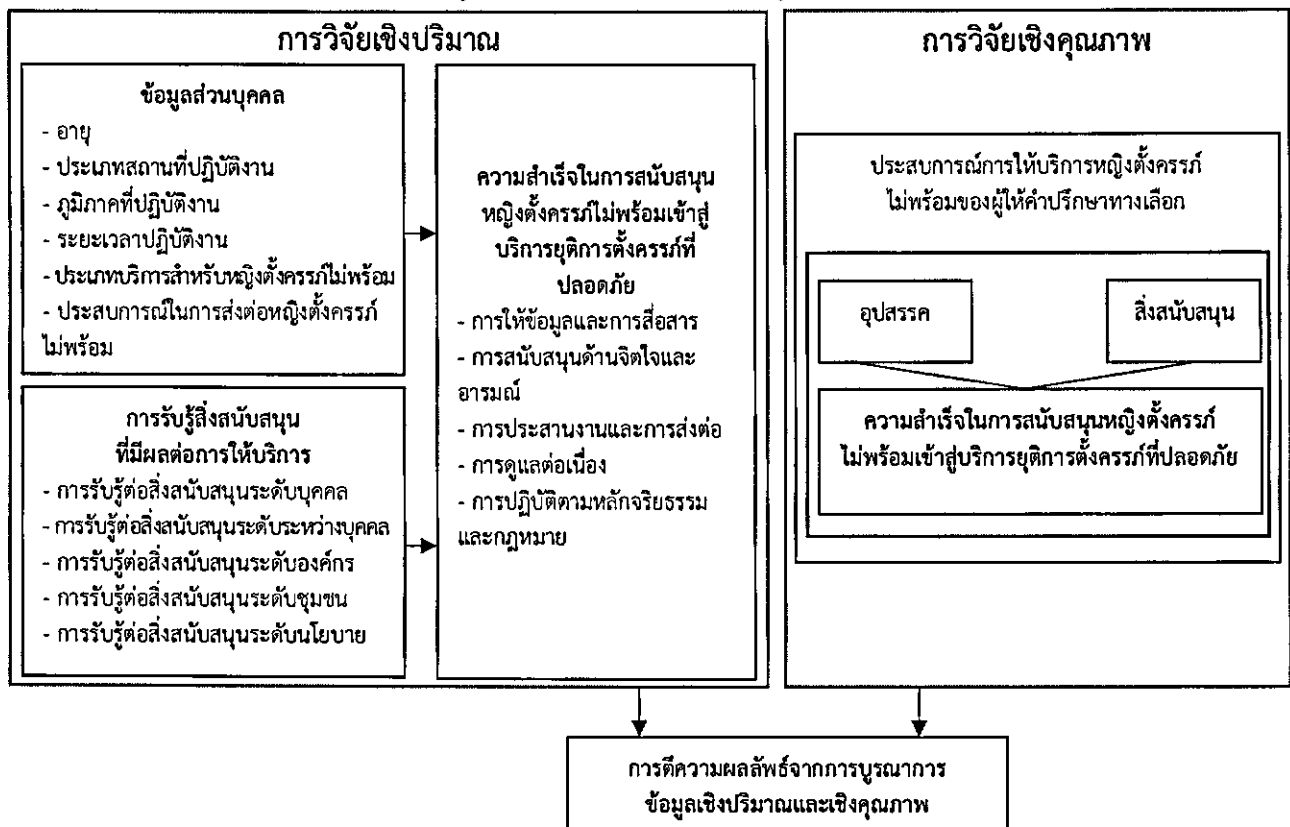
#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบนิเวศทางสังคม (Social Ecological Model) (McLeroy et al., 1988) เป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยจำแนกสิ่งสนับสนุนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล (เช่น ความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจของผู้ให้คำปรึกษา) ระดับระหว่างบุคคล (เช่น การสนับสนุน

จากเพื่อนร่วมงานหรือทีมสหวิชาชีพ) ระดับองค์กร (เช่น แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและการสนับสนุนจากผู้บริหาร) ระดับชุมชน (เช่น บริบททางสังคมและความร่วมมือกับหน่วยบริการในพื้นที่) และระดับนโยบาย (เช่น การสนับสนุนจากกรมอนามัยและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข) โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า สิ่งสนับสนุนในแต่ละระดับจะมีความสัมพันธ์กับระดับความสำเร็จในการให้บริการ ซึ่งวัดผ่านการปฏิบัติงาน ด้านการให้ข้อมูล การสนับสนุนจิตใจ การส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง และการปฏิบัติตามจรรยาบรรณและกฎหมาย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้คำปรึกษาจะถูกควบคุมในการวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถประเมินอิทธิพลของแต่ละระดับของสิ่งสนับสนุนได้อย่างชัดเจนตามแนวคิดเชิงระบบ

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในกระบวนการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อทำความเข้าใจถึงความหมายของความสำเร็จ ตลอดจนสำรวจอุปสรรคและปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดำเนินบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในบริบทจริงของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความซับซ้อนหลากหลายระดับ ทั้งนี้ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จอย่างรอบด้าน ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดระบบนิเวศทางสังคม (Social Ecological Model) มาประกอบการวิเคราะห์ เพื่อพิจารณาอิทธิพลของปัจจัยในแต่ละระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาในระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การผสมผสานข้อมูลทั้งสองระยะช่วยให้เข้าใจทั้งกลไกเชิงสถิติและความหมายเชิงประสบการณ์ของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างรอบด้าน ข้อมูลจากทั้งสองส่วนจึงเสริมกันในการอธิบายปรากฏการณ์ทั้งในมิติของหลักฐานเชิงประจักษ์และความเข้าใจเชิงลึก เพื่อนำไปสู่การเสนอแนวทางปรับปรุงระบบบริการที่มีฐานจากข้อมูลจริงและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานดังแสดงตามกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (Convergent Parallel Mixed Methods Design) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อให้เข้าใจทั้งเชิงประสบการณ์และเชิงปริมาณของปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ส่วนที่ 2 การให้คำปรึกษาทางเลือก

ส่วนที่ 3 ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

ส่วนที่ 4 แนวคิดระบบนิเวศทางสังคม (Social Ecological Model)

ส่วนที่ 5 การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (Convergent Parallel Mixed Methods Design)

ส่วนที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แต่แต่ละส่วนมีสาระสำคัญ ดังนี้

## ส่วนที่ 1 การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

### 1.1 นิยาม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ให้คำจำกัดความของการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Safe Abortion) ว่าเป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่ดำเนินการโดยผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะ ใช้วิธีการที่เหมาะสมกับอายุครรภ์ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ ปัจจุบันการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยสามารถดำเนินการได้ทั้งด้วยวิธีทางศัลยกรรมทางการแพทย์และการใช้ยา ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และดุลยพินิจของแพทย์ โดยเฉพาะในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ การใช้ยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์สามารถทำได้ด้วยตนเอง ภายใต้เงื่อนไขว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เข้าถึงยาที่มีคุณภาพ และได้รับการดูแลหรือให้คำแนะนำจากผู้ให้บริการสุขภาพที่ผ่านการอบรมอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ ยังมีการใช้คำว่า การยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม (Comprehensive Abortion Care) (World Health Organization, 2012; กรมอนามัย, 2564) ซึ่งเป็นคำศัพท์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศที่มีการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับทัศนคติของผู้ให้บริการที่ต้องยึดหลักการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ โดยไม่ตีตราหรือตัดสินคุณค่าในทุกขั้นตอนของการให้บริการ ตลอดจนรักษาความลับของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด องค์การอนามัยโลกจำแนกระดับความปลอดภัยของการยุติการตั้งครรภ์ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Safe abortion) หมายถึง การดำเนินการการยุติการตั้งครรภ์โดยผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะ ใช้วิธีการที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ และอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะตามมาตรฐานทางการแพทย์

2) การยุติการตั้งครรภ์ที่ค่อนข้างปลอดภัย (Less safe abortion) หมายถึง การดำเนินการการยุติการตั้งครรภ์โดยผู้ให้บริการที่มีทักษะ แต่ใช้วิธีการที่ไม่แนะนำ หรือใช้วิธีการที่แนะนำ แต่ดำเนินการโดยผู้ที่ไม่มีความรู้หรือดำเนินการในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

3) การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (Least safe abortion) หมายถึง การดำเนินการการยุติการตั้งครรภ์โดยผู้ที่ไม่มีความรู้ ใช้วิธีการที่ไม่แนะนำ และดำเนินการในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

การจำแนกระดับความปลอดภัยในการยุติการตั้งครรภ์เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการยุติการตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศ การจำแนกดังกล่าวมิได้มุ่งเพียงวัดด้านเทคนิคทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความพร้อมของระบบสุขภาพ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ และความเสถียรต่อสุขภาพมารดาที่อาจเกิดขึ้นจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ ข้อมูลจากการจำแนกระดับความปลอดภัยยังเป็นหลักฐานสำคัญที่ใช้สนับสนุนการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในระดับสากล

โดยสรุปแล้ว แนวคิดเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมิได้มุ่งเพียงการใช้วิธีทางการแพทย์ที่ถูกต้องเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการมีระบบบริการที่มีมาตรฐาน ทัศนคติของผู้ให้บริการที่เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ ตลอดจนการจัดให้มีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้หญิงอย่างเท่าเทียม ประเทศไทยได้นำกรอบแนวคิดนี้มาจัดทำเป็นแนวทางมาตรฐานการให้บริการ โดยยึดหลักว่า การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยต้องดำเนินการโดยแพทย์หรือบุคลากรที่ได้รับอนุญาต ภายใต้สถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และใช้วิธีการที่ได้รับการรับรองว่าปลอดภัย

## 1.2 สถานการณ์การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระดับโลก

การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็นบริการด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่การตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ หรือคุณภาพชีวิตของผู้หญิง อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยยังคงมีความเหลื่อมล้ำสูง โดยเฉพาะในประเทศที่มีกฎหมายเข้มงวดหรือมีทรัพยากรด้านระบบสุขภาพที่จำกัด ทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือ งบประมาณ และโครงสร้างพื้นฐานของสถานบริการ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2558–2562 มีการยุติการตั้งครรภ์ทั่วโลกประมาณ 73 ล้านครั้งต่อปี โดยร้อยละ 45 ของทั้งหมด หรือประมาณ 33 ล้านครั้ง เป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และในจำนวนนี้ กว่าร้อยละ 97 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) แสดงให้เห็นว่า ความเข้มงวดของกฎหมายมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความปลอดภัยของการยุติการตั้งครรภ์ โดยประเทศที่มีกฎหมายจำกัดสิทธิของหญิงตั้งครรภ์จะมีการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเพียงร้อยละ 25 ในขณะที่ประเทศที่มีกฎหมายเปิดกว้างและให้สิทธิเข้าถึงบริการมากกว่า จะมีการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 90 ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย เช่น กฎหมายที่จำกัดสิทธิ การตีตราทางสังคม ความยากจน การขาดแคลนผู้ให้บริการที่มีทักษะ และการขาดข้อมูลที่ถูกต้อง (FIGO, 2023)

ในปัจจุบัน นโยบายระดับโลกด้านการยุติการตั้งครรภ์มีความก้าวหน้าในหลายประเทศ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของการรับรองสิทธิของผู้หญิงในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของตนเอง (FIGO, 2023) ในภูมิภาคละตินอเมริกา ศาลรัฐธรรมนูญของโคลอมเบียมีคำตัดสินในปี ค.ศ. 2022 อนุญาตให้หญิงตั้งครรภ์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามความสมัครใจ ภายในอายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ (Time, 2022) ขณะที่เม็กซิโกได้ประกาศให้การยุติการตั้งครรภ์ไม่มีความผิดทางอาญาในระดับประเทศ (News, 2023) ซึ่งสะท้อนทิศทางที่ยอมรับสิทธิด้านสุขภาพเจริญพันธุ์ที่ก้าวหน้าในภูมิภาคนี้ ในภูมิภาคยุโรป สหราชอาณาจักร (อังกฤษ สกอตแลนด์ และเวลส์) มีกฎหมายว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ ค.ศ. 1967 อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้ภายในอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ 6 วัน และในกรณีที่มีภาวะผิดปกติร้ายแรงของทารกหรือเสี่ยงต่อชีวิตมารดาสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้เกินกว่านั้นได้ ส่วนไอร์แลนด์เหนือได้ปฏิรูปกฎหมายในปี ค.ศ. 2019 โดยยกเลิกความผิดทางอาญา และต่อมาในปี ค.ศ. 2020 ได้ออกกฎหมายใหม่ที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่จำกัดเหตุผลภายใน 12 สัปดาห์แรก (MSI Reproductive Choices UK, 2024) สำหรับภูมิภาคเอเชีย ประเทศเกาหลีใต้มีความก้าวหน้าเช่นกัน โดยในปี ค.ศ. 2019 ศาลรัฐธรรมนูญได้มีคำวินิจฉัยให้ยกเลิกบทลงโทษทางอาญาในการยุติการตั้งครรภ์ และให้รัฐบาลจัดทำกฎหมายใหม่ที่คุ้มครองสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2021 (Umeda, 2021) อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเทศที่มีแนวโน้มถอยหลังในประเด็นสิทธิการยุติการตั้งครรภ์ เช่น สหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ยกเลิกคำพิพากษา Roe v. Wade ที่เคยรับรองสิทธิการยุติการตั้งครรภ์ทั่วประเทศ ส่งผลให้แต่ละรัฐสามารถออกกฎหมายจำกัดสิทธิได้เอง และทำให้สหรัฐอเมริกากลายเป็นประเทศที่มีทิศทางแตกต่างจากแนวโน้มของประชาคมโลกในด้านสิทธิการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Guttmacher Institute, 2022)

สถานการณ์ในระดับโลกสะท้อนให้เห็นว่า ผู้หญิงจำนวนมากยังคงเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ทั้งในมิติด้านโครงสร้าง กฎหมาย นโยบาย และวัฒนธรรม แม้ว่าหลายประเทศจะมีความก้าวหน้าในการขยายสิทธิและปรับปรุงกฎหมายเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่ความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากรยังคงดำรงอยู่ ส่งผลให้หญิงจำนวนมากไม่น้อยต้องเผชิญกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการดังกล่าวจึงมิได้เป็นเพียงประเด็นทางการแพทย์

เท่านั้น หากแต่เป็นความท้าทายเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหลักสิทธิมนุษยชน เสรีภาพทางสุขภาพ และความเสมอภาคทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระดับโลก

### 1.3 สถานการณ์การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมีความก้าวหน้ามาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายหลังการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ส่งผลให้ระบบการดำเนินงานยุติการตั้งครรภ์ มีทิศทางที่ดีขึ้น จำนวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยลดลง และลดความสูญเสียด้านสุขภาพของผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1) การแก้ไขพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2564

เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 (พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564, 2564) ซึ่งมีการแก้ไขมาตรา 301 และ 305 โดยสาระสำคัญของการแก้ไข คือ

- การแก้ไขมาตรา 301 ได้ปรับลดโทษจากกฎหมายเดิม และกำหนดว่า หญิงที่ทำให้ตนเองแท้งลูก หรือยอมให้ผู้อื่นทำแท้ง จะมีความผิดเฉพาะเมื่ออายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ โดยมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ นอกจากนี้ กฎหมายยังให้สิทธิแก่หญิงในการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ โดยหากอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์และดำเนินการภายใต้แนวทางทางการแพทย์ จะไม่ถือว่าเป็นความผิดตามมาตรา 301

- การแก้ไขมาตรา 305 ได้ขยายกรณียกเว้นความผิดให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยกำหนดให้การยุติการตั้งครรภ์ที่ดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์) ตามหลักเกณฑ์ของแพทยสภา และเป็นไปตามความยินยอมและการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ ถือเป็นกรกระทำที่ไม่เป็นความผิดทางกฎหมาย เช่น

(1) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพทางกายหรือจิตของหญิงนั้น

(2) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมากหรือเหตุผลทางการแพทย์อันควร เชื่อได้ว่าหากทารกคลอดออกมาจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง

(3) หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากการกระทำ ความผิดเกี่ยวกับเพศ

(4) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์

(5) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของแพทยสภาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 301 และ 305 ในปี พ.ศ. 2564 ส่งผลให้ประเทศไทยมีทิศทางดำเนินงานด้านการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยชัดเจนมากขึ้น ทั้งในมิติของสิทธิสตรี การลดการลงโทษทางกฎหมาย และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและครอบคลุมมากขึ้น แม้จะยังมีความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการในบางพื้นที่ แต่โดยรวมแล้ว ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ช่วยลดการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้หญิงในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ

2) การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565

เมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้ประกาศใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (2565) เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจและการให้คำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ และมีความประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่รอบด้าน ปราศจากอคติ และเป็นข้อมูลปัจจุบัน ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์ สังคม จิตใจ และทางเลือกอื่น ๆ อันจะสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจว่าจะตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างมีอิสระและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมีแนวทางปฏิบัติตามที่ระบุในประกาศดังนี้

1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 12-20 สัปดาห์ และมีความต้องการยุติการตั้งครรภ์ ต้องแจ้งความประสงค์ผ่านหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก ซึ่งสามารถแจ้งได้ด้วยตนเอง ผ่านช่องทางหนังสือ โทรศัพท์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์

2) เมื่อหน่วยบริการได้รับแจ้ง จะส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยอายุครรภ์ หากอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ สามารถดำเนินการตามข้อบังคับแพทยสภาได้ โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการปรึกษาทางเลือก แต่หากอายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ และไม่เข้าข่ายกรณีที่สามารถยุติได้ตามกฎหมาย เช่น อันตรายต่อสุขภาพแม่หรือความผิดปกติของทารก จะได้รับความช่วยเหลือด้านสวัสดิการหรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หญิงได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือได้รับการจัดสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรต่อไป

3) การให้คำปรึกษาทางเลือกดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรม เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา โดยให้ข้อมูลอย่างรอบด้านทั้งด้านการแพทย์ สุขภาพจิต และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือก โดยไม่มีการบังคับหรือตีตรา หญิงต้องได้รับเสรีภาพในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ หากยังคงยืนยันการยุติการตั้งครรภ์ จะได้รับเอกสารยืนยันว่าผ่านการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือก (นป.3) ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนที่ตัดการโดยแพทย์ตามข้อบังคับแพทยสภา

การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับดังกล่าวในปี พ.ศ. 2565 ถือเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้กฎหมายยุติการตั้งครรภ์ที่แก้ไขในปี 2564 สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระบบบริการสุขภาพไทย ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และส่งเสริมสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์ ให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้าน

3) สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศใช้ ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2567) เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2567 ที่ทำให้หญิงไทยทุกสิทธิการรักษาสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปลอดภัย สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1) ค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ จ่ายแบบเหมาในอัตรา 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์ สามารถเข้ารับบริการได้ผ่านสองวิธี ได้แก่ การใช้ยา (Mifepristone + Misoprostol) หรือการใช้วิธีทางศัลยกรรมโดยการดูดสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA/ Electric Vacuum Aspiration: EVA) สามารถรับบริการได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หากหน่วยบริการไม่สามารถให้บริการได้ จะต้องทำการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อม

2) บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ทุกสิทธิการรักษา หรือผู้ที่อยู่ในช่วงหลังแท้งหรือหลังคลอด และต้องการคุมกำเนิด สามารถเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมีทางเลือกทั้ง การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ได้แก่ ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด และ การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาคุมฉุกเฉิน และถุงยางอนามัย

3) บริการจ่ายถุงยางอนามัย ประชาชนไทยวัยเจริญพันธุ์ทุกสิทธิการรักษาสามารถรับถุงยางอนามัยได้ พร้อมรับคำปรึกษา โดยจำกัดจำนวน ไม่เกิน 10 ชิ้นต่อคนต่อสัปดาห์ และ ไม่เกิน 52 ครั้งต่อปี

4) บริการทดสอบการตั้งครรภ์ หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ทุกสิทธิรักษาที่สงสัยว่าตนเองตั้งครรภ์ หรือประจำเดือนไม่มาตามกำหนด สามารถเข้ารับบริการตรวจการตั้งครรภ์หรือรับชุดทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy Test) ได้ที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยค่าบริการเหมาจ่าย 75 บาทต่อครั้ง และสามารถรับบริการได้ ไม่เกิน 4 ครั้งต่อปี

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเป็นธรรม มาตั้งแต่ปี 2559 ทำให้มีผู้หญิงที่เข้ารับบริการมากถึง 152,588 ราย ตลอดช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 – 2567 โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการเบิกจ่ายถึง 19,819 ราย แบ่งเป็นการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา (Medical abortion) จำนวน 18,453 ราย และด้วยวิธีทางศัลยกรรม (MVA/EVA) จำนวน 1,366 ราย ส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้รับบริการจำนวนมากถึง 37,425 ราย โดยกว่าร้อยละ 89.9 ของผู้รับบริการเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568)

การบรรจุบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทยมีความเป็นธรรมและยั่งยืนมากขึ้น สิทธิประโยชน์นี้เปิดโอกาสให้หญิงไทยทุกสิทธิรักษา ไม่ว่าจะอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเท่าเทียมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งจะช่วยลดจำนวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย เสริมสร้างระบบบริการให้มีมาตรฐาน และส่งเสริมการยอมรับสิทธิทางสุขภาพของผู้หญิงในสังคมไทยอย่างเป็นรูปธรรม

4) สถานการณ์หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใช้ยาเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ และสถิติการยุติการตั้งครรภ์

จากข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนการใช้ยายุติการตั้งครรภ์และยังคงให้บริการอยู่ทั่วประเทศจำนวน 188 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลของรัฐ 114 แห่ง (ร้อยละ 60.7), คลินิกเอกชน 60 แห่ง (ร้อยละ 31.9) และ โรงพยาบาลเอกชน 14 แห่ง (ร้อยละ 7.4) โดยในจำนวนนี้มี 132 แห่ง ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐ 114 แห่ง คลินิกเอกชน 14 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุครรภ์ที่ให้บริการ พบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่ให้บริการสำหรับกรณีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ จำนวน 152 แห่ง (ร้อยละ 80.9) ขณะที่หน่วยบริการที่รับกรณีอายุครรภ์ ไม่เกิน 20 สัปดาห์ มีจำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 18.6) และมีเพียง 1 แห่ง (ร้อยละ 0.5) ที่ให้บริการกรณีอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม การกระจายของหน่วยบริการยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ โดยพบว่า ประเทศไทยมี 54 จังหวัดที่มีหน่วยบริการซึ่งขึ้นทะเบียนใช้ยายุติการตั้งครรภ์ ในขณะที่ อีก 14 จังหวัดยังไม่มียาหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน และ อีก 9 จังหวัด

เคยมีแต่ได้ยุติการให้บริการแล้ว เช่น พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง สระบุรี และสุพรรณบุรี เป็นต้น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568) แม้ว่ากรมอนามัยและภาคีเครือข่ายจะมีความพยายามในการจัดตั้งและขยายหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยให้มีความครอบคลุมและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น แต่ในหลายพื้นที่ยังคงไม่มีหน่วยบริการ หรือเคยมีแล้วแต่หยุดให้บริการไป เนื่องจากปัจจัยภายในหน่วยบริการ เช่น การเปลี่ยนแพทย์ผู้รับผิดชอบ บุคลากรเกษียณอายุราชการ หรือการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารองค์กร ซึ่งอาจส่งผลให้ทิศทางนโยบายของหน่วยบริการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อโอกาสของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมาย

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับจำนวนผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ในแต่ละปี เนื่องจากไม่มีการรวบรวมข้อมูลจากทุกภาคส่วน ดังนั้น ข้อมูลที่ใช้อ้างอิงจึงมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงครอบคลุมเพียงกรณีการเบิกจ่ายจากหน่วยบริการร่วมเท่านั้น จากรายงานการยุติการตั้งครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการยุติการตั้งครรภ์ รายเขตสุขภาพ รวม 19,819 ราย โดยเขตสุขภาพที่มีจำนวนการเบิกจ่ายชดเชยสูงที่สุด ประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 3,532 ราย เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 3,192 ราย และเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 3,391 ราย ในขณะที่เดียวกัน เขตสุขภาพที่มีจำนวนเบิกจ่ายชดเชยต่ำที่สุด ประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 1,411 ราย เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 1,793 ราย และเขตสุขภาพที่ 13 จำนวน 1,847 ราย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568) ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของการใช้บริการในแต่ละเขตสุขภาพ ซึ่งอาจสะท้อนความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ในบางบริบท

นอกจากนี้ จากข้อมูลรายงานการใช้จ่ายยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2567 เมื่อจำแนกข้อมูลตามกลุ่มอายุของผู้ใช้บริการ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 23.9 รองลงมาเป็นผู้รับบริการในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 22.5 ซึ่งเป็นหญิงในช่วงวัยเจริญพันธุ์ตอนต้นถึงกลาง คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 46 ของผู้รับบริการทั้งหมด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568) ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ในขณะเดียวกัน แม้อายุต่ำกว่า 15 ปี และมากกว่า 45 ปี จะมีสัดส่วนของผู้รับบริการที่น้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ๆ แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งมีความเปราะบางทั้งทางจิตใจและสังคม จึงควรได้รับการดูแลอย่างเข้าใจและรอบด้าน รวมถึงควรมีมาตรการเฉพาะที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

โดยสรุปแล้ว การพัฒนานโยบายและระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย มีความก้าวหน้าทั้งในด้านกฎหมาย การจัดทำแนวทางมาตรฐาน และการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ภาพรวมการเข้าถึงบริการยังสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคเชิงโครงสร้างที่ฝังรากอยู่ในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นความเหลื่อมล้ำด้านพื้นที่และทรัพยากร ความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการจากการเปลี่ยนแปลงบุคลากร รวมถึงทัศนคติของผู้ให้บริการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงจริง โดยข้อมูลการใช้บริการยุติการตั้งครรภ์ในแต่ละพื้นที่กำลังสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคเชิงโครงสร้างที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยมาตรการกลางเพียงอย่างเดียว พื้นที่ที่มีตัวเลขการใช้บริการสูงอาจไม่ใช่พื้นที่ที่มีปัญหา มากกว่า แต่อาจเป็นพื้นที่ที่มีระบบรองรับที่เปิดกว้าง ขณะที่พื้นที่ที่มีตัวเลขต่ำกลับอาจสะท้อนอุปสรรคที่มองไม่เห็น เช่น ความเงิบของผู้หญิงที่ไม่มีทางเลือก ช่องว่างสำคัญจึงไม่ได้อยู่ที่จำนวนหน่วยบริการเพียงเท่านั้น แต่อยู่ที่ความสามารถของระบบในการตอบสนองต่อความหลากหลายของชีวิตผู้หญิงในแต่ละบริบท ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว การให้บริการของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจึงดำเนินไปภายใต้บริบทที่ไม่สมดุลระหว่างภารกิจและทรัพยากร ภายใต้ความไม่เสมอภาคของระบบ เพื่อประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับทางเลือกของตนเอง

#### 1.4 มาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม

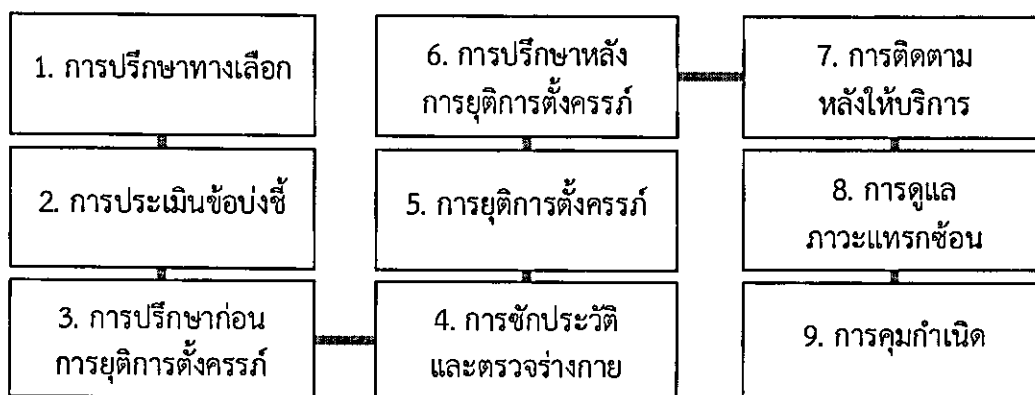
แนวคิดการดูแลการยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม (Comprehensive Abortion Care: CAC) (World Health Organization, 2012) เป็นกรอบการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งกระบวนการก่อน ระหว่าง และหลังการยุติการตั้งครรภ์ โดยเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเคารพสิทธิของผู้หญิง องค์ประกอบหลักของ CAC ได้แก่ การให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษา บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ และบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพ การยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวมถือเป็นสิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนของผู้หญิง โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ ภายใต้หลักการเคารพสิทธิ ศักดิ์ศรี และทางเลือกของผู้หญิงตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก และองค์กรสากลอื่น ๆ เช่น International Planned Parenthood Federation (IPPF) (กรมอนามัย, 2564) แนวคิด CAC ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1) การให้คำปรึกษาอย่างรอบด้าน (Comprehensive Counseling) การปรึกษาทางเลือก (Options Counseling) เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์สามารถพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมกับชีวิตของตนเองอย่างรอบด้าน ภายใต้บรรยากาศที่ไม่ตีตรา และให้อิสระในการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลครบถ้วน การให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพยังต้องควบคู่กับการประเมินข้อบ่งชี้ทางกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางจิตหลังการยุติการตั้งครรภ์

2) การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรฐาน (Standardized Abortion Procedure) ประกอบด้วย วิธีการที่ปลอดภัย ได้แก่ การใช้ยา และการใช้วิธีทางศัลยกรรม โดยต้องมีระบบควบคุมคุณภาพ ได้แก่ การประเมินอายุครรภ์ การใช้อย่างถูกต้องตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก การดูแลภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีมาตรฐาน

3) การดูแลต่อเนื่องหลังการยุติการตั้งครรภ์ (Post abortion Care) รวมถึงการให้คำแนะนำด้านการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ การให้บริการคุมกำเนิดได้ทันทีภายหลังจากการยุติการตั้งครรภ์หากหญิงตั้งครรภ์มีความประสงค์ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตกค้าง หรือการติดเชื้อ ตลอดจนการส่งต่อบริการในกรณีจำเป็น

กระบวนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม แบ่งออกเป็น 9 ขั้นตอน ครอบคลุมการให้บริการตั้งแต่การให้คำปรึกษาทางเลือก การยุติการตั้งครรภ์ การดูแลและติดตามหลังยุติการตั้งครรภ์ ไปจนถึงการให้บริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ โดยแนวปฏิบัติของกรมอนามัย (2564) มีรายละเอียดดังแผนภาพ (ภาพประกอบ 2)



ภาพประกอบ 2 กระบวนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม

## ขั้นตอนที่ 1 การปรึกษาทางเลือก

การปรึกษาทางเลือกเป็นกระบวนการสำคัญในแนวทางการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมพลังให้ผู้หญิงที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับชีวิตและเงื่อนไขส่วนตัว กระบวนการนี้เน้นการให้ข้อมูลที่รอบด้าน ถูกต้อง และชัดเจน โดยปราศจากการข่มขู่หรือโน้มน้าวใจ ยึดหลักสิทธิของผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ ซึ่งมีหลักการสำคัญในการปรึกษาทางเลือก ประกอบด้วย การรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตีตราหรือตัดสิน สถานการณ์ที่เกิดขึ้น การอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ต่อและการยุติการตั้งครรภ์ รวมถึงผลกระทบในมิติต่าง ๆ การไม่แสดงทัศนคติส่วนตัว และเคารพในทุกการตัดสินใจ และปกป้องข้อมูลของผู้ใช้บริการเป็นความลับ โดยผลการปรึกษาทางเลือก อาจจะมีได้ทั้งการตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ต่อ หรือการตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีหน้าที่ในการสนับสนุนในทุกทางเลือกที่ผู้รับบริการได้ตัดสินใจ

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินข้อบ่งชี้

การประเมินข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย พร้อมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัยและสิทธิของผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยอยู่ภายใต้การกำหนดของประมวลกฎหมายอาญาที่ผ่านการแก้ไขเพิ่มเติมตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ซึ่งระบุให้การยุติการตั้งครรภ์สามารถกระทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่ชัดเจน ดังนี้

มาตรา 301 หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้แท้งลูก หากมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน ปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 305 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่ถือเป็นความผิด หากเข้าเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- (1) หากการตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของหญิงนั้น
- (2) มีความเสี่ยงอย่างมากหรือมีเหตุผลทางการแพทย์ที่เชื่อได้ว่าทารกจะมีความพิการรุนแรง
- (3) การตั้งครรภ์เกิดจากการกระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ เช่น การข่มขืนหรือการล่วงละเมิดทางเพศ
- (4) หญิงที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ มีความสมัครใจที่จะยุติการตั้งครรภ์
- (5) หญิงที่มีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้

หลังผ่านการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การประเมินข้อบ่งชี้ทางกฎหมายในการยุติการตั้งครรภ์นี้ เป็นกระบวนการที่มีความละเอียดอ่อน และต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้รับบริการ ค้ำครองสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ และยังช่วยลดการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการป่วยและการเสียชีวิตของมารดาได้

## ขั้นตอนที่ 3 การปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์

การปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์ เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่หญิงได้ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์แล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง และรอบด้าน ช่วยให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล ภายใต้อิทธิพลของสิทธิมนุษยชนและความปลอดภัยของผู้รับบริการ การให้

คำปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์จึงถือเป็นการสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจที่สำคัญในการดูแลสุขภาพสตรี โดยมีหลักการของการให้คำปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์ คือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้าน มีการประเมินความพร้อมของผู้รับบริการในมิติทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมิติทางสังคม การสร้างความไว้วางใจและความเข้าใจ ปราศจากการตีตรา และให้ความเคารพต่อสิทธิในการตัดสินใจของผู้รับบริการ ตลอดจนการสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสม

#### ขั้นตอนที่ 4 การซักประวัติและตรวจร่างกาย

การซักประวัติและตรวจร่างกายเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญยิ่งในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เนื่องจากเป็นการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอย่างรอบด้าน เพื่อให้สามารถเลือกวิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ปลอดภัย และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางกายและใจของผู้รับบริการในการเข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ขั้นตอนที่ 5 การยุติการตั้งครรภ์

ก่อนการยุติการตั้งครรภ์จะมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการยุติการตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และรอบด้านเกี่ยวกับวิธีการที่เหมาะสมกับอายุครรภ์และสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในการตัดสินใจของผู้รับบริการภายใต้หลักการสิทธิในสุขภาพและการดูแลที่ปลอดภัย

การยุติการตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยุติการตั้งครรภ์ก่อนระยะคลอด โดยดำเนินการภายใต้หลักการความปลอดภัยทางสุขภาพและสิทธิของผู้รับบริการ ซึ่งการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพและป้องกันการเสียชีวิตของมารดา อันเนื่องมาจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยวิธีการที่เหมาะสมกับอายุครรภ์ และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางการแพทย์และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธีหลักตามอายุครรภ์และข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้แก่

1) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา เหมาะกับการตั้งครรภ์ในระยะแรก โดยเฉพาะในอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก แนะนำการใช้ยาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

- ไมโซพรอสทอล (Misoprostol) ยาที่ทำให้เกิดการบีบตัวของมดลูก ส่งผลให้เกิดการขับตัวอ่อนออกจากโพรงมดลูก

- ไมเฟพริสโตน (Mifepristone) ยาที่ทำให้เยื่อโพรงมดลูกหลุดลอก ช่วยเสริมประสิทธิภาพการทำงานของไมโซพรอสทอล

การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้รับบริการต้องได้รับการประเมินสุขภาพก่อนและติดตามผลหลังการใช้ยา เพื่อตรวจหาภาวะแทรกซ้อน เช่น การตกเลือดหรือภาวะตั้งครรภ์ไม่สมบูรณ์

2) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยทางศัลยกรรม เป็นวิธีการที่ใช้ในกรณีที่อายุครรภ์มากขึ้นหรือไม่สามารถใช้ยาได้ ซึ่งวิธีการที่นิยมและปลอดภัย ได้แก่

- การดูดมดลูกด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) เหมาะสำหรับอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ โดยเป็นการใช้เครื่องมือดูดเนื้อเยื่อการตั้งครรภ์ออกจากโพรงมดลูก

- การขยายปากมดลูกและขูดมดลูก (Dilation and Curettage: D&C) ใช้สำหรับอายุครรภ์ระหว่าง 12 - 14 สัปดาห์ เป็นวิธีที่ต้องทำภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- การขยายปากมดลูกและนำเนื้อเยื่อออก (Dilation and Evacuation: D&E) ใช้ในกรณีที่อายุครรภ์มากกว่า 14 สัปดาห์ โดยมีการขยายปากมดลูกและใช้เครื่องมือทางการแพทย์นำเนื้อเยื่อออก การยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรมต้องดำเนินการในสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีการควบคุมการติดเชื้อ และจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม

### ขั้นตอนที่ 6 การปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์

การให้คำปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ เป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้รับบริการ รวมถึงการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในอนาคต การให้คำปรึกษาในระยะนี้ไม่เพียงแต่ช่วยประเมินสุขภาพหลังการยุติการตั้งครรภ์ แต่ยังส่งเสริมความเข้าใจในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีในระยะยาว โดยมีการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประเมินและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ การติดเชื้อ หรือเนื้อเยื่อค้างในโพรงมดลูก รวมถึงประเมินสุขภาพจิตเพื่อสังเกตภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือผลกระทบทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่ครอบคลุมและหลากหลายเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในอนาคต โดยควรอธิบายทางเลือกต่าง ๆ เช่น ยาเม็ด ยาฉีด ถุงยางห่วงอนามัย หรือการทำหมัน พร้อมชี้แจงประสิทธิภาพ ข้อดี ข้อจำกัด และผลข้างเคียงของแต่ละวิธี และสนับสนุนให้ผู้รับบริการเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสุขภาพและวิถีชีวิตของตน

### ขั้นตอนที่ 7 การติดตามหลังให้บริการ

การติดตามหลังการยุติการตั้งครรภ์เป็นกระบวนการสำคัญที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครบถ้วนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเป็นโอกาสในการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการดูแลสุขภาพในระยะยาว หนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการติดตามหลังการยุติการตั้งครรภ์ คือ การให้ความรู้และส่งเสริมการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการคุมกำเนิด พร้อมทั้งจัดเตรียมบริการและติดตามผลการใช้ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต กรณีที่ผู้รับบริการมีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ผู้ให้บริการควรดำเนินการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการส่งต่อที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และรักษาความลับของผู้รับบริการ

### ขั้นตอนที่ 8 การดูแลภาวะแทรกซ้อน

การดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์เป็นองค์ประกอบสำคัญในการให้บริการที่ปลอดภัย โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น การตกเลือด ควรได้รับการรักษาโดยการให้ยาฮอร์โมนมดลูก การขูดมดลูก หรือการผ่าตัดในกรณีรุนแรง สำหรับการติดเชื้อในโพรงมดลูก ควรให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามแนวทางมาตรฐาน และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หากพบภาวะมดลูกทะลุ ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไข้ปัญหา นอกจากนี้ หากการยุติการตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้รับบริการ การให้การสนับสนุนด้านจิตสังคมและคำปรึกษาที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด หรือภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น การส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตควรดำเนินการในกรณีที่เป็น

## ขั้นตอนที่ 9 การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ การให้คำแนะนำและบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมในช่วงเวลานี้จึงมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนครอบครัวและการรักษาสุขภาพของผู้หญิงในระยะยาว

ภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ หญิงควรได้รับการให้คำปรึกษาและเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับสุขภาพและความพร้อมของตน โดยสามารถแบ่งวิธีคุมกำเนิดได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1) วิธีคุมกำเนิดชั่วคราว (Temporary methods) เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด แผ่นแปะฮอร์โมน ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน และถุงยางอนามัย ซึ่งสามารถเริ่มใช้ได้ทันทีหลังการยุติการตั้งครรภ์ หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ

2) วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (Long-acting reversible contraception: LARC) เช่น ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถให้บริการได้ทันทีภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ และสามารถยกเลิกได้เมื่อต้องการมีบุตร

3) วิธีคุมกำเนิดถาวร (Permanent methods) เช่น การทำหมันหญิงหรือชาย เหมาะสำหรับผู้ที่มิบุตรเพียงพอแล้ว และไม่ต้องการตั้งครรภ์อีกในอนาคต

การให้คำปรึกษาอย่างรอบด้านและการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้หญิงสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

โดยสรุปแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม โดยทำหน้าที่สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีอิสระ รอบด้าน และไม่ถูกชี้นำ ผ่านการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน และไม่ตัดสิน ทั้งในเรื่องทางเลือกในการตั้งครรภ์ วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การดูแลหลังการบริการ และแนวทางการคุมกำเนิด ผู้ให้คำปรึกษา ยังมีหน้าที่ประเมินบริบทชีวิตของผู้รับบริการทั้งในมิติสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และความพร้อมในการเข้าถึงบริการ ตลอดจนทำหน้าที่ประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล รวมถึงแนะนำหรือส่งต่อด้านสุขภาพจิต ในกรณีที่พบภาวะซึมเศร้าหรือผลกระทบทางอารมณ์ นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษายังมีบทบาทในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์ โดยเคารพสิทธิในการเลือกของผู้รับบริการ และส่งเสริมการติดตามผลในระยะต่อมา เพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างแท้จริง

## ส่วนที่ 2 การให้ปรึกษาทางเลือก

### 2.1 นิยามของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เป็นคำที่ใช้แทนบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งมีคำศัพท์ภาษาอังกฤษหลายคำที่ใช้แทนคำว่าผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในบริบทที่ใกล้เคียงกัน โดยอาจมีการใช้คำว่า Option Counselor โดยตรง หรือจะใช้คำที่สื่อถึงกระบวนการ เช่น pregnancy options counselor และ providers offer pregnancy options counseling หรือใช้คำที่สื่อถึงบทบาทเชิงวิชาชีพในการทำงาน เช่น healthcare provider, nurse, social worker, counselor หรือ abortion provider ที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้าน เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลและการสนับสนุนอย่างรอบด้านแก่หญิงตั้งครรภ์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ได้ใช้คำว่า pregnancy options counseling ในการอธิบายบทบาทดังกล่าว โดยการให้คำปรึกษาทางเลือกต้องเป็นไปในลักษณะของการให้

ข้อมูลโดยไม่มีชี้นำ ครอบคลุมทุกทางเลือกที่เป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ต่อและเลี้ยงดูบุตร การยกมอบบุตรเพื่อให้เป็นบุตรบุญธรรม หรือการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งสะท้อนถึงการมองการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพและความเสมอภาคทางเพศ ในทำนองเดียวกัน American College of and Gynecologists (2025) ก็ใช้แนวคิด pregnancy options counseling หรือ options counseling ในความหมายใกล้เคียงกัน โดยมุ่งเน้นให้ผู้หญิงที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลรอบด้าน ครอบคลุมในทุกทางเลือก และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างมีอิสระ

สำหรับในประเทศไทยมีการใช้คำว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เพื่อแทนบุคลากรที่ได้รับการอบรมตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัยและขึ้นทะเบียนการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (2565) เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 ครอบคลุมผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ซึ่งหมายความรวมถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต นักจิตวิทยา หรือนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปรึกษาทางเลือกในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน หรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปรึกษาทางเลือกในองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน หรือองค์กรภาคประชาสังคมที่กรมอนามัยให้การรับรอง (กรมอนามัย, 2566; ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รอบด้าน และเหมาะสมกับบริบทชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อสนับสนุนให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ได้อย่างมีอิสระ ไม่ถูกโน้มน้าว ไม่ถูกตัดสิน และไม่ละเมิดสิทธิ โดยยึดหลักการให้คำปรึกษาแบบไม่มีชี้นำ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการในภาวะเปราะบาง (กรมอนามัย, 2566) ทั้งนี้ เพื่อลดความเสี่ยงจากการตัดสินใจโดยปราศจากข้อมูลและส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจของผู้รับบริการ การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีคุณสมบัติครบถ้วนจึงถือเป็นกลไกหลักของระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย

โดยสรุปแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกคือบุคลากรที่ทำหน้าที่สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในการตัดสินใจ โดยยึดหลักการให้คำปรึกษาแบบไม่มีชี้นำ เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ และถือเป็นกลไกสำคัญของระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

## 2.2 สถานการณ์ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในประเทศไทย

ภายหลังการประกาศใช้กฎหมายที่เอื้อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้ตามสิทธิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 จากนั้นได้ดำเนินการจัดอบรมและขึ้นทะเบียนผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เพื่อรองรับการขับเคลื่อนบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระดับพื้นที่

โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจำนวน 287 คน ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 241 คน และในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 89 คน รวมทั้งสิ้น 619 คน ครอบคลุม 69 จังหวัดทั่วประเทศ (ข้อมูลสะสม ณ วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2568) (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568) ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหลากหลายสาขา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ นักจิตวิทยา และอื่น ๆ เมื่อพิจารณาการกระจายตัวตามเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 5 มีจำนวนผู้ให้คำปรึกษามากที่สุดถึง 96 คน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 31 คน และเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 21 คน ตามลำดับ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 3 เขตสุขภาพที่ 8 และเขตสุขภาพที่ 12

มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 5 คน 6 คน และ 8 คนตามลำดับ เมื่อจำแนกประเภทหน่วยงานของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ตามลักษณะของหน่วยงานต้นสังกัด พบว่า โรงพยาบาล (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) เป็นหน่วยงานที่มีผู้ให้คำปรึกษามากที่สุด จำนวน 458 คน คิดเป็น ร้อยละ 74 ของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกทั้งหมด ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 26 เป็นบุคลากรจากภาคประชาสังคม เช่น มูลนิธิทำทาง สายด่วนปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม 1663 และหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบทบาทการดูแลในระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุข และหน่วยงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลยังพบว่า การกระจายของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในแต่ละเขตสุขภาพยังไม่ครบในทุกจังหวัด และกระจุกตัวในบางจังหวัด ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ในบางพื้นที่

### 2.3 ความสำคัญของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจะต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรการปรึกษาทางเลือกกรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทั้งในรูปแบบ 6 ชั่วโมง (สำหรับผู้ที่มีการปรึกษาทางเลือกมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยังไม่เคยขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้คำปรึกษามาก่อน) หรือ 18 ชั่วโมง (สำหรับผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ให้คำปรึกษา หรือมีประสบการณ์น้อยกว่า 6 เดือน และยังไม่เคยขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้คำปรึกษามาก่อน) โดยในการอบรมผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจะได้รับความรู้ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น กฎหมาย กฎระเบียบ และกระบวนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักการให้คำปรึกษาทางเลือก ทางเลือกที่เป็นไปได้ของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลังการให้คำปรึกษาทัศนคติต่อการยุติการตั้งครรภ์ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การอบรมผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกกรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมนั้น ไม่ได้เป็นเพียงแค่การเพิ่มความรู้ แต่ยังเป็นการเสริมสร้างทักษะ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีที่จำเป็นต่อการทำงานกับผู้หญิงที่อยู่ในภาวะเปราะบาง ซึ่งสามารถสรุปความสำคัญของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกได้ ดังนี้

- ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ให้บริการด้านหน้า ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ในสถานการณ์เปราะบาง ทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ สังคม หรือจิตใจ ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกทำหน้าที่เสมือนจุดเชื่อมที่สำคัญระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับระบบบริการที่มีความซับซ้อนและหลากหลาย (กรมอนามัย, 2566) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ และความต้องการเฉพาะบุคคลได้อย่างเหมาะสม

- ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ ซึ่งตามกฎหมายกำหนดให้ต้องผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาที่ได้มาตรฐานก่อนเข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2565) การให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพจึงไม่เพียงตอบสนองต่อข้อกำหนดเชิงกฎหมาย หากแต่ยังเป็นกระบวนการที่เอื้อต่อการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล ช่วยลดผลกระทบทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ และเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแล ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการยุติการตั้งครรภ์ (กรมอนามัย, 2566)

- ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลแบบองค์รวม ทั้งก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์ การเป็นผู้ประสานงานสำคัญในการส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม การให้คำแนะนำด้านการคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์ รวมถึงการประเมินความต้องการสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การฟื้นฟูสภาพจิตใจหรือการดูแลทางสังคม ล้วนเป็นบทบาทที่ช่วยยกระดับคุณภาพของระบบบริการยุติ

การตั้งครรภ์ให้เป็นไปอย่างรอบด้าน ปลอดภัย ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และสอดคล้องกับแนวทางสุขภาพแบบองค์รวม ตามหลักสาธารณสุขสมัยใหม่ (World Health Organization, 2012; กรมอนามัย, 2566)

โดยสรุปแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีความสำคัญในฐานะกลไกหลักที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม สามารถเข้าถึงข้อมูลที่รอบด้าน และตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ได้บนพื้นฐานของสิทธิ ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ บทบาทนี้ไม่ได้จำกัดเพียงการให้ข้อมูลทางการแพทย์ แต่ยังครอบคลุมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ซึ่งมีผลต่อความมั่นคงทางจิตใจและการลดความเสี่ยงจากการตัดสินใจที่ปราศจากข้อมูล บทบาทดังกล่าวไม่เพียงส่งผลเชิงบวกต่อหญิงตั้งครรภ์ในด้านจิตใจและการตัดสินใจเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ให้มีความเป็นธรรม ปลอดภัย และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น

#### 2.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นกลไกสำคัญของระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่ให้ข้อมูลตามหลักวิชาการเท่านั้น แต่ยังคงใช้เทคนิค ทักษะการให้การปรึกษาที่หลากหลาย เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก การทวนคำทวนความ การแสดงความเข้าใจ การสะท้อนทางเลือกโดยไม่ชี้นำ การให้ข้อมูลอย่างเป็นกลาง และการประเมินความเสี่ยงและเงื่อนไขส่วนบุคคลร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างมีอิสระ ทั้งนี้ จากการศึกษาคู่มือการให้คำปรึกษาทางเลือก (กรมอนามัย, 2566) และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (2565) เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 สรุปบทบาทหลักของผู้ให้คำปรึกษาได้ ดังนี้

##### 2.4.1 การให้ข้อมูลและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ ที่เป็นไปได้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ทั้งการยุติการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ต่อ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลครบถ้วน
- 2) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้รับฟังปัญหาและความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ด้วยความตั้งใจและไม่ขัดจังหวะ เพื่อเข้าใจสถานการณ์และความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง
- 3) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยไม่แสดงทัศนคติที่ตัดสินหรือโน้มน้าว เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการตัดสินใจของตนเอง

##### 2.4.2 การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้ช่วยให้ผู้รับบริการสำรวจและประเมินสถานการณ์ชีวิตของตนเอง ทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และศาสนา เพื่อประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสม
- 2) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยไม่ถูกกดดันหรือชี้นำ และเคารพการตัดสินใจนั้นอย่างเต็มที่

##### 2.4.3 การประสานงานและการส่งต่อบริการ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้สนับสนุนทางเลือก หากหญิงตั้งครรภ์ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์หรือดำเนินการตั้งครรภ์ต่อ ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่ประสานงานและส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

2) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้ประสานด้านสวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม โดยเฉพาะในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้เยาว์ ถูกกระทำความรุนแรง หรืออยู่ในสถานการณ์ไร้ที่พึ่ง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลในมิติที่ครอบคลุมมากกว่าด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว

3) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นผู้ประสานงานต่อเนื่องในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ด้วย ทั้งด้านการคุมกำเนิด การกลับเข้าสู่ระบบการศึกษา หรือทำงานต่อ เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างครอบคลุม

#### 2.4.4 การดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกทำการติดตามผลหลังการให้บริการ เช่น นัดหมายเพื่อตรวจร่างกาย หลังการยุติการตั้งครรภ์ หรือส่งต่อไปรับการดูแลที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหากพบภาวะแทรกซ้อน

2) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดหลังการตั้งครรภ์ เช่น การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดทันทีภายหลังบริการ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ

3) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกแนะนำหน่วยงานที่สามารถให้การสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การช่วยเหลือทางสังคม การฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือศูนย์พึ่งได้ สำหรับผู้หญิงที่ต้องการบริการต่อเนื่อง

#### 2.4.5 การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย ประกอบด้วย

1) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต้องเป็นผู้ให้คำปรึกษาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นส่วนตัว รักษาความลับของผู้รับบริการ เพื่อสร้างความไว้วางใจและความมั่นใจในการเปิดเผยข้อมูล

2) ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต้องปฏิบัติตามกรอบของกฎหมายและประกาศที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกรณีหญิงที่มีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาตามเกณฑ์ก่อนการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์

โดยสรุปแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีทั้งความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่เคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้รับบริการ ตลอดจนมีความสามารถในการประเมินบริบทชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อย่างรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจ สังคม สภาพครอบครัว ความเชื่อส่วนบุคคล หรือความเสี่ยงทางสุขภาพจิตและกฎหมาย ทั้งนี้ การให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีคุณภาพตั้งอยู่บนฐานของความไว้วางใจ การไม่ตัดสิน และการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสารอย่างเปิดเผย และการตัดสินใจที่เคารพคุณค่าและความพร้อมของแต่ละบุคคล

### 2.5 กระบวนการให้คำปรึกษาทางเลือก

การให้คำปรึกษาทางเลือก คือ กระบวนการช่วยเหลือ สนับสนุนที่อาศัยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจะใช้เทคนิค ทักษะ ในการให้การปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสำรวจและทำความเข้าใจกับปัญหาของตนเอง พร้อมร่วมกันวางแนวทางแก้ไข โดยมีลักษณะเด่น คือ เป็นการสื่อสารสองทาง เน้นความสัมพันธ์และทัศนคติเชิงบวก มุ่งเน้นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ใช้หลักการและเทคนิคเฉพาะที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในกรณีวัยรุ่นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือระยะยาวร่วมกับครอบครัว ไม่ว่าจะเลือกยุติการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ต่อ และไม่มีคำตอบสำเร็จรูปตายตัว (กรมอนามัย, 2566) สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

### 2.5.1 หลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาทางเลือก

การให้คำปรึกษาทางเลือกตั้งอยู่บนหลักการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้หญิง โดยเน้นการให้ข้อมูลที่รอบด้าน ไม่ชี้นำ และสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างมีอิสระและมั่นใจ (กรมอนามัย, 2566) มีหลักการสำคัญ ดังนี้

1) ความเป็นกลางและไม่ตัดสิน (Neutrality) ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการสนับสนุนและรับฟังอย่างเปิดใจ โดยไม่แสดงความเห็นหรือชี้นำไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ทั้งในเชิงคำพูด น้ำเสียง หรือท่าทาง การรักษาความเป็นกลางช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการตัดสินใจเป็นสิทธิของตนเองอย่างแท้จริง ลดความรู้สึกถูกกดดันหรือครอบงำ และช่วยสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

2) การสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย (Safety) หมายถึง การสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางจิตใจที่เอื้อต่อการสนทนาอย่างเปิดเผย ผู้ให้คำปรึกษาควรสร้างความรู้สึกเป็นมิตร เคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ โดยอาจใช้การนั่งในระดับสายตาเดียวกัน น้ำเสียงที่นุ่มนวล และการรับรองว่าข้อมูลที่รับจะถูเก็บเป็นความลับ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้รับบริการกล้าพูดถึงปัญหา ความกังวล และความรู้สึกอย่างตรงไปตรงมา

3) การให้ข้อมูลที่ครบถ้วน (Comprehensive Information) ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่จัดเตรียมและนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้อง ครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกของผู้รับบริการ เช่น ผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือก ขั้นตอนการดำเนินการ ผลกระทบทางกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงสิทธิทางกฎหมาย การให้ข้อมูลควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ เข้าใจง่าย และเป็นกลาง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถชั่งน้ำหนักและตัดสินใจได้อย่างรอบคอบและเหมาะสมกับบริบทชีวิตของตน

### 2.5.2 เป้าหมายของการให้คำปรึกษาทางเลือก

การให้คำปรึกษาทางเลือก เป็นสร้างกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระบนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้าน พร้อมทั้งเชื่อมต่อการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับชีวิตของตนเอง (กรมอนามัย, 2566) มีหลักการสำคัญ ดังนี้

1) เสริมพลัง (Empowerment) มุ่งช่วยให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ของตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง และเชื่อว่าตนมีศักยภาพเพียงพอในการกำหนดเส้นทางชีวิต การเสริมพลังนี้ครอบคลุมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และทักษะในการตัดสินใจ

2) การสนับสนุนให้ตัดสินใจด้วยตนเอง (Support Autonomy) ผู้รับบริการเป็นผู้มีสิทธิตัดสินใจขั้นสุดท้าย โดยอาศัยข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และรอบด้าน ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทในการนำเสนอข้อมูลอย่างเป็นกลาง และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถชั่งน้ำหนักผลดี ผลเสีย และความเหมาะสมกับบริบทชีวิตของตนเอง

3) ส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย (Promote Safe Care) ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อป้องกันความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจในทุกทางเลือก

### 2.5.3 กระบวนการให้คำปรึกษาทางเลือก

การให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องและเป็นระบบ ตั้งแต่การสร้าง ความไว้วางใจไปจนถึงการยุติการปรึกษา โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูล การสนับสนุน และทักษะในการ

ตัดสินใจอย่างรอบด้าน ภายใต้บรรยากาศที่เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (กรมอนามัย, 2566) มีขั้นตอน ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ เริ่มต้นด้วยการสร้างความไว้วางใจและความสมัครใจ ให้ผู้รับบริการ รู้สึกสบายใจที่จะเปิดเผยปัญหาและความรู้สึกของตนเองอย่างตรงไปตรงมา อาจใช้การทักทายอย่างเป็นมิตร น้ำเสียงนุ่มนวล และท่าทีที่แสดงถึงความตั้งใจรับฟัง

2) การสำรวจปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้รับบริการค้นหาสาเหตุและรายละเอียดของ ปัญหาให้ชัดเจน อาจใช้คำถามปลายเปิดและเทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) เพื่อให้เข้าใจ ทั้งข้อเท็จจริงและความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง พร้อมระบุความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

3) การทำความเข้าใจปัญหา ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงสาเหตุ ความรู้สึก และปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างแท้จริง พร้อมยอมรับส่วนที่ตนต้องรับผิดชอบ ขั้นตอนนี้มุ่งสร้างความเข้าใจที่รอบด้าน เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจที่เหมาะสม

4) การวางแผนแก้ไขและตั้งเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วิเคราะห์ความยาก ง่าย และร่วมกันวางแผนการแก้ไขที่เป็นไปได้และเหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ กำหนดเป้าหมาย ทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน

5) การติดตามผลการดำเนินงาน ประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน แก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เพื่อให้ผู้รับบริการยังเดินหน้าสู่เป้าหมายได้ อย่างมั่นคง โดยอาจจะแบ่งเป็นการติดตามในระยะเฉพาะหน้า (ภายหลัง 7 วัน) ระยะสั้น (ภายหลัง 1 เดือน) ระยะกลาง (ภายหลัง 6 เดือน) ระยะยาว (ภายหลัง 1 ปี)

6) การยุติการปรึกษา สรุปสาระสำคัญและผลลัพธ์ของกระบวนการเมื่อบรรลุเป้าหมาย พร้อมให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการกลับมาขอรับคำปรึกษาได้อีกในอนาคต

#### 2.5.4 ทักษะการให้คำปรึกษาทางเลือก

ทักษะการให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้กระบวนการปรึกษาเกิดประสิทธิผล ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีทั้งทักษะที่สำคัญเพื่อสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยและไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ ผู้รับบริการได้สำรวจปัญหา เข้าใจตนเอง และตัดสินใจอย่างมั่นใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้าน (กรมอนามัย, 2566) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ทักษะการฟัง ฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ขัดจังหวะ พร้อมสังเกตทั้งน้ำเสียง คำพูด และภาษากาย ของผู้รับบริการ เพื่อเข้าใจความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริง วิธีนี้ช่วยสร้างความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ ผู้รับบริการเล่าปัญหาได้อย่างเต็มที่

2) ทักษะการใส่ใจ แสดงความพร้อมและความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ ผ่านภาษากายที่ เปิดกว้าง การสบตาอย่างเหมาะสม และน้ำเสียงที่อบอุ่น ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกอบอุ่นใจและไม่รู้สึก ห่างเหิน

3) ทักษะการให้กำลังใจ ใช้คำพูดและท่าทางที่สร้างแรงสนับสนุน เพื่อให้ผู้รับบริการ มีกำลังใจและความมั่นใจที่จะพูดต่อ การให้กำลังใจอย่างเหมาะสมช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการเปิดเผยความรู้สึก และมุมมองได้มากขึ้น

4) ทักษะการตั้งคำถาม ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อชวนให้ผู้รับบริการอธิบายรายละเอียด ความคิด และความรู้สึกเพิ่มเติม วิธีนี้ทำให้การสนทนามีความลึก และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ สถานการณ์

5) ทักษะการทวนคำพูด ทวนหรือสรุปสิ่งที่ผู้รับบริการพูด เพื่อยืนยันว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจถูกต้องและครบถ้วน การทวนคำพูดยังช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณใส่ใจ และเปิดทางให้ขยายความเพิ่มเติม

6) ทักษะการสะท้อนความรู้สึก ถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกที่ผู้รับบริการแสดงออกมาอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงอารมณ์ของตนเอง และสำรวจปัญหาในมิติที่ลึกขึ้น

7) ทักษะการเผชิญหน้า ชี้ให้เห็นความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เพื่อให้ผู้รับบริการมองเห็นจุดที่ต้องปรับปรุงหรือพัฒนา เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการทบทวนตนเองอย่างสร้างสรรค์

8) ทักษะการสรุปความ รวบรวมประเด็นสำคัญจากการสนทนาอย่างชัดเจนและรัดกุม ช่วยให้ทั้งสองฝ่ายเห็นภาพรวมตรงกัน และเตรียมเข้าสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างมีทิศทาง

### 2.5.5 การดำเนินการภายหลังการให้คำปรึกษาทางเลือก

การดำเนินการภายหลังการให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นช่วงสำคัญที่เชื่อมโยงการตัดสินใจกับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องปรับบทบาทตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ทุกทางเลือกดำเนินไปอย่างปลอดภัย และเหมาะสม (กรมอนามัย, 2566) มีรายละเอียด ดังนี้

1) กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และปลอดภัยเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ทั้งในด้านขั้นตอน ความเสี่ยง และข้อจำกัดตามอายุครรภ์ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจอย่างมีข้อมูล โดยเน้นย้ำถึงอันตรายของการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยและชี้ให้เห็นทางเลือกที่เหมาะสม นอกจากนี้ ต้องประสานส่งต่อเข้าสู่หน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ติดตามผลการเข้ารับบริการ และดูแลด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง

2) กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อ บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาในกรณีนี้คือการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ครบวงจร ตั้งแต่การฝากครรภ์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดจนบุตรอายุครบ 6 ปี ผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับบริการทบทวนศักยภาพของตนเองและเครือข่ายสนับสนุนอย่างรอบคอบบนพื้นฐานข้อเท็จจริง พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทาง การเข้าถึงบริการจากภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงการประกันประคองจิตใจอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามประเมินเป็นระยะ เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปอย่างปลอดภัย

3) กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ยังไม่ได้ข้อสรุป ผู้ให้คำปรึกษามีหน้าที่ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจทางเลือกที่มีอยู่ทั้งหมด โดยอธิบายข้อดี ข้อจำกัด วิธีการ และเงื่อนไขเวลาของแต่ละทางเลือกอย่างชัดเจน รวมถึงตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ เพื่อให้ตัดสินใจได้อย่างรอบด้านโดยไม่ถูกเร่งรัดหรือตัดสินใจแทน ควรคำนึงถึงระยะเวลาและข้อจำกัดด้านอายุครรภ์ พร้อมกำหนดการนัดติดตามเพื่อประเมินความชัดเจนของการตัดสินใจในครั้งต่อไป และให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดหรือความรู้สึกถูกกดดันระหว่างกระบวนการตัดสินใจ

โดยสรุปแล้ว กระบวนการให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนที่ต้องอาศัยทั้งความรู้รอบด้านเกี่ยวกับสุขภาพกาย จิตใจ กฎหมาย สิทธิ และบริบทสังคม รวมถึงทักษะและเทคนิคเฉพาะ เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนความรู้สึก และการประเมินสถานการณ์ เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นกลาง พร้อมทั้งมีเครือข่ายการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างปลอดภัยและเหมาะสม ทั้งนี้ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้เพียงให้ข้อมูล แต่ยังทำหน้าที่เป็นผู้ฟังอย่างเข้าใจ ผู้ประคับประคองจิตใจ และผู้เชื่อมโยงทรัพยากร เพื่อเสริมพลังให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถตัดสินใจและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

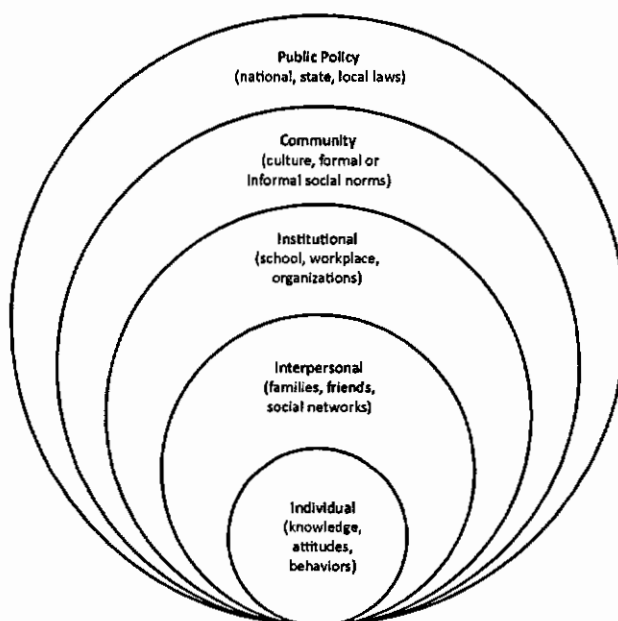
### ส่วนที่ 3 แนวคิดระบบนิเวศทางสังคม (Social Ecological Model)

แนวคิดระบบนิเวศทางสังคม Social Ecological Model (SEM) โดย McLeroy et al. (1988) พัฒนามาจากทฤษฎีระบบนิเวศของ Urie Bronfenbrenner (1979) ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมหลายระดับ SEM เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ โดยมองว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายระดับในบริบทชีวิต แนวคิดนี้จึงถูกนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขเพื่อการออกแบบ วิเคราะห์ และประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างครอบคลุม

#### องค์ประกอบของแนวคิดระบบนิเวศทางสังคม

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นเพียงจากการตัดสินใจส่วนตัวเท่านั้น แต่ยังเป็นผลสะท้อนจากอิทธิพลรอบด้าน ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคลไปจนถึงโครงสร้างนโยบายสังคม แนวคิดระบบนิเวศทางสังคมได้จำแนกปัจจัยเหล่านี้ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

- 1) ระดับบุคคล (Individual level) หมายถึง ปัจจัยเฉพาะบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ทักษะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตน และประสบการณ์ในอดีตที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal level) ครอบคลุมอิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งมีบทบาทในการสร้างค่านิยม บรรทัดฐาน และการช่วยเหลือในเชิงพฤติกรรม
- 3) ระดับองค์กร (Organizational level) ประกอบด้วยนโยบาย โครงสร้าง และวัฒนธรรมภายในองค์กร ที่อาจสนับสนุนหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล
- 4) ระดับชุมชน (Community level) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่าง ๆ การเข้าถึงทรัพยากรของชุมชน และขนบธรรมเนียมท้องถิ่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในระดับกว้าง
- 5) ระดับนโยบาย/สิ่งแวดล้อม (Policy/Environment level) ครอบคลุมกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ นโยบายสาธารณะ และโครงสร้างของระบบสุขภาพที่มีผลต่อโอกาสในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ดี



ภาพประกอบ 3 The Social Ecological Model Source: Adapted from McLeroy et al. (1988)

แนวคิดระบบนิเวศทางสังคมได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยด้านสุขภาพและการวางแผนบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ซับซ้อนและมีบริบทแวดล้อมหลากหลาย สำหรับบริบทการวิจัยนี้ การใช้แนวคิดระบบนิเวศทางสังคมช่วยให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงความรู้หรือทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลจากทัศนคติของครอบครัว การยอมรับของชุมชน ความพร้อมของหน่วยบริการ และกฎหมายหรือนโยบายที่สนับสนุน การประยุกต์ใช้แนวคิดระบบนิเวศทางสังคมจึงเอื้อให้การออกแบบระบบบริการหรือกลยุทธ์เชิงสุขภาพสามารถจัดการกับปัจจัยหลายระดับได้อย่างบูรณาการและครอบคลุม

การวิจัยนี้นำแนวคิดระบบนิเวศทางสังคมของ McLeroy et al. (1988) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยพิจารณาปัจจัยในหลายระดับเชิงระบบซึ่งสะท้อนความซับซ้อนของบริบทการทำงานและอิทธิพลแวดล้อมต่อบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างเป็นองค์รวม ดังนี้

1) ระดับบุคคล (Individual level) วิเคราะห์คุณลักษณะภายในของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน เช่น ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์ ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ความมั่นใจในบทบาทและทักษะในการให้คำปรึกษา รวมถึงเจตคติและแรงจูงใจในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงความพร้อมส่วนบุคคลในการให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal level) พิจารณาความสัมพันธ์ทางสังคมและเครือข่ายสนับสนุนในระดับบุคคล ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา เช่น การได้รับความร่วมมือและกำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน การมีที่ปรึกษาหรือเครือข่ายผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกคนอื่นเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความร่วมมือภายในทีมสหวิชาชีพ รวมถึงบรรยากาศของการสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกันภายในทีม ปัจจัยในระดับนี้ส่งผลต่อความมั่นใจ ความต่อเนื่อง และความสามารถในการจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างเหมาะสม

3) ระดับองค์กร (Organizational level) วิเคราะห์โครงสร้าง นโยบาย และสภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษา เช่น แนวปฏิบัติและคู่มือที่สนับสนุนการทำงาน จำนวนและความเพียงพอของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนจากผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงาน รวมถึงระบบการสื่อสารภายในองค์กรที่เอื้อต่อการส่งต่อและประสานงาน ปัจจัยในระดับองค์กรมีผลต่อความชัดเจนในบทบาท การจัดสรรเวลา และความมั่นคงในการให้บริการ

4) ระดับชุมชน (Community level) พิจารณาสภาพแวดล้อมทางสังคมและโครงสร้างระดับพื้นที่ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ และการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา เช่น ความร่วมมือจากเครือข่ายภาคประชาชนหรือหน่วยงานในพื้นที่ ทัศนคติของชุมชนต่อการยุติการตั้งครรภ์ ความสะดวกในการประสานกับหน่วยบริการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่นในการสนับสนุนกลุ่มเป้าหมาย ปัจจัยระดับนี้กำหนดทัศนคติของคนในพื้นที่และบรรยากาศการทำงานร่วมกัน ซึ่งมีผลต่อการที่ชุมชนจะยอมรับและสนับสนุนบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

5) ระดับนโยบาย (Policy level) วิเคราะห์กรอบกฎหมาย นโยบาย และโครงสร้างระบบบริการระดับชาติที่สนับสนุนหรือจำกัดการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา เช่น ระบบการรับรองและการขึ้นทะเบียนของกรมอนามัย การสื่อสารนโยบายจากส่วนกลาง เช่น ประกาศหรือแนวทางปฏิบัติ และข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมถึงความสอดคล้องของนโยบายกับการสนับสนุนให้บริการยุติ

การตั้งครุภัณฑ์ที่ปลอดภัย ปัจจัยในระดับนโยบายนี้มีผลต่อการจัดระบบบริการ การตัดสินใจในการส่งต่อ และการกำหนดบทบาทผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างเป็นทางการ

โดยสรุปแล้ว แนวคิดระบบนิเวศทางสังคม สามารถนำมาใช้อธิบายระบบการให้บริการคำปรึกษาทางเลือกและการยุติการตั้งครุภัณฑ์ได้อย่างครอบคลุม ตั้งแต่ระดับบุคคล เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ในกฎหมาย ทักษะ และเจตคติของผู้ให้คำปรึกษา ระดับระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และเครือข่ายวิชาชีพ ระดับองค์กร เช่น นโยบายและระบบสนับสนุนภายในหน่วยบริการ ระดับชุมชน เช่น การยอมรับของสังคมและความร่วมมือของเครือข่ายท้องถิ่น ไปจนถึงระดับนโยบาย เช่น กฎหมาย แนวปฏิบัติ และระบบการรับรองที่กำหนดกรอบการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา การใช้แนวคิดนี้จึงทำให้การวิเคราะห์และออกแบบบริการคำปรึกษาทางเลือกและการยุติการตั้งครุภัณฑ์มีความบูรณาการ เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และสามารถกำหนดกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในทุกระดับอย่างสอดคล้องกัน

#### ส่วนที่ 4 การวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (the convergent parallel mixed method design)

การวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกันเป็นวิธีวิจัยที่เหมาะสมในการศึกษาประเด็นที่มีความซับซ้อนและหลากหลายมิติ โดยมุ่งเน้นการผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันอย่างเท่าเทียม ทั้งในขั้นตอนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การแสดงผล และการตีความ เพื่อให้ได้ทั้งความกว้างเชิงสถิติและความลึกเชิงความหมาย การออกแบบการวิจัยลักษณะนี้ช่วยให้นักวิจัยสามารถนำเสนอความเข้าใจเชิงบูรณาการของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุมและมีความน่าเชื่อถือสูง ทั้งในด้านรูปแบบเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง

##### 4.1 การวิจัยผสมวิธี (Mixed Methods Research)

การวิจัยผสมวิธีตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2018) เป็นแนวทางการวิจัยที่ผสมผสานการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ภายใต้กรอบแนวคิดที่ว่า การใช้ข้อมูลสองประเภทสามารถสร้างความเข้าใจในประเด็นวิจัยได้ลึกซึ้งและรอบด้านยิ่งกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงลำพัง โดยเฉพาะในประเด็นที่ซับซ้อน มีมิติของพฤติกรรม มุมมอง หรือประสบการณ์ของมนุษย์เข้ามาเกี่ยวข้อง

แนวคิดหลักของการวิจัยผสมวิธีอยู่ที่การรวบรวมข้อมูลจากทั้งสองระเบียบวิธีในลักษณะที่เสริมให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (complementarity) ไม่ใช่เพียงเพื่อยืนยันผล (confirmation) หรือเปรียบเทียบความต่าง (triangulation) เท่านั้น แต่ยังช่วยเติมเต็มข้อจำกัดของกันและกัน เช่น ข้อมูลเชิงปริมาณอาจแสดงแนวโน้มที่สะท้อนสถานการณ์ในภาพรวม ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถให้รายละเอียดและบริบทที่ลึกซึ้งของปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้ การผสมวิธีจึงเปิดโอกาสให้เกิดความเข้าใจทั้งภาพรวมและภาพลึกในเวลาเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยจะเลือกใช้วิธีวิจัยผสมวิธีเมื่อประเด็นที่ศึกษามีลักษณะซับซ้อนและไม่สามารถตอบคำถามวิจัยได้ครบถ้วนจากวิธีการเดียว เช่น ในการศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพ การใช้แบบสอบถามอาจแสดงให้เห็นถึงความถี่ของพฤติกรรม แต่การสัมภาษณ์เชิงลึกจะเปิดเผยแรงจูงใจ ความรู้สึก หรือข้อจำกัดในการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การวิจัยเข้าใจพฤติกรรมอย่างแท้จริง

โดยสรุปแล้ว การวิจัยผสมวิธีเป็นแนวทางที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้มองเห็นทั้งภาพรวมเชิงปริมาณและรายละเอียดเชิงคุณภาพอย่างบูรณาการ ช่วยให้การอธิบายปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนเป็นไปอย่างรอบด้านและมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จึงเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เพราะช่วยให้เห็นทั้งภาพรวมเชิงปริมาณและประสบการณ์เชิงคุณภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจที่ครอบคลุมต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครุภัณฑ์

#### 4.2 การวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (Convergent parallel mixed method design)

การวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกันตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2018) เป็นหนึ่งในรูปแบบหลักของการวิจัยผสมวิธีผสมกันที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในหลากหลายสาขาวิชา โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความซับซ้อนและต้องการความเข้าใจทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกัน (concurrently) ดำเนินการวิเคราะห์แยกจากกัน และนำผลลัพธ์ของทั้งสองชุดข้อมูลมาผสาน (merge) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมที่ลึกซึ้งและหลากหลายมิติ

เป้าหมายสำคัญของการใช้การวิจัยแบบคู่ขนาน ได้แก่ การใช้ข้อมูลทั้งสองประเภทเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของผลลัพธ์ (triangulation) การใช้ข้อมูลแต่ละแบบเพื่อเติมเต็มข้อมูลซึ่งกันและกัน (complementarity) และการขยายขอบเขตการตีความจากข้อมูลเชิงหนึ่งไปยังอีกเชิงหนึ่ง (expansion) การวิจัยแบบคู่ขนาน มีลักษณะเด่น คือ ความเท่าเทียมของข้อมูลทั้งสองประเภท โดยนักวิจัยจะไม่ให้ความสำคัญกับวิธีใดวิธีหนึ่งมากกว่ากัน ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการออกแบบเครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ที่มีคุณภาพในทั้งสองวิธี เพื่อให้การเปรียบเทียบหรือผสานผลเป็นไปอย่างมีความหมาย กระบวนการผสานผลอาจทำได้โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในประเด็นเดียวกัน การแปลงข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถสื่อสารข้ามระเบียบวิธีได้ หรือการตีความร่วมภายใต้กรอบแนวคิดเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การวิจัยแบบคู่ขนานก็มีข้อท้าทายที่ต้องพิจารณา เช่น ความไม่สอดคล้องของผลลัพธ์จากข้อมูลสองชุด การจัดสรรเวลาและทรัพยากรสำหรับการวิเคราะห์คู่ขนาน และการใช้ทักษะของนักวิจัยในทั้งสองระเบียบวิธีอย่างมีประสิทธิภาพ หากสามารถออกแบบและดำเนินการอย่างรอบคอบ รูปแบบนี้จะสามารถนำไปสู่ข้อค้นพบที่มีความลึกและกว้างในเวลาเดียวกัน

โดยสรุปแล้ว การวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกันเป็นแนวทางที่เปิดโอกาสให้ได้ทั้งความลึกและความกว้างของข้อมูลในเวลาเดียวกัน เหมาะกับการศึกษาประเด็นที่ซับซ้อนซึ่งต้องการความเข้าใจจากหลายมิติ และสามารถสะท้อนความจริงของปรากฏการณ์ได้อย่างรอบด้านและมีความน่าเชื่อถือสูง เหมาะสมต่อการศึกษาความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เนื่องจากช่วยให้เห็นทั้งภาพรวมเชิงปริมาณและรายละเอียดเชิงคุณภาพที่อธิบายประสบการณ์และกลยุทธ์การทำงานได้อย่างลึกซึ้ง

#### 4.3 องค์ประกอบหลักของการวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน

การวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกันตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2018) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 4 ประการ ซึ่งทำหน้าที่เป็นแกนกลางของการออกแบบและดำเนินการวิจัยในรูปแบบนี้ โดยแต่ละองค์ประกอบมีบทบาทเฉพาะและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลสองชุดพร้อมกัน การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะดำเนินไปในช่วงเวลาเดียวกันหรือในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันมาก โดยไม่ต้องรอให้ผลของข้อมูลชุดใดเสร็จสิ้นก่อน จุดมุ่งหมายของการเก็บข้อมูลพร้อมกัน คือ การเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้สำรวจปรากฏการณ์หรือปัญหาวิจัยจากหลายมุมมองอย่างเท่าเทียม ทั้งในระดับความกว้างเชิงสถิติจากข้อมูลปริมาณ และระดับความลึกเชิงความหมายจากข้อมูลคุณภาพ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะต้องวางแผนการออกแบบเครื่องมือและกลยุทธ์การเก็บข้อมูลให้เหมาะสมกับแต่ละประเภทข้อมูล และสอดคล้องกับคำถามวิจัยที่ตั้งไว้

2) การวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีของแต่ละชุดข้อมูล หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองชุดแยกจากกัน โดยใช้ระเบียบวิธีที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล เช่น สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ และสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) หรือการตีความเชิงธีม (thematic analysis) ทั้งนี้เพื่อรักษา

ความสมบูรณ์ของกระบวนการวิเคราะห์ภายในแต่ละระเบียบวิธี และไม่ให้ผลลัพธ์จากชุดหนึ่งมีอิทธิพลต่อการตีความของอีกชุดหนึ่งในขั้นตอนนี้

3) การผสานผลข้อมูล เมื่อได้ผลการวิเคราะห์จากทั้งสองชุดแล้ว ขั้นตอนถัดไป คือ การผสานผลข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ความสอดคล้อง หรือความแตกต่างของข้อมูลทั้งสองประเภท การผสานอาจดำเนินการในลักษณะการเปรียบเทียบโดยตรง (side-by-side comparison), การแปลงข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (data transformation) หรือการนำเสนอผลรวมในรูปแบบกราฟ ตาราง หรือตารางเมทริกซ์ (joint display) ทั้งนี้ ผู้วิจัยต้องวางแผนล่วงหน้าอย่างชัดเจนว่าจะใช้แนวทางใดในการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งสองชุด เพื่อให้การผสานผลเกิดความหมายที่ลึกซึ้งและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

4) การตีความผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กันหรือแตกต่างกัน การตีความผลลัพธ์รวม โดยผู้วิจัยจะต้องตอบคำถามสำคัญว่า ข้อมูลทั้งสองชุดให้ภาพรวมที่สนับสนุนกัน แตกต่างกัน หรือเสริมเติมเต็มกันอย่างไร การตีความนี้ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา และควรสะท้อนถึงความเข้าใจเชิงลึกที่ได้จากการผสานข้อมูลทั้งสองประเภท หากพบความไม่สอดคล้องของข้อมูล ผู้วิจัยควรอธิบายอย่างมีเหตุผล และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงบริบทที่อาจมีอิทธิพลต่อความแตกต่างนั้น

โดยสรุปแล้ว การวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน เป็นรูปแบบการวิจัยที่มีการทำงานสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบตั้งแต่การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การผสานผล และการตีความ เพื่อให้ได้ทั้งความลึกและความกว้างของข้อมูลในเวลาเดียวกัน แนวทางนี้จึงเหมาะสมอย่างยิ่งต่อการศึกษาความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เพราะสามารถสะท้อนทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างและประสบการณ์จริงของการทำงานที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยอย่างรอบด้าน

#### 4.4 จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน

การวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกันเป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางในวงวิจัย เนื่องจากสามารถรวมจุดแข็งของระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไว้ในกระบวนการเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่ประเด็นวิจัยมีความซับซ้อนและต้องการการวิเคราะห์จากหลายมิติ อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารูปแบบนี้จะมีศักยภาพสูงในการสร้างข้อค้นพบที่ลึกซึ้งและครอบคลุม แต่ก็มีข้อจำกัดที่นักวิจัยต้องพิจารณาอย่างรอบคอบด้วยเช่นกัน (Creswell & Plano Clark, 2018) ดังนี้

##### จุดเด่น

1) การเสริมข้อดีของแต่ละระเบียบวิธีเข้าไว้ด้วยกัน กล่าวคือ ข้อมูลเชิงปริมาณสามารถให้ข้อค้นพบที่มีความแม่นยำ อิงหลักสถิติ และสามารถอธิบายภาพรวมของกลุ่มเป้าหมายได้ ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพให้ความเข้าใจในเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึก และความหมายที่แฝงอยู่ในพฤติกรรมหรือความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นเมื่อข้อมูลทั้งสองถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน ย่อมช่วยให้การตีความมีความรอบด้านและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

2) ความสามารถในการตรวจสอบความสอดคล้องหรือความแตกต่างของข้อมูลจากสองระเบียบวิธี ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในผลการวิจัย หากผลจากทั้งสองชุดข้อมูลมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ย่อมสนับสนุนข้อสรุปของงานวิจัยได้อย่างมีน้ำหนัก ในทางกลับกัน หากพบความขัดแย้งระหว่างข้อมูล ก็อาจสะท้อนให้เห็นถึงมิติที่ซ่อนอยู่หรือความซับซ้อนของปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตั้งข้อสมมติฐานใหม่หรือการขยายประเด็นการวิจัยในอนาคต

### ข้อจำกัด

1) การต้องอาศัยความชำนาญในทั้งสองระเบียบวิธี นักวิจัยต้องมีความเข้าใจในหลักการการออกแบบเครื่องมือ การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ที่แตกต่างกัน หากขาดความรู้ในระเบียบวิธีใดวิธีหนึ่ง อาจทำให้กระบวนการวิเคราะห์หรือการตีความผลลัพธ์เกิดข้อผิดพลาด

2) เมื่อผลการวิเคราะห์จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจทำให้การผสมผสานและการตีความเป็นไปอย่างยากลำบาก ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีกรอบแนวคิดที่มั่นคง และมีทักษะในการอธิบายความแตกต่างอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ผลการวิจัยยังคงมีความน่าเชื่อถือและมีคุณค่าทางวิชาการ

โดยสรุปแล้ว การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกันมีจุดแข็งในการให้ความเข้าใจที่ทั้งลึกและกว้าง เหมาะสำหรับประเด็นที่ซับซ้อนและต้องการมุมมองหลายด้าน แม้จะมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เวลา และความชำนาญของนักวิจัย แต่หากออกแบบและดำเนินการอย่างรอบคอบ ก็จะช่วยให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างรอบด้านและน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะในการศึกษาความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ซึ่งต้องอาศัยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสะท้อนภาพรวม และข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเข้าถึงประสบการณ์และความหมายที่ซ่อนอยู่

### 4.5 ข้อพิจารณาในการออกแบบการวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน

การออกแบบการวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน แม้จะเปิดโอกาสให้นักวิจัยเข้าถึงความเข้าใจที่ลึกซึ้งและหลากหลายจากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แต่ก็ต้องอาศัยการวางแผนที่รอบคอบ และการพิจารณาหลายประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับเป้าหมายของการผสมผสานระเบียบวิธี ดังนี้

1) ความเท่าเทียมกันของทั้งสองวิธี นักวิจัยจำเป็นต้องให้คุณค่าและความสำคัญกับทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในระดับที่เท่าเทียมกัน เพื่อตอบคำถามวิจัยจากหลายมุมมอง การลดทอนน้ำหนักของข้อมูลใดข้อมูลหนึ่ง อาจทำให้การวิเคราะห์ร่วมขาดความลุ่มลึก และไม่สามารถสะท้อนความซับซ้อนของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครบถ้วน

2) การวางแผนการผสมผสานผลตั้งแต่ต้น การออกแบบการผสมผสานผลลัพธ์ (data integration) ควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนการวิจัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพราะการผสมผสานผลต้องอาศัยกลยุทธ์เฉพาะ เช่น การใช้ตารางเปรียบเทียบผลลัพธ์ของแต่ละชุดข้อมูล การจัดทำ joint display ที่รวมข้อมูลสองชุดในรูปเดียวกัน หรือการแปลงข้อมูลเชิงคุณภาพให้อยู่ในรูปแบบปริมาณ (หรือกลับกัน) เพื่อความสะดวกในการเปรียบเทียบ หากไม่มีแผนการที่ชัดเจนตั้งแต่ต้น อาจทำให้การผสมผสานข้อมูลในภายหลังขาดทิศทางและไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลอย่างมีความหมายได้

3) การเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมกับแต่ละวิธี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลควรได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูลและคำถามวิจัยในแต่ละระเบียบวิธี เช่น แบบสอบถามควรครอบคลุมตัวแปรสำคัญที่สามารถวัดผลได้ในเชิงปริมาณอย่างชัดเจน ขณะที่แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกควรกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความคิด ประสบการณ์ หรือความหมายส่วนตัวอย่างเป็นธรรมชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากทั้งสองเครื่องมือมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ที่ลุ่มลึกและการผสมผสานที่มีความหมาย

4) การตีความข้อมูลที่อาจให้ผลตรงข้าม ในการวิจัยแบบคู่ขนานอาจพบว่า ผลการวิเคราะห์จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความไม่สอดคล้องกัน เช่น แบบสอบถามแสดงว่าผู้ให้ข้อมูลมีระดับความพึงพอใจสูง แต่บทสัมภาษณ์สะท้อนความรู้สึกไม่มั่นคงหรือไม่พอใจในเชิงลึก สถานการณ์เช่นนี้

มิใช่ข้อผิดพลาด หากแต่เป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้ตีความเชิงลึกถึงบริบท ความเปราะบาง หรือปัจจัยที่ไม่สามารถจับต้องได้จากตัวเลขเพียงอย่างเดียว การตีความผลลัพธ์ที่ขัดแย้งกันเช่นนี้จึงต้องอาศัยความเข้าใจบริบทอย่างรอบด้าน และอาจนำไปสู่ข้อเสนอใหม่หรือมุมมองเชิงวิพากษ์ที่มีคุณค่าต่อการพัฒนางานวิจัยในอนาคต

โดยสรุปแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธีคู่ขนานพร้อมกัน เนื่องจากประเด็นความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีความซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และบริบทส่วนบุคคล การใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการสะท้อนประสบการณ์และเงื่อนไขแวดล้อมของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างรอบด้าน ขณะเดียวกัน การใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียวก็อาจไม่สามารถชี้ให้เห็นแนวโน้มและความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ การผสมผสานข้อมูลทั้งสองประเภทเข้าด้วยกัน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้ข้อค้นพบของการวิจัยมีความลุ่มลึก น่าเชื่อถือ และสามารถสะท้อนภาพจริงของระบบบริการได้อย่างใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งยังเอื้อต่อการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางเลือก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางเลือก พบว่า การให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญต่อการสนับสนุนการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และช่วยลดผลกระทบทางจิตใจหลังการยุติการตั้งครรภ์ โดยการศึกษาของเกสร เหล่าอรระ และคณะ (2563) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางเลือกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเยาวชน พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หลังจากได้รับคำปรึกษาทางเลือก โดยการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและทันเวลาเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้หญิงตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและมั่นใจมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้มีแนวโน้มเลือกใช้คู่มกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงหลังการให้คำปรึกษา ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของกระบวนการให้คำปรึกษาในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Owens and Shorter (2022) ได้ทบทวนแนวคิดและประเด็นสำคัญของการให้คำปรึกษาทางเลือกในการตั้งครรภ์ พบว่า การให้คำปรึกษาทางเลือกควรยึดหลักไม่ชี้นำและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาที่ไม่เหมาะสมหรือมีอคติอาจกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและทันเวลา และการศึกษาของ Nobel et al. (2022) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลทางเลือกในการให้คำปรึกษาทางเลือกในการตั้งครรภ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ต่อ การยกบุตรบุญธรรม และการยุติการตั้งครรภ์ กับประสบการณ์ของผู้รับบริการต่อคุณภาพของการให้คำปรึกษา พบว่า ผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษาทางเลือกมีแนวโน้มที่จะพูดคุยครบทุกทางเลือกอย่างเท่าเทียม ขณะที่การศึกษาของ Kirkpatrick et al. (2024) ศึกษาประสบการณ์และความต้องการด้านการสื่อสารของผู้หญิงที่เคยยุติการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น พบว่า การให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับกลุ่มวัยรุ่นต้องอาศัยทั้งความรู้ทางการแพทย์ที่ถูกต้องและทักษะการสื่อสารเชิงอารมณ์ ผู้ให้คำปรึกษาควรเข้าใจความเปราะบางทางวัยและสร้างพื้นที่ปลอดภัย ปราศจากการตีตรา เพื่อให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจได้บนพื้นฐานของข้อมูล สิทธิ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีส่วนช่วยให้เกิดตัดสินใจในทางเลือกได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการและเสริมสร้างคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นทั้งเครื่องมือและกระบวนการสำคัญ ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจอย่างมีข้อมูล ลดผลกระทบทางจิตใจ และเพิ่มโอกาสในการใช้มาตรการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

ต่อไป การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เกิดคุณภาพในการให้บริการในระบบสุขภาพ

## 5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

นอกจากการให้คำปรึกษาทางเลือกแล้ว อีกประเด็นสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของระบบบริการ คือ การเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกฎหมาย โครงสร้างบริการ และปัจจัยเชิงระบบที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในมิติของความพร้อมของหน่วยบริการ จากการศึกษาของนักทฤษฎี สมพงษ์ และสุกัญญา เชื้อธรรม (2567) ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มีและไม่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า หน่วยบริการที่มีบริการครบวงจรมีความพร้อมมากกว่าในด้านสถานที่ ช่องทางการให้คำปรึกษาทางเลือก และการติดตามหลังบริการ ขณะที่หน่วยบริการที่ไม่มีบริการดังกล่าวยังขาดการปฏิบัติตามกฎหมายบางขั้นตอน และประสบปัญหาทัศนคติของบุคลากร ขาดทรัพยากร และการประสานงานที่ไม่ราบรื่น

อย่างไรก็ตาม ในด้านระบบส่งต่อก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ จากการศึกษาของ อมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ (2568) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เป็นระบบ การให้คำปรึกษา และประเมินความพร้อม การส่งต่อที่มีระบบประสานงานชัดเจน และการติดตามผลหลังการรับบริการ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลารอคอย และผู้ให้บริการสามารถทำงานได้เป็นระบบมากขึ้น โดยจากการศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมของพัชรวิพรรณ เจนสาริกธน์ (2567ก) ในจังหวัดจันทบุรี และสายใจ สุวรรณศรี (2567) ในจังหวัดหนองคาย ก็พบว่า การมีเครือข่ายบริการที่เข้มแข็งและการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการช่วยให้การส่งต่อมีความยืดหยุ่น แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องและการรองรับในพื้นที่ที่ขาดแพทย์ผู้ให้บริการ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Jones et al. (2022) เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ในบริบทประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า แม้จำนวนการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่รัฐที่มีข้อจำกัดทางกฎหมายเข้มงวดมีอัตราการเข้าถึงบริการต่ำกว่ารัฐที่มีกฎหมายยืดหยุ่น ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าปัจจัยเชิงกฎหมายและโครงสร้างบริการมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัยในทุกบริบท

สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็นผลลัพธ์ของความเชื่อมโยงระหว่างความพร้อมของระบบบริการ ความชัดเจนและการบังคับใช้กฎหมาย การลดทัศนคติเชิงลบของบุคลากร และการมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งหมดนี้ต้องดำเนินไปพร้อมกันจึงจะส่งเสริมการเข้าถึงบริการและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง

## 5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสนับสนุนผู้รับบริการในระบบสุขภาพ

นอกจากการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแล้ว ปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จของการสนับสนุนผู้รับบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ล้วนมาจากองค์ประกอบหลายระดับที่เชื่อมโยงกัน ทั้งด้านบุคคล ความสัมพันธ์ใกล้ชิด โครงสร้างสังคม และศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ จากการศึกษาของ จิรัชยา เจียวกิก และคณะ (2567) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสามารถจำแนกได้ 5 มิติ ได้แก่ มิติทางกายภาพ คือ โรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อน มิติทางจิตใจ คือ ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มิติทางเศรษฐกิจ คือ รายได้ไม่เพียงพอและภาระหนี้สิน มิติทางการศึกษา คือ ผลกระทบต่อการเรียน และวุฒิภาวะ และมิติด้านครอบครัวและสังคม คือ การปฏิเสธจากคู่ครองและการไม่ยอมรับจากครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและเกี่ยวพันกับปัจจัย

หลายระดับ ทั้งส่วนบุคคล ครอบครัว และโครงสร้างทางสังคม ซึ่งสะท้อนความจำเป็นของการสนับสนุนเชิงองค์รวมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้หญิงในหลายมิติ

ขณะเดียวกัน การศึกษาของนิภาดา ธารีเพียร และโกสุม เศรษฐาวงศ์ (2564) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มแกนนำนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน พบว่า อุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ คือการขาดข้อมูลที่ถูกต้อง ขาดบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้ในการให้คำปรึกษา และความกลัวการไม่ยอมรับจากสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เกิดขึ้นในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับโครงสร้างทางสังคม สะท้อนให้เห็นว่าการตีตราทางสังคมยังมีผลต่อความมั่นใจและทำให้ผู้หญิงบางส่วนรู้สึกว่าคุณไม่มีทางเลือก แม้จะมีข้อมูลหรือทรัพยากรอยู่แล้วก็ตาม อย่างไรก็ตาม การรับรู้ถึงการมีช่องทางป้องกันที่หลากหลาย เช่น การยุติการตั้งครรภ์โดยดุษณีของแพทย์ หรือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการตัดสินใจ เป็นปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้หญิงเห็นทางออกที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสถานการณ์มากขึ้น

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Sinthuchai et al. (2022) ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายทำแท้งในระดับต่ำ และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการยุติการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 41.4 ซึ่งมีผลต่อความเต็มใจในการให้บริการหรือส่งต่อผู้รับบริการ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติและความรู้ที่ต่ำกว่า คือ อายุที่น้อยกว่า การทำงานในแผนกสูติรีเวช และการมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสูงกว่า ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้เชิงกฎหมายและการให้บุคคลากรได้มีประสบการณ์ตรงในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการดังกล่าวไม่เพียงช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน แต่ยังสามารถลดอคติและเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและเท่าเทียม ขณะเดียวกันการศึกษาของ Kirkpatrick et al. (2025) ที่ประเมินหลักสูตร Pregnancy Options Counseling สำหรับแพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์ พบว่าการอบรม 2 ชั่วโมงที่เน้นการฝึกปฏิบัติผ่านบทบาทสมมติและการสำรวจคุณค่าของตนเอง สามารถเพิ่มความรู้ความสามารถ และความมั่นใจในการให้คำปรึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังคงรักษาผลลัพธ์ได้ในระยะ 6 เดือน สะท้อนว่าการฝึกอบรมที่ออกแบบอย่างมีระบบสามารถยกระดับศักยภาพของบุคลากรและเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ

สรุปได้ว่า ความสำเร็จของการสนับสนุนผู้รับบริการในระบบสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากการทำงานประสานกันของหลายมิติ ทั้งมิติข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าถึงง่าย เครือข่ายสนับสนุนที่ไว้วางใจได้ และบุคลากรที่มีความพร้อมด้านความรู้และทักษะ การสร้างสมดุลระหว่างการเสริมพลังให้ผู้รับบริการตัดสินใจด้วยตนเอง และการจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ปลอดภัยปราศจากการตีตรา ก็จะนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น

### บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานวิธีชนิดคู่ขนาน (Convergent Parallel Mixed Methods Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2018) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียด ระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ
  - 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ
  - 4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
  - 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
  - 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
6. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

## 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยผสมวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (Convergent Parallel Mixed Methods Design) ตามแนวทางของ Creswell and Plano Clark (2018) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกัน วิเคราะห์แยกจากกันตามหลักวิธีวิจัยของแต่ละแนวทาง แล้วจึงนำผลมาบูรณาการในขั้นตีความ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ครอบคลุมทั้งมิติเชิงสถิติและมิติเชิงประสบการณ์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัย

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### 2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ซึ่งปฏิบัติงานให้บริการคำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองอย่างเป็นทางการกับกรมอนามัย โดยมีจำนวน 619 คน ครอบคลุม 69 จังหวัดทั่วประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2568) (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568)

### 2.2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ซึ่งปฏิบัติงานให้บริการคำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองอย่างเป็นทางการกับกรมอนามัย .

#### 2.1.1 คุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

##### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัย
2. ปฏิบัติงานในหน่วยบริการให้คำปรึกษาทางเลือก ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรภาคประชาสังคม
3. ต้องมีความยินดีและสามารถเข้าร่วมงานวิจัย

##### เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามที่ส่งกลับมาแต่ไม่สมบูรณ์ (Incomplete questionnaire) หรือมีการตอบคำถามไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้

##### เกณฑ์การถอนหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or Termination Criteria)

1. ผู้ให้ข้อมูลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในตอนแรก แต่ต่อมาขอเลิกและถอนตัว
2. ผู้ให้ข้อมูลแสดงอาการที่บ่งชี้ถึงผลข้างเคียงจากการตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ เช่น ภาวะความเครียดที่ไม่สามารถรับมือได้หรือมีปัญหาสุขภาพจิตจากการเข้าร่วมการวิจัย

#### 2.1.2 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Daniel (1999) โดยอาศัยหลักการแจกแจงแบบปกติและประชากรที่มีขนาดจำกัด (finite population) ซึ่งสูตรดังกล่าวคำนึงถึงระดับความเชื่อมั่น (confidence

level) ค่าความคลาดเคลื่อน (margin of error) และความน่าจะเป็นที่ประชากรเป้าหมายมีลักษณะเฉพาะ (p) เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความแม่นยำและเป็นตัวแทนที่เหมาะสมของประชากร ทั้งนี้ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการวิจัยก่อนหน้าในบริบทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า  $p = 0.5$  เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างสูงสุดและครอบคลุมความแปรปรวนของประชากรตามแนวทางที่นิยมใช้ โดยที่

$N = 619$  (จำนวนประชากรทั้งหมด)

$Z =$  ค่าคงที่จากตารางการแจกแจงปกติ (เช่น 1.96 สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95%)

$p =$  ความน่าจะเป็นของประชากรที่มีลักษณะเฉพาะ (หากไม่ทราบ ให้ใช้ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างสูงสุด)

$q = 1 - p = 0.5$

$e =$  ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (เช่น 0.05 สำหรับความคลาดเคลื่อน 5%)

จากสูตร 
$$n_0 = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

แทนค่า  $n_0 = \frac{619 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 \cdot (619-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = \frac{594.6}{2.5054} \approx 237.2$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เท่ากับ จำนวน 237 คน เพื่อป้องกันการความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างในขณะการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 260 คน

### 2.1.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดเก็บข้อมูลใน 6 ภาค และ 1 จังหวัด ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันตก และกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละภูมิภาคตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละภูมิภาค จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดรวมทั้งสิ้น 260 คน รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 การคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละภูมิภาคที่สุ่มได้

ภูมิภาค	Total(N)	Sample(n)
ภาคเหนือ	33	14
ภาคกลาง	104	44
ภาคใต้	75	32
ภาคตะวันออก	20	8
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	241	100
ภาคตะวันตก	47	20
กรุงเทพมหานคร	99	42
รวม	619	260

### 2.3 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ได้รับการรับรองจากกรมอนามัยและปฏิบัติงานจริงในระบบบริการคำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีประสบการณ์ในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ที่เริ่มปฏิบัติงานก่อนและหลังการมีระบบการขึ้นทะเบียนรับรองอย่างเป็นทางการของกรมอนามัย จำนวน 7 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัว (data saturation) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดำเนินการโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามแนวทางของ Maxwell (2013) ซึ่งเน้นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากความเชื่อมโยงกับประเด็นวิจัยมากกว่าการเป็นตัวแทนเชิงสถิติ โดยพิจารณาจากประสบการณ์ตรงในการให้บริการ ความสามารถในการสะท้อนมุมมองเชิงระบบเกี่ยวกับกลไกการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และความหลากหลายของบริบทการทำงาน ทั้งในแง่ประเภทหน่วยบริการ ลักษณะพื้นที่ และระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจะดำเนินการภายในสถานบริการสุขภาพที่มีการจัดระบบบริการคำปรึกษาทางเลือกตามแนวทางของกรมอนามัย ภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดในแผนการดำเนินงานวิจัย เมื่อการเก็บข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation) คือ มีข้อมูลซ้ำซ้อนกันและไม่เกิดข้อมูลใหม่เพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูล

#### 2.3.1 คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

##### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กรมอนามัยกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนอย่างเป็นทางการกับกรมอนามัย
2. มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมาอย่างต่อเนื่อง
3. ปฏิบัติงานในหน่วยบริการให้คำปรึกษาทางเลือก ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรภาคประชาสังคม
4. ผู้ให้ข้อมูลต้องมีความยินดีและสามารถเข้าร่วมงานวิจัยโดยการให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์

##### เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ให้ข้อมูลที่มีภาวะที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาทางสุขภาพกายหรือจิตที่รบกวนกระบวนการสัมภาษณ์ จนไม่สามารถดำเนินการสัมภาษณ์ต่อได้อย่างปลอดภัยหรือมีคุณภาพ

##### เกณฑ์การถอนหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or Termination Criteria)

1. ผู้ให้ข้อมูลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในตอนแรก แต่ต่อมาขอเลิกและถอนตัว
2. ผู้ให้ข้อมูลแสดงอาการที่บ่งชี้ถึงผลข้างเคียงจากการตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ เช่น ภาวะความเครียดที่ไม่สามารถรับมือได้หรือมีปัญหาสุขภาพจิตจากการเข้าร่วมการวิจัย

#### 2.3.2 การเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์อนามัย และหน่วยงานภาคประชาสังคม เพื่อแนะนำผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีประสบการณ์ทำงานจริง มีผลงานเป็นที่ยอมรับในพื้นที่ หรือมีบทบาทในการให้บริการ จากนั้น

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยันคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล และติดต่อเชิญเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการ พร้อมส่งรายละเอียดโครงการ และแบบแสดงเจตจำนงเข้าร่วมอย่างสมัครใจ

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

##### 3.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ สอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ไม่พร้อม และประสบการณ์ในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ลักษณะแบบสอบถามแบบสอบถามเป็นแบบปิด ตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 5 ข้อและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ แบบสอบถามการรับรู้สิ่งสนับสนุน ที่มีผลต่อการให้บริการ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล 2) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคล 3) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร 4) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน และ 5) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 6 คะแนน เห็นด้วย 5 คะแนน ค่อนข้างเห็นด้วย 4 คะแนน ค่อนข้างไม่เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ในการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยพิจารณาทั้งรายด้านและโดยรวม สำหรับการแปลผลรายด้าน แต่ละด้านมีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 4-24 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับแบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง 20-24 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง 15-19 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และ ระดับต่ำ 4-14 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนการแปลผลโดยรวมทั้งฉบับมีคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 20-120 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง 100-120 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง 80-99 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ 20-79 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 ความสำเร็จในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม แบบสอบถามความสำเร็จในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลและการสื่อสาร (2) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ (3) การประสานงานและการส่งต่อ (4) การดูแลต่อเนื่อง และ (5) การปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ ทุกครั้ง 6 คะแนน เกือบทุกครั้ง 5 คะแนน บ่อยครั้ง 4 คะแนน บางครั้ง 3 คะแนน แทบไม่เคย 2 คะแนน และไม่เคยเลย 1 คะแนน

ในการแปลผลคะแนน ผู้วิจัยพิจารณาทั้งรายด้านและโดยรวม สำหรับการแปลผลรายด้าน แต่ละด้านมีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ จึงมีคะแนนรวมทั้งตั้งแต่ 3-18 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก 15-18 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง 11-14 คะแนน (ร้อยละ 60-79) และระดับน้อย 3-10 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนการแปลผลโดยรวมทั้งฉบับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 15-90 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) และจำแนกออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับสำเร็จ 72-90 คะแนน (ร้อยละ 80-100) และระดับไม่สำเร็จ 15-71 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 80) ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ความสำเร็จไว้ในระดับค่อนข้างสูง เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการดูแลที่คำนึงถึงความปลอดภัย คุณภาพบริการ และสิทธิของผู้รับบริการ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม และคู่มือการปรึกษาทางเลือกสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (กรมอนามัย, 2564; กรมอนามัย, 2566)

### 3.1.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด

ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย โดยหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา มีรายนาม ดังต่อไปนี้

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1.1) ดร.พัชรพรรณ เจนสาริกรณ์   | รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์                              |
| 1.2) นางปภาวี ไชยรักษ์         | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์        |
| 1.3) ดร.ชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |

โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 จะถูกปรับปรุงหรือตัดออก (Rovinelli & Hambleton, 1976) ผลการประเมินพบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00

2) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

- การคำนวณค่า Cronbach's Alpha เพื่อประเมินความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ของแบบสอบถาม หากค่า Cronbach's Alpha มีค่ามากกว่า 0.7 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หากค่า Cronbach's Alpha ต่ำกว่า 0.6 แสดงว่าแบบสอบถามอาจมีข้อคำถามที่ไม่สัมพันธ์กัน ซึ่งต้องปรับปรุงโดยการลบข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมออก เพื่อเพิ่มความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Cronbach, 1951) ผลการตรวจสอบคุณภาพ พบว่า การรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ จำนวน 20 ข้อ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.881 และแบบสอบถามความสำเร็จในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 15 ข้อ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.879

- การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้อที่เหลือ (Corrected Item-Total Correlation: CITC) เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมด โดยค่าที่เหมาะสมควรอยู่ที่ 0.3 ขึ้นไป หากข้อคำถามใดมีค่า CITC ต่ำกว่าเกณฑ์ อาจแสดงว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับโครงสร้างของแบบสอบถาม และควรพิจารณาขจัดออก (Field, 2017) ผลการตรวจสอบคุณภาพ พบว่า การรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อ

การให้บริการมีค่าของทุกข้ออยู่ในช่วง 0.305–0.694 และแบบสอบถามความสำเร็จในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีค่าของทุกข้ออยู่ในช่วง 0.305–0.6774

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในแต่ละเทคนิคมีเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นวิธีการหลักในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญตามแนวทางของ Maxwell (2013) ที่เน้นแนวทางการออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความยืดหยุ่น ซึ่งนักวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนการวิจัยได้ตามข้อมูลใหม่ที่ได้รับระหว่างการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แนวคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) ที่ออกแบบโดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยโครงสร้างของแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย

- คำถามหลัก (Main questions) จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามที่ผู้วิจัยมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า โดยมีจุดประสงค์เพื่อเปิดประเด็นและเริ่มต้นการสนทนาในหัวข้อที่ผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูล คำถามหลักจะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลพูดถึงประสบการณ์หรือความรู้สึกในวงกว้าง ช่วยให้ผู้ใช้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและไม่ถูกจำกัดด้วยโครงสร้างของคำถาม

- คำถามชัก (Probing questions) จำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้เพื่อเจาะลึกและติดตามรายละเอียดในประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง หรือใช้เพื่อขยายประเด็นที่น่าสนใจซึ่งผู้วิจัยต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม โดยคำถามชักมักจะถูกใช้เมื่อผู้ให้ข้อมูลตอบไม่ละเอียดพอ หรือมีการกล่าวถึงประเด็นที่น่าสนใจแต่ยังไม่ชัดเจน

ซึ่งการใช้คำถามหลักและคำถามชักควรมีความต่อเนื่องกัน คำถามชักที่ดีจะช่วยให้การสัมภาษณ์มีความลึกซึ้งและละเอียดมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้ความสำคัญกับการใช้ภาษาที่เป็นมิตรและเอื้ออำนวยต่อการเปิดเผยความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างความไว้วางใจและทำให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปอย่างราบรื่น ดังตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

2) การสังเกต ผู้วิจัยใช้การสังเกตเพื่อเสริมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเน้นการสังเกตทั้งข้อมูลจากคำพูดและอวัจนภาษาของผู้ให้ข้อมูลที่อาจสะท้อนถึงความรู้สึกหรือความหมายที่ไม่ถูกถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดโดยตรง ผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกการแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง และอากัปกริยาต่าง ๆ เช่น การแสดงออกทางสีหน้าที่สื่อถึงความเครียดหรือการหลบสายตาคมเมื่อพูดถึงหัวข้อที่ละเอียดอ่อน หรือการยิ้มและพยักหน้าเมื่อกล่าวถึงประสบการณ์ที่น่าพอใจ โดยสังเกตอวัจนภาษาบางอย่าง เช่น การขยับร่างกายบ่อย ๆ หรือการเม้มปาก อาจสะท้อนถึงความรู้สึกภายในที่ไม่ต้องการเปิดเผย เพื่อให้บรรยากาศการสนทนาเป็นธรรมชาติ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตที่ไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารโดยตรง ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะช่วยเพิ่มความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์หรือการตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละช่วงของการสัมภาษณ์ได้เป็นอย่างดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์

ผู้วิจัยนำแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นบุคคลชุดเดียวกับที่ให้ความเห็นในการตรวจสอบเครื่องมือเชิงปริมาณ พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาและลำดับคำถาม โดยผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความสอดคล้องและความครอบคลุมของประเด็นสัมภาษณ์กับวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการตรวจสอบพบว่า แนวคำถามสัมภาษณ์มีความเหมาะสมและ

ครอบคลุมต่อการเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงรายละเอียดของคำถามในบางประเด็น เพื่อให้เหมาะสมและเอื้อต่อการรวบรวมข้อมูลมากยิ่งขึ้น

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

###### 4.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วมาจัดทำเป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้แพลตฟอร์ม Google Forms ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเข้าถึงได้จากทุกสถานที่ที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

- ผู้วิจัยประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และจัดส่งลิงก์แบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กำหนด เพื่ออำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถามและเพิ่มอัตราการตอบกลับ

- ก่อนเริ่มการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้จัดทำหน้าเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมสำหรับกลุ่มตัวอย่างไว้ในหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ โดยประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล การคุ้มครองความเป็นส่วนตัว ระยะเวลาการตอบแบบสอบถาม การยินยอมเข้าร่วมและช่องทางติดต่อผู้วิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้อง แสดงความยินยอมผ่านคำถาม ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว โดยการคลิกเลือกช่อง “ตกลง” ก่อนจึงจะสามารถเข้าสู่แบบสอบถามได้ ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวไม่มีการเก็บข้อมูลระบุตัวตนโดยตรง เช่น ชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลติดต่อส่วนบุคคล รวมถึงไม่มีการกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างต้องลงชื่อเข้าใช้ (log in) ด้วยบัญชีอีเมลหรือบัญชี Google เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการคุ้มครองความเป็นส่วนตัวและข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

- กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ Google Forms โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

- ปิดการเก็บข้อมูลเมื่อได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบจำนวน

- ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จะถูกคัดออก ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วจะถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานและจัดทำรายงานผลการวิจัย

###### 4.1.2 การตรวจสอบและรวบรวมข้อมูล

- หลังจากผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนได้จำนวนที่ครบตามขนาดที่กำหนด ผู้วิจัยดาวน์โหลดข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ทั้งหมดในรูปแบบไฟล์ Microsoft Excel เพื่อนำไปตรวจสอบคุณภาพข้อมูล โดยพิจารณาแบบสอบถามแต่ละชุดว่าผู้ตอบได้ตอบครบทุกข้อหรือไม่ และคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

- หลังจากตรวจสอบข้อมูลแล้ว ข้อมูลคำตอบที่อยู่ในรูปแบบข้อความ จะถูกแปลงเป็นค่าตัวเลข เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการวิเคราะห์

- เมื่อแปลงข้อมูลทั้งหมดเป็นตัวเลขเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบอีกครั้งเพื่อป้องกันความผิดพลาด จากนั้นจัดการข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น การจัดเรียงข้อมูล การตรวจหาค่าที่ขาดหาย (missing data) หรือค่าที่ผิดปกติ (outliers)

## 4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งขั้นตอนในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ดังนี้

1) เมื่อได้รายชื่อและข้อมูลการติดต่อของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยเบื้องต้น

2) ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร โดยบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมอธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ

3) ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าโดยกำหนดวันและเวลาที่เหมาะสม และดำเนินการสัมภาษณ์ในรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบประชุมทางไกล หลังจากได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและวิดีโอ และสร้างบรรยากาศผ่อนคลายด้วยการพูดคุยทั่วไป และสร้างความเชื่อใจ

4) ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ และใช้การสังเกตสังเกตอวัจนภาษา เพื่อให้เข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ที่อาจไม่ถูกสื่อออกมาโดยตรงผ่านคำพูด

5) หลังการสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสละเวลาเข้าร่วมงานวิจัย และขออนุญาตติดต่อเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมในอนาคตหากมีความจำเป็น

6) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบและทบทวนบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด โดยตรวจสอบไฟล์เสียงหรือวิดีโอที่บันทึกไว้ รวมถึงบันทึกย่อจากการสัมภาษณ์ว่าไม่มีส่วนใดขาดหายไป เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลทั้งหมดครบถ้วนสมบูรณ์ หากพบว่ามีรายละเอียดหรือข้อมูลใดที่ไม่ชัดเจน จะติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อขอรายละเอียดเพิ่มเติม

7) ผู้วิจัยดำเนินการถอดความเนื้อหาจากไฟล์เสียงหรือวิดีโอเป็นข้อความอย่างละเอียด เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงลึกได้ การถอดความควรรวมถึงทั้งคำพูดของผู้ให้ข้อมูลและอวัจนภาษา เช่น ท่าทางหรืออารมณ์ที่แสดงออกมา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสะท้อนสภาวะอารมณ์อย่างสมบูรณ์

8) ผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยจัดหมวดหมู่หรือค้นหาประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาหรือการตีความข้อมูลในเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นภาพรวมของข้อมูลและสามารถกำหนดทิศทางการวิเคราะห์ได้

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

### 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

#### (1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย โดยรายงานค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

#### (2) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Bivariate Analysis) ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test,  $\chi^2$ ) สำหรับตัวแปรกลุ่ม ในกรณีที่ตรวจสอบแล้วพบว่าค่าคาดหวัง (expected frequency)

ในตารางไขว้มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนช่อง ผู้วิจัยพิจารณาขอบระดับของตัวแปรบางตัวตามความเหมาะสมและความหมายของข้อมูล เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบไคสแควร์ (McHugh, 2013)

- การวิเคราะห์ตัวแปรร่วม (Multivariate Analysis) ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (Stepwise Multiple Logistic Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ซึ่งกำหนดเป็นตัวแปรตามแบบกลุ่ม (สำเร็จ / ไม่สำเร็จ) การวิเคราะห์นี้ช่วยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญในการคาดทำนายผลลัพธ์ และประเมินค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds Ratio) ของแต่ละปัจจัย

## 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้หลักการวิเคราะห์ข้อมูลของ Miles et al. (2014) ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่ การจัดระเบียบข้อมูลการแสดงข้อมูล และการหาข้อสรุปและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ดังนี้

- การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) การจัดระเบียบข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การจัดระเบียบด้านกายภาพของข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเสียงการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) และบันทึกอวัจนภาษา เช่น ท่าทาง สีหน้า และน้ำเสียง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการตีความหมายเชิงลึกในระหว่างการสัมภาษณ์ และการจัดระเบียบด้านเนื้อหา (Data reduction) ผู้วิจัยใช้การให้รหัสข้อมูล (Coding) เป็นกระบวนการสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งช่วยในการจัดกลุ่มและตีความข้อมูลที่ซับซ้อนให้เป็นประเด็นที่ชัดเจนและมีความหมาย โดยให้รหัสแบบอุปนัย (Inductive Coding) ซึ่งเป็นการให้รหัสจากข้อมูลใหม่ที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ โดยไม่ยึดติดกับทฤษฎีหรือกรอบคิดที่มีอยู่ล่วงหน้า ข้อมูลจะถูกจัดกลุ่มและตีความตามรูปแบบและแนวโน้มที่พบในข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้รับการให้รหัสจะถูกบันทึกและเก็บในสมุดรหัส (Codebook) เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการวิเคราะห์ต่อไป

- การแสดงข้อมูล (Data display) หลังจากการให้รหัสข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับการจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่หลักและหมวดย่อย นำเสนอผ่านการพรรณนาข้อค้นพบที่สอดคล้องกับหัวข้อที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยยังได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือการแสดงผลข้อมูลเชิงภาพ เช่น การใช้แผนภาพและตาราง เพื่อแสดงความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ซับซ้อนอย่างเป็นระบบ

- การหาข้อสรุปและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (Conclusion and verification) ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบ Data Triangulation โดยรวบรวมและเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อค้นพบ นอกจากนี้ยังใช้ Peer Debriefing โดยขอความเห็นจากเพื่อนนักวิจัยที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล เพื่อช่วยตรวจสอบความเป็นกลาง ลดอคติ และเพิ่มความน่าเชื่อถือของการตีความผลการวิจัย

### การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ โดยประยุกต์ใช้หลักการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985) โดยใช้เกณฑ์สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

- ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสะท้อนประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและข้อสรุปกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (member checking) โดยจะส่งผลการสรุปข้อมูลการสัมภาษณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ อ่าน และ

ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการตีความว่าตรงตามที่ตนเองสื่อสารหรือไม่ นอกจากนี้ ยังใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจากมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งช่วยลดความเอนเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูลเพียงแหล่งเดียว

- ความสามารถในการถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) ผู้วิจัยทำการพรรณนาอย่างละเอียด (thick description) โดยบรรยายเกี่ยวกับบริบทของการดำเนินงานและลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างรอบด้าน ทำให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจภาพรวมของการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างชัดเจน รายละเอียดดังกล่าวยังช่วยให้ผู้อ่านสามารถประเมินได้ด้วยตนเองว่าข้อค้นพบจากการวิจัยนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นหรือไม่

- ความสามารถในการพึ่งพาได้ (Dependability) เพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสอดคล้องและโปร่งใส ผู้วิจัยกำหนดแนวทางในการบันทึกขั้นตอนการสัมภาษณ์ การให้รหัสข้อมูลทุกครั้งที่ได้สัมภาษณ์ และการจัดกลุ่มข้อมูลอย่างละเอียด นอกจากนี้ จะกำหนดกระบวนการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ audit trail แสดงให้เห็นลำดับขั้นตอนและการเปลี่ยนแปลงในการวิเคราะห์อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ตรวจสอบภายนอกสามารถตรวจสอบได้ว่าวิธีการที่ใช้ในการวิจัยมีความสอดคล้องกันตลอดกระบวนการวิจัย

- ความสามารถในการยืนยันได้ (Confirmability) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อค้นพบเป็นกลางและไม่ถูกอิทธิพลจากความคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้วิธี peer debriefing โดยเชิญเพื่อนนักวิจัยมาช่วยตรวจสอบความเป็นกลางในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะการตรวจสอบการให้รหัสและการจัดกลุ่มประเด็น เพื่อนักวิจัยจะสามารถระบอคติที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ จะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนนักวิจัยในการตรวจสอบขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นกลางและน่าเชื่อถือ

## 6. การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อคุ้มครองสิทธิ ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย หมายเลขการรับรอง 849/2568

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งเก็บผ่านแบบสอบถามออนไลน์ ผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และสิทธิในการเลือกไม่ตอบหรือหยุดตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในลักษณะข้อมูลภาพรวมทางสถิติเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูล

สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการให้ข้อมูล สิทธิในการปฏิเสธการตอบคำถาม หรือการถอนตัวจากการเข้าร่วมโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับแบบแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) และแบบสัมภาษณ์จะไม่ระบุชื่อหรือตำแหน่งที่สามารถระบุตัวตนได้

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากทั้งการสัมภาษณ์และแบบสอบถามจะถูกจัดเก็บในระบบที่ปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น โดยมีการใช้รหัสแทนชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อปกป้องสิทธิของผู้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยผสานวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ในระยะเชิงปริมาณได้แจกแบบสอบถามทั้งหมด 315 ชุด ผู้วิจัยได้รับตอบกลับ 262 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 83.17 ในจำนวนนี้เป็นแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนและสมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 246 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.89 ของผู้ที่ตอบกลับทั้งหมด ส่วนระยะเชิงคุณภาพได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน จากนั้นจึงดำเนินการแยกวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองประเภทโดยอิสระจากกัน แล้วจึงนำผลการวิเคราะห์มาบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์และความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก  
ตั้งรายละเอียดต่อไป

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

### 1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.94 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.64 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 68 ปี โดยประมาณหนึ่งในสามเป็นคนวัยทำงานตอนปลาย อายุ 47-59 ปี (ร้อยละ 35.4) รองลงมาเป็นอายุ 34 - 46 ปี (ร้อยละ 31.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน (ร้อยละ 81.3) เกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 31.3) รองลงมา เป็นภาคกลาง(ร้อยละ 19.5) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งปฏิบัติงานเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ได้รับการรับรอง 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 59.3) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีบริการให้คำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น (ร้อยละ 53.7) รองลงมา เป็น หน่วยงานที่ให้บริการเฉพาะคำปรึกษาทางเลือก (ร้อยละ 17.9) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่ มีประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น (ร้อยละ 76.8) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยด้านประชากร (n=246)

	ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			
	20-33	62	25.2
	34-46	77	31.3
	47-59	87	35.4
	> 60	20	8.1
	Mean±SD = 43.94±11.64, Min-Max = 22-68		
ประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน			
	สถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน	200	81.3
	องค์กรภาครัฐ	8	3.3
	องค์กรภาคประชาสังคม	38	15.4
ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน			
	ภาคเหนือ	25	10.2
	ภาคกลาง	48	19.5
	ภาคใต้	39	15.9
	ภาคตะวันออก	10	4.1
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	77	31.3
	ภาคตะวันตก	11	4.5
	กรุงเทพมหานคร	36	14.6
ระยะเวลาปฏิบัติงาน			
	น้อยกว่า 6 เดือน	26	10.6
	6 เดือน - 1 ปี	35	14.2
	1-2 ปี	39	15.9
	2 ปีขึ้นไป	146	59.3

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม		
ไม่มีบริการ	5	2.0
ให้บริการเฉพาะคำปรึกษาทางเลือก	44	17.9
ให้คำปรึกษาทางเลือกและการส่งต่อ	132	53.7
ให้คำปรึกษาทางเลือก และบริการยุติการตั้งครรภ์	27	11.0
ให้คำปรึกษาทางเลือก บริการยุติการตั้งครรภ์ และการส่งต่อ	38	15.4
ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น		
เคย	189	76.8
ไม่เคย	57	23.2

### 1.2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจำนวน 7 คน มีอายุระหว่าง 36 ถึง 59 ปี (อายุเฉลี่ย 48.8 ปี) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 3 คน รองลงมา คือ พยาบาล และผู้ให้คำปรึกษา โดยมาจากพื้นที่ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย สำหรับรูปแบบการให้บริการในหน่วยงานต้นสังกัดพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีรูปแบบการให้บริการแบบให้คำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีก 2 คน อยู่ในหน่วยงานที่มีรูปแบบการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการให้คำปรึกษาทางเลือก การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการส่งต่อ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล

นามสมมติ	อายุ (ปี)	ตำแหน่ง	ภูมิภาค	รูปแบบการให้บริการในหน่วยงาน
P1	38	นักสังคมสงเคราะห์	ใต้	ให้คำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อ
P2	50	นักสังคมสงเคราะห์	ตะวันตก	ให้คำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อ
P3	44	นักสังคมสงเคราะห์	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ให้คำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อ
P4	59	พยาบาล	กลาง	ให้คำปรึกษาทางเลือก และให้บริการยุติการตั้งครรภ์
P5	57	ผู้ให้คำปรึกษา	กรุงเทพมหานคร	ให้คำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อ
P6	58	พยาบาล	เหนือ	ให้คำปรึกษาทางเลือก และให้บริการยุติการตั้งครรภ์
P7	36	ผู้ให้คำปรึกษา	กลาง	ให้คำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อ

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกทั้ง 7 คน แม้มีที่มาและพื้นที่ทำงานต่างกัน แต่ล้วนมีคุณลักษณะร่วม คือ ความเข้าอกเข้าใจ ความตั้งใจจริง และการยึดมั่นในสิทธิของผู้หญิง จุดเด่นของแต่ละคนสะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ไม่ได้มีหน้าที่แค่พูดคุยหรือให้ข้อมูล แต่คือฟันเฟืองสำคัญของระบบที่ทำให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย และตัดสินใจได้ด้วยตัวเองอย่างมีศักดิ์ศรี แม้ในสถานการณ์ที่ยังมีข้อจำกัดหลายด้าน เสียงของกลุ่มคนเหล่านี้จึงไม่เพียงบอกเล่าความเป็นจริง แต่ยังสะท้อนความหวังว่า หากระบบได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม คนทำงานเหล่านี้จะยังสามารถยืนหยัดอยู่ในระบบต่อไป และขับเคลื่อนงานที่มีคุณค่าต่อชีวิตของผู้หญิงได้อย่างยั่งยืน

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาสถานการณ์และความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

## 2.1 สถานการณ์การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

### 1) การรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ

คะแนนรวมการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 103.66 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.64 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 52 คะแนน สูงสุด 120 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าสองในสามมีการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการในระดับสูง (ร้อยละ 67.1) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 27.2) (ตาราง 4)

ตาราง 4 ระดับการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ (n=246)

ระดับการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ		จำนวน	ร้อยละ
สูง	(100-120 คะแนน)	165	67.1
ปานกลาง	(80-99 คะแนน)	67	27.2
ต่ำ	(20-79 คะแนน)	14	5.7
Mean±S.D = 103.66±14.64, Min-Max = 52-120			

### 2) คะแนนรวมการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ แบ่งรายด้าน ดังนี้

คะแนนรวมการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 21.83 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.98 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน สูงสุด 24 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าสามในสี่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคลในระดับสูง (ร้อยละ 79.3) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 17.5)

คะแนนรวมการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคล มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.92 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.34 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 7 คะแนน สูงสุด 24 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าสามในสี่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคลในระดับสูง (ร้อยละ 76.0) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.9)

คะแนนรวมการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.66 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.60 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 24 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเกือบสามในสี่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร ในระดับสูง (ร้อยละ 72.0) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.3)

คะแนนรวมการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.27 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.84 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 24 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าสองในสามเล็กน้อยมีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน ในระดับสูง (ร้อยละ 68.7) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.8)

คะแนนรวมการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 20.63 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.95 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 24 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าสามในสี่เล็กน้อยมีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย ในระดับสูง (ร้อยละ 76.0) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.6) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ระดับการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ รายด้าน (n=246)

ระดับการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ		จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับบุคคล</b>			
สูง	(20-24 คะแนน)	195	79.3
ปานกลาง	(15-19 คะแนน)	43	17.5
ต่ำ	(4-14 คะแนน)	8	3.3
Mean±S.D = 21.83±2.98, Min-Max = 8-24			
<b>ระดับระหว่างบุคคล</b>			
สูง	(20-24 คะแนน)	187	76.0
ปานกลาง	(15-19 คะแนน)	49	19.9
ต่ำ	(4-14 คะแนน)	10	4.1
Mean±S.D = 20.92±3.34, Min-Max = 7-24			
<b>ระดับองค์กร</b>			
สูง	(20-24 คะแนน)	177	72.0
ปานกลาง	(15-19 คะแนน)	50	20.3
ต่ำ	(4-14 คะแนน)	19	7.7
Mean±S.D = 20.66±3.60, Min-Max = 6-24			
<b>ระดับชุมชน</b>			
สูง	(20-24 คะแนน)	169	68.7
ปานกลาง	(15-19 คะแนน)	56	22.8
ต่ำ	(4-14 คะแนน)	21	8.5
Mean±S.D = 20.27±3.84, Min-Max = 6-24			
<b>ระดับนโยบาย</b>			
สูง	(20-24 คะแนน)	187	76.0
ปานกลาง	(15-19 คะแนน)	36	14.6
ต่ำ	(4-14 คะแนน)	23	9.3
Mean±S.D = 20.63±3.95, Min-Max = 5-24			

### 3) คะแนนการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ แบ่งรายข้อ ดังนี้

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคลในระดับเห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ “ความตั้งใจของฉันช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย” (ร้อยละ 56.6 และร้อยละ 32.9) รองลงมา คือ “ความมั่นใจของฉันส่งผลให้การให้คำปรึกษาทางเลือกมีประสิทธิภาพมากขึ้น” (ร้อยละ 48.7 และร้อยละ 35.4)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคลในระดับเห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ “ความร่วมมือระหว่างทีมส่งผลให้กระบวนการให้คำปรึกษาและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เป็นไปอย่างราบรื่น” (ร้อยละ 51.7 และร้อยละ 34.1) รองลงมา คือ “การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานช่วยให้ฉันสามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ต่อเนื่อง” (ร้อยละ 44.7 และร้อยละ 35.4)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กรในระดับเห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ “ช่องทางสื่อสารภายในของหน่วยงานช่วยให้การประสานงานในการส่งต่อเป็นไปอย่างรวดเร็ว” (ร้อยละ 49.6 และร้อยละ 31.3) รองลงมา คือ “การสนับสนุนจากผู้บริหารส่งผลให้ฉันสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและต่อเนื่อง” (ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 30.5)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชนในระดับเห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ “ความสะดวกในการประสานงานกับหน่วยบริการในพื้นที่ช่วยให้ฉันส่งต่อผู้รับบริการได้ทันท่วงที” (ร้อยละ 43.1 และร้อยละ 34.6) รองลงมา คือ “ความร่วมมือจากเครือข่ายภายนอกช่วยเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น” (ร้อยละ 39.1 และร้อยละ 37.0)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบายในระดับเห็นด้วยจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ “นโยบายของกรมอนามัยช่วยให้กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ” (ร้อยละ 47.2 และร้อยละ 34.1) รองลงมา คือ “ระบบการรับรองของกรมอนามัยช่วยให้ฉันมีความมั่นใจในการทำงานและมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง” (ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 31.7) (ตาราง 6)

ตาราง 6 ร้อยละของการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ รายชื่อ (n=246)

ลำดับ	ข้อความ	ร้อยละของการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุน					
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ระดับบุคคล</b>							
1	ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์ที่ฉันมีช่วยให้ฉันให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้อง	47.6	34.6	15.0	2.8		
2	ความเข้าใจกฎหมายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ช่วยให้ฉันแนะนำหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างเหมาะสม	46.8	32.9	16.3	2.8	0.8	0.4
3	ความมั่นใจของฉันส่งผลให้การให้คำปรึกษาทางเลือกมีประสิทธิภาพมากขึ้น	48.7	35.4	11.8	3.7		0.4
4	ความตั้งใจของฉันช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	56.6	32.9	8.1	2.0		0.4
<b>ระดับระหว่างบุคคล</b>							
5	การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานช่วยให้ฉันสามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ต่อเนื่อง	44.7	35.4	15.0	3.7	0.8	0.4
6	เพื่อนร่วมงานมีส่วนช่วยในการวางแผนและให้คำแนะนำในการให้คำปรึกษาทางเลือกที่นำไปใช้ได้จริง	44.3	35.8	14.6	4.1	0.8	0.4
7	ความร่วมมือระหว่างทีมส่งผลให้กระบวนการให้คำปรึกษาและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เป็นไปอย่างรวดเร็ว	51.7	34.1	9.3	3.7	0.4	0.8
8	บรรยากาศการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทีมช่วยเพิ่มความมั่นใจในการทำหน้าที่ของฉัน	49.3	33.7	12.6	2.8	1.2	0.4

ตาราง 6 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ร้อยละของการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุน					
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ระดับองค์กร</b>							
9	แนวปฏิบัติของหน่วยงานช่วยให้ฉันดำเนินงานด้านยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างมีทิศทาง	43.4	34.6	15.9	3.7	1.6	0.8
10	การมีบุคลากรเพียงพอในหน่วยงานช่วยให้ฉันสามารถให้คำปรึกษาทางเลือกได้อย่างทั่วถึงและประสิทธิภาพ	44.8	32.9	13.8	5.3	2.0	1.2
11	การสนับสนุนจากผู้บริหารส่งผลให้ฉันสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและต่อเนื่อง	50.0	30.5	12.6	5.3	0.8	0.8
12	ช่องทางสื่อสารภายในของหน่วยงานช่วยให้การประสานงานในการส่งต่อเป็นไปอย่างรวดเร็ว	49.6	31.3	13.0	5.3	0.8	
<b>ระดับชุมชน</b>							
13	ความร่วมมือจากเครือข่ายภายนอกช่วยเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น	39.1	37.0	15.4	6.9	1.2	0.4
14	ทัศนคติที่เปิดกว้างของชุมชนช่วยลดอุปสรรคในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม	43.9	31.7	15.9	6.1	1.6	0.8
15	ความสะดวกในการประสานงานกับหน่วยบริการในพื้นที่ช่วยให้ฉันส่งต่อผู้รับบริการได้ทันที่	43.1	34.6	14.6	5.7	1.6	0.4
16	บทบาทของหน่วยงานในพื้นที่ช่วยให้เกิดการสนับสนุนอย่างเป็นระบบต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม	42.0	33.7	15.0	6.1	2.4	0.8
<b>ระดับนโยบาย</b>							
17	ระบบการรับรองของกรมอนามัยช่วยให้ฉันมีความมั่นใจในการทำงานและมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง	48.8	31.7	10.6	7.7	0.8	0.4
18	การสื่อสารจากส่วนกลางช่วยให้ฉันได้รับข้อมูลล่าสุดที่จำเป็นต่อการให้คำปรึกษา	47.6	31.3	12.2	6.5	0.8	1.6
19	นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ฉันสามารถส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพ	45.1	34.6	13.4	3.7	1.2	2.0
20	นโยบายของกรมอนามัยช่วยให้กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ	47.2	34.1	11.8	4.9	0.8	1.2

## 2.2 ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

### 1) ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

คะแนนรวมความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 79.37 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.31 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน สูงสุด 90 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าสามในสี่เล็กน้อยมีการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ในระดับสำเร็จ (ร้อยละ 83.3) (ตาราง 7) ตาราง 7 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (n=246)

ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย		จำนวน	ร้อยละ
สำเร็จ	( $\geq 72$ คะแนน)	205	83.3
ไม่สำเร็จ	( $\leq 71$ คะแนน)	41	16.7
Mean $\pm$ S.D = 79.37 $\pm$ 11.31, Min-Max = 15-90			

### 2) คะแนนรวมความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แบ่งรายด้าน ดังนี้

คะแนนรวมความสำเร็จในด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.97 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.48 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 18 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกประมาณสี่ในห้ามีความสำเร็จในด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร ในระดับมาก (ร้อยละ 80.9) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.3)

คะแนนรวมความสำเร็จในด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.08 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.56 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 18 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าสี่ในห้ามาเล็กน้อยมีความสำเร็จในด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ในระดับมาก (ร้อยละ 84.1) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.2)

คะแนนรวมความสำเร็จในด้านการประสานงานและการส่งต่อ มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.06 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.95 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 18 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเกือบสองในสามมีความสำเร็จในด้านการประสานงานและการส่งต่อ ในระดับมาก (ร้อยละ 64.6) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.9)

คะแนนรวมความสำเร็จในด้านการดูแลต่อเนื่อง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.57 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.66 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 18 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเกือบสามในสี่มีความสำเร็จในด้านการดูแลต่อเนื่อง ในระดับมาก (ร้อยละ 74.8) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.5)

คะแนนรวมความสำเร็จในด้านการปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.70 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.24 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 18 คะแนน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเกือบทั้งหมดมีความสำเร็จในด้านการปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย ในระดับมาก (ร้อยละ 88.6) รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.0.) (ตาราง 8)

ตาราง 8 ระดับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รายด้าน (n=246)

ระดับความสำเร็จฯ รายด้าน		จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร</b>			
มาก	(15-18 คะแนน)	199	80.9
ปานกลาง	(11-14 คะแนน)	40	16.3
น้อย	(3-10 คะแนน)	7	2.8
Mean±S.D = 15.97±2.48, Min-Max = 3-18			
<b>ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์</b>			
มาก	(15-18 คะแนน)	207	84.1
ปานกลาง	(11-14 คะแนน)	30	12.2
น้อย	(3-10 คะแนน)	9	3.7
Mean±S.D = 16.08±2.56, Min-Max = 3-18			
<b>ด้านการประสานงานและส่งต่อ</b>			
มาก	(15-18 คะแนน)	159	64.6
ปานกลาง	(11-14 คะแนน)	71	28.9
น้อย	(3-10 คะแนน)	16	6.5
Mean±S.D = 15.06±2.95, Min-Max = 3-18			
<b>ด้านการดูแลต่อเนื่อง</b>			
มาก	(15-18 คะแนน)	184	74.8
ปานกลาง	(11-14 คะแนน)	48	19.5
น้อย	(3-10 คะแนน)	14	5.7
Mean±S.D = 15.57±2.66, Min-Max = 3-18			
<b>ด้านการปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย</b>			
มาก	(15-18 คะแนน)	218	88.6
ปานกลาง	(11-14 คะแนน)	22	9.0
น้อย	(3-10 คะแนน)	6	2.4
Mean±S.D = 16.70±2.24, Min-Max = 3-18			

3) คะแนนความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แบ่งรายข้อ ดังนี้

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีความสำเร็จในด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสารในระดับปฏิบัติเกือบทุกครั้งจนถึงทุกครั้งมากที่สุด คือ “ฉันตรวจสอบความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อข้อมูลที่ให้ก่อนที่เธอจะตัดสินใจ” (ร้อยละ 54.8 และร้อยละ 28.5) รองลงมา คือ “ฉันให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยอย่างครบถ้วนในทุกการให้คำปรึกษา” (ร้อยละ 52.9 และร้อยละ 31.7)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีความสำเร็จในด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระดับปฏิบัติเกือบทุกครั้งจนถึงทุกครั้ง มากที่สุด คือ “ฉันตั้งใจรับฟังโดยไม่แสดงท่าทีตัดสินเมื่อหญิงตั้งครรภ์เล่าถึง

ความรู้สึกและสถานการณ์ของตน” (ร้อยละ 66.3 และร้อยละ 23.2) รองลงมา คือ “ฉันใช้ชีวิตตั้งคำถามเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทบทวนและมั่นใจในทางเลือกของตนเอง” (ร้อยละ 54.9 และร้อยละ 30.9)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีความสำเร็จในด้านการประสานงานและการส่งต่อในระดับปฏิบัติเกือบทุกครั้งจนถึงทุกครั้ง มากที่สุด คือ “ฉันแจ้งช่องทาง การติดต่อกลับเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับคำปรึกษาเพิ่มเติมได้ภายหลัง” (ร้อยละ 55.3 และร้อยละ 31.1) รองลงมา คือ “ฉันประสานงานกับหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์เพื่ออำนวยความสะดวกให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการ” (ร้อยละ 55.7 และร้อยละ 26.8)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีความสำเร็จในด้านการดูแลต่อเนื่องในระดับปฏิบัติเกือบทุกครั้งจนถึงทุกครั้ง มากที่สุด คือ “ฉันให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์” (ร้อยละ 61.4 และร้อยละ 24.4) รองลงมา คือ “ฉันแนะนำหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการด้านสุขภาพหรือสังคมเพิ่มเติม” (ร้อยละ 52.0 และร้อยละ 31.3)

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่มีความสำเร็จในด้านการปฏิบัติตามจรรยาบรรณและกฎหมายในระดับปฏิบัติเกือบทุกครั้งจนถึงทุกครั้ง มากที่สุด คือ “ฉันรักษาความลับและข้อมูลส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์อย่างเคร่งครัด” (ร้อยละ 74.4 และร้อยละ 17.5) รองลงมา คือ “ฉันตรวจสอบให้มั่นใจว่าการให้คำปรึกษาเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายในแต่ละกรณี” (ร้อยละ 68.0 และร้อยละ 21.5) (ตาราง 9)

ตาราง 9 ร้อยละของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รายชื่อ (n=246)

ลำดับ	ข้อความ	ร้อยละของความสำเร็จ					
		ทุก ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	แทบ ไม่เคย	ไม่ เคย เลย
ด้านการให้ข้อมูลและการสื่อสาร							
1	ฉันให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยอย่างครบถ้วนในทุกการให้คำปรึกษา	52.9	31.7	12.2	2.0	0.8	0.4
2	ฉันอธิบายขั้นตอนของการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย อย่างชัดเจน	54.8	28.5	10.2	5.3	0.4	0.8
3	ฉันตรวจสอบความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อข้อมูลที่ให้ก่อนที่เธอจะตัดสินใจ	54.1	30.9	12.2	2.0		0.8
ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์							
4	ฉันตั้งใจรับฟังโดยไม่แสดงท่าทีตัดสินเมื่อหญิงตั้งครรภ์เล่าถึงความรู้สึกและสถานการณ์ของตน	66.3	23.2	8.1	1.2		1.2
5	ฉันใช้ชีวิตตั้งคำถามเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทบทวนและมั่นใจในทางเลือกของตนเอง	54.9	30.9	10.6	2.4	0.4	0.8
6	ฉันแสดงท่าทีสนับสนุนอย่างเหมาะสมเมื่อหญิงตั้งครรภ์รู้สึกกังวลหรือวิตกกังวล	50.0	33.3	10.2	3.7	1.2	1.6
ด้านการประสานงานและส่งต่อ							
7	ฉันประสานงานกับหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์เพื่ออำนวยความสะดวกให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการ	55.7	26.8	11.4	4.1	0.4	1.6

ตาราง 9 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	ร้อยละของความถี่					
		ทุก ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	แทบ ไม่เคย	ไม่ เคย เลย
8	ฉันแนบแบบฟอร์มส่งต่อ (นป.3) และเอกสารประกอบครบถ้วนทุกครั้งที่ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์	34.5	25.2	15.9	10.6	2.8	11.0
9	ฉันแจ้งช่องทางการติดต่อกลับเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับคำปรึกษาเพิ่มเติมได้ภายหลัง	55.3	31.3	6.9	4.9		1.6
ด้านการดูแลต่อเนื่อง							
10	ฉันติดตามผลการรับบริการของหญิงตั้งครรภ์หลังการส่งต่ออย่างสม่ำเสมอ	38.6	31.3	17.5	8.1	1.2	3.3
11	ฉันให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์	61.4	24.4	9.3	3.7	0.4	0.8
12	ฉันแนะนำหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการด้านสุขภาพหรือสังคมเพิ่มเติม	52.0	31.3	11.8	3.3	0.8	0.8
ด้านการปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย							
13	ฉันเคารพการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์โดยไม่ชี้แนะหรือโน้มน้าว	70.4	17.9	8.9	2.0		0.8
14	ฉันรักษาความลับและข้อมูลส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์อย่างเคร่งครัด	74.4	17.5	5.7	2.0		0.4
15	ฉันตรวจสอบให้มั่นใจว่าการให้คำปรึกษาเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายในแต่ละกรณี	68.0	21.5	7.7	2.0	0.4	0.4

### 2.3 ความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

ในการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกไม่ได้วัดความสำเร็จจากผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการเลือกว่าจะยุติหรือดำเนินการตั้งครรภ์ต่อ แต่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การที่ผู้รับบริการสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข มีพลังในการดำเนินชีวิต และสามารถวางแผนการมีบุตรในอนาคตได้อย่างมีความพร้อม นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาหลายคนยังสะท้อนว่า การนำผลลัพธ์หรือช่องว่างที่พบระหว่างกระบวนการทำงานมาสู่การพัฒนา ร่วมกับทีมภายในและภายนอกหน่วยบริการ ถือเป็นอีกมิติหนึ่งของความสำเร็จที่สำคัญ ความสำเร็จของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก จึงถูกนำเสนอแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ช่วยให้ผู้หญิงก้าวผ่านและเติบโตจากวิกฤต และ 2) มีทีมภายในและเครือข่ายภายนอกที่เข้มแข็ง

#### 2.3.1 ช่วยให้ผู้หญิงก้าวผ่านและเติบโตจากวิกฤต

ผลลัพธ์แรกที่สำคัญที่สุดของการให้บริการปรึกษาทางเลือก คือ การที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากของชีวิตไปได้ ด้วยการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

อย่างเข้าอกเข้าใจ ทั้งในแง่ของการได้รับข้อมูลครบถ้วน การไม่ถูกตัดสิน และการได้รับการดูแลทั้งทางกายและใจ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชีวิตของผู้รับบริการ

“หลังจากที่ได้รับการให้การปรึกษาแล้วเนี่ยเขามีเขาเรียกว่าอะไรนะเขามีพลังงานอะ เขามีพลังแล้วก็เขาเนี่ย สามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข ... เขาก็ไปดำรงชีวิตอย่างมีความสุขนะคะ แล้วก็เขาปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ” (P5)

ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลบางราย ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังหมายรวมถึงการที่ผู้หญิงสามารถกลับมาจัดระเบียบชีวิตของตนเองใหม่

“แล้วก็บางคนก็จะบอกว่าเหมือนเขาอะได้ได้ปรับเปลี่ยนชีวิตใหม่อะ เหมือนได้เปลี่ยนชีวิตใหม่ เพราะว่าบางทีมันอาจจะมีปัญหาในเรื่องของครอบครัว เรื่องของการเงิน ในเรื่องของการเลี้ยงดูอะไรประมาณอย่างเนี่ยคะ เขาก็บอกเหมือนเขาได้ปรับ ในเรื่องของชีวิตของตัวเองอะไรประมาณเนี่ยคะ” (P6)

นอกจากนี้ ความสำเร็จของการให้คำปรึกษาไม่ได้สิ้นสุดลงพร้อมการรับบริการในวันนั้น หากแต่สะท้อนผ่านชีวิตของผู้ใช้บริการที่ค่อย ๆ ดีขึ้น

“เราก็จะติดตามเขา แล้วเขาก็จะบอกเองว่า วันนี้เขาไปเรียนแล้วนะ เขาได้ทำเขาได้ทำงาน เขาสอบติดที่นู่นที่นี้หรือบางรายก็จะส่งมาทางเพจขอบคุณ ขอขอบคุณผู้ให้การปรึกษารวันนั้น ถ้าไม่มีพี่ช่วยเนี่ยหนูก็คงแย่อะไรเงี้ย” (P5)

ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลบางราย การให้คำปรึกษาไม่ใช่เพียงการแนะนำข้อมูล หากแต่คือการปกป้องไม่ให้ผู้หญิงต้องเผชิญความเสี่ยงซ้ำจากระบบที่ไม่ปลอดภัย

“เคสที่เราอยากดูแลที่สุดคือเคสที่ถูกหลอก ซึ่งเด็กต้องเสียเงินสองพัน สามพัน สี่พัน ซื้อมาปลอมแล้วมาเหน็บ ออกบ้างไม่ออกบ้าง ซึ่งเด็ก ๆ เหล่านี้ พอเวลาที่เค้าเข้ามามันเกิดทั้งความสะเทือนใจ พอเวลาเราทำงานด้วยมันก็เกิดความประทับใจในการที่แบบเออ ชั้นช่วยเธอแล้วนะ เธอมาจากความรู้ไม่เข้าใจ การ เธอมาจากการถูกกระทำซ้ำจากคนอื่น โดยที่มีเราเป็นตัวเชื่อม” (P3)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจึงไม่ได้วัดจากจำนวนเคสที่ให้บริการ แต่หมายถึงการเปลี่ยนผ่านที่ลึกซึ้ง ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นการสร้างพื้นที่ปลอดภัยและความไว้วางใจที่ต่อยอดไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน และตอกย้ำว่าการทำงานด้วยหัวใจและความเข้าใจนั้นมีพลังมากกว่าขั้นตอนหรือบทบาทเชิงเทคนิคเพียงอย่างเดียว เพราะนั่นคือสิ่งที่สร้างความเปลี่ยนแปลงในระยะยาวให้กับชีวิตของผู้รับบริการและระบบบริการโดยรวม

### 2.3.2 มีทีมภายในและเครือข่ายภายนอกที่เข้มแข็ง

ผู้ให้บริการหลายคนได้ให้นิยามของความสำเร็จในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก โดยมองว่าไม่ได้เกิดจากการทำงานของบุคคลเพียงคนเดียว หากแต่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสนับสนุนจากหลายหน่วยงานที่มีความเข้าใจและยึดถือเป้าหมายเดียวกัน การร่วมมือกันอย่างมีเอกภาพของบุคลากรในระบบบริการ ทั้งในและนอกหน่วยงาน ล้วนมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การสนับสนุนให้หญิงตั้งครรถ์ไม่พร้อมเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรถ์ที่ปลอดภัย การมีทีมภายในและเครือข่ายภายนอกที่เข้มแข็งแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

## 1) ทีมภายในที่พร้อมเติบโตไปด้วยกัน

หนึ่งในความสำเร็จที่ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกหลายคนกล่าวถึง คือ ความเข้าใจร่วมภายในทีม แม้ในช่วงแรกของการทำงานจะเต็มไปด้วยความคลงแคลงใจ หรือการตั้งคำถามต่อบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก แต่เมื่อเวลาผ่านไปคนในทีมเริ่มเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เปิดใจรับฟัง และมีเป้าหมายเดียวกัน จึงสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยไม่ยึดติดกับบทบาทเฉพาะของตน แต่เปิดพื้นที่ให้แต่ละคนเติมเต็มกันและกัน โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

“เพราะฉะนั้นพี่ว่าทีมอะ ในการทำงานตอนเนี้ยเหมือนเขานะเข้าใจในเรื่องของการทำงาน แล้วก็ทีมนะมีส่วนสำคัญว่า ถ้าเกิดว่าพี่ให้คำปรึกษาจริง แต่ว่าทีมในแต่ละจุดนะเขาไม่เห็นด้วยอย่างเงี้ย เขาไม่ทำ มันก็จะไม่เกิดอิตรงเนี้ยขึ้นนะคะ ในเรื่องของระบบงานตรงนี้ขึ้น มันคือทีมนะสำคัญ” (P6)

“อย่างพยาบาลเนี้ยก็จะรู้เรื่องโรคเนาะว่า จะทำอะไรแล้วจะส่งผลยังไงกับตัวคนไข้บ้างเงี้ย พอคนไข้มาขอรับคำปรึกษาแล้วต้องท้อต่อก็คงส่งนักสังคมสงเคราะห์เพื่อทำกระบวนการติดตามหลังจากที่กลับไปฝากห้อง เตรียมตัวคลอด หรือว่าหลังคลอด แต่ว่าในส่วนนี้นักจิตก็จะดูแลเรื่องความเครียดวิตกกังวล ในการที่จะเข้าสู่กระบวนการยุติ ระหว่างยุติ หรือว่าหลังยุติแล้วมันเกิดอะไรขึ้นกับปัญหาภายในใจของเขอย่างเงี้ย เราจะเห็นว่าความเชื่อมโยงของสหวิชาชีพเนี้ย มันต้องทำงานเชื่อมกัน มันถึงจะทำให้เคส ๆ หนึ่งเนี้ยไปรอด เพราะฉะนั้นทุกวิชาชีพมันมีความสำคัญนะ” (P3)

ขณะเดียวกัน ความร่วมมือภายในทีมก็ไม่ได้หมายความว่าทุกคนต้องคิดเหมือนกันทั้งหมด หากแต่หมายถึงการสามารถหาจุดร่วมเพื่อให้การดูแลผู้รับบริการดำเนินไปได้อย่างเหมาะสม

“อย่างทีมพี่พยาบาลที่พี่ก็เคยเล่าให้ฟังว่า ยังมีทัศนคติอาจจะไม่ตรงกัน แต่ก็ไม่ได้ anti (ต่อต้าน) เลยทีเดียว แต่ว่าก็ยังมีความที่คุยกับเราอยู่ว่าพี่ขอแบบนี้ได้ไหมอะโรยอย่างนี้ คืออย่างน้อยมาคุยกันว่าพี่ขอแบบนี้ ... พี่ก็จะรับฟังแล้วก็เอามาปรับวิธีการให้เขาว่า โอเคจั้นเดียวเรื่องเซ็นยินยอมนี้จะไปทำเสร็จก่อนที่จะไปถึงตึกของพี่แอดมิคให้เสร็จจะโรยอย่างนี้” (P2)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ความเข้าใจและร่วมมือภายในทีมไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ หากแต่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยมีบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นตัวเชื่อมโยง ทั้งในเชิงประสานการสื่อสารและการสร้างความไว้วางใจ ทำให้ทีมสามารถมองเห็นเป้าหมายเดียวกัน นั่นคือ การสนับสนุนผู้หญิงที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและเคารพศักดิ์ศรี เมื่อทีมสามารถยอมรับและสนับสนุนบทบาทซึ่งกันและกันได้อย่างไม่แบ่งแยก ความสำเร็จจึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่การให้บริการเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง แต่เกิดขึ้นทั้งระบบผ่านความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ

## 2) เครือข่ายภายนอกที่ผสมผสานกันอย่างไร้รอยต่อ

พลังสำคัญที่ทำให้งานสนับสนุนหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์เป็นไปอย่างราบรื่น ครอบคลุมและไม่สะดุด คือพลังของเครือข่ายภายนอก ผู้ให้ข้อมูลต่างสะท้อนอย่างชัดเจนว่า เครือข่ายทั้งในระดับชุมชน เครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ หรือเครือข่ายระหว่างบุคคลที่เกิดจากความไว้วางใจที่เป็นเพื่อนร่วมอุดมการณ์ ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น แต่ยังทำให้ทีมสามารถส่งต่อ ดูแล และติดตามเคสข้ามพื้นที่ได้อย่างยืดหยุ่น เกิดเป็นการดูแลแบบไร้รอยต่ออย่างแท้จริง

“มันจะมีเรื่องของเครือข่ายที่เข้ามาสนับสนุนหรือมาช่วยเหลือนะครับ ในระบบบริการเหล่านี้ครับ ซึ่งที่ผมเคยทำงานมาสำคัญที่สุดเลยนะครับ เริ่มต้นตั้งแต่ชุมชนนะครับ มีการช่วยเหลือในเรื่องของเงินที่จะเดินทางเป็นค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายของของคนไข้เนะ ผู้รับบริการเนะ ถัดมานะครับว่าจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนะครับ ที่เขาได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมป้องกันและมีการให้คำปรึกษา นะครับ ดูแลช่วยเหลือประสานงานต่าง ๆ นะครับ แล้วก็ส่งต่อมาบริการที่หน่วยบริการของเราเนะครับ นอกจากนี้ยังมีทีมต่อไปอีกนะครับก็จะมีศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งครับ” (P1)

“ถ้าเราไม่มีเครือข่ายเนะมันจะทำให้เราทำงานยาก เครือข่ายก็ต้องเป็นเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันกับเราได้ เครือข่ายที่รู้กระบวนการทำงาน เก็บรักษาความลับของคนไข้ได้ empowerment (เสริมพลัง) คนไข้ได้ หรือว่าการที่คุยกับคนไข้เพื่อที่จะให้เครือข่ายของเราได้ดูแลต่อก็มีความสำคัญ อีกอันหนึ่งเครือข่ายก็มีความสำคัญที่จะทำให้เราเนะทำงานแล้วประสบความสำเร็จ” (P3)

นอกจากนี้ ความเข้มแข็งของเครือข่ายยังเกิดจากความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพที่ก่อตัวขึ้นจากความไว้วางใจและการทำงานร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง

“ก็มันมีเหมือนกับเขาเรียกว่า กัลยาณมิตรอยู่อะ คนที่เขาเรียกวงใน อย่างเช่นวงในของเราเป็นโรงพยาบาล (หัวเราะ) โรงพยาบาลอะไรที่เรารู้จักอะ ก็จะไม่ยาก กริ่งเดียวพูดคำเดียว มันเป็นเครือข่ายอะ ถ้ามันเป็นเครือข่ายอย่างเช่นเราจะส่งไปที่ภาคใต้เลย หรือเราจะไปเส้นทางทางอีสานเนี่ยเราก็จะมีติดต่อกันนี่ อะไรเงี้ย มันก็จะไปเป็นสายแหวงของมันนะ” (P5)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า พลังของเครือข่ายคือหัวใจสำคัญที่ทำให้งานสนับสนุนหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ เครือข่ายเหล่านี้ไม่เพียงทำงานในเชิงระบบ แต่ยังขับเคลื่อนด้วยความเชื่อใจ ความเข้าใจ และเป้าหมายร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นนี้ช่วยให้กระบวนการดูแลผู้รับบริการเป็นไปอย่างราบรื่น สอดประสานตั้งแต่ชุมชนถึงโรงพยาบาล และย้อนกลับสู่ชุมชนได้โดยไม่สะดุด เป็นพลังร่วมที่เติบโตไปพร้อมกับภารกิจของการให้บริการที่เคารพศักดิ์ศรีของผู้หญิงทุกคน

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

3.1 การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

### 3.1.1 การทดสอบไคสแควร์

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-33 ปี มีสัดส่วนความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มากกว่ากลุ่มอายุ 34-46 ปี และ 47 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 84.9 ร้อยละ 81.8 และ ร้อยละ 81.3 ตามลำดับ) แต่เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ กลับพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ที่ปฏิบัติงานในองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคประชาสังคม มีสัดส่วนความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มากกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน (ร้อยละ 89.1 และร้อยละ 82.0) แต่เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ กลับพบว่า ประเภทสถานที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ที่ปฏิบัติงานในภาคเหนือมีสัดส่วนความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มากกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานในภาคใต้ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ และกลุ่มภาคกลาง กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก (ร้อยละ 88.0 ร้อยละ 87.2 ร้อยละ 85.7 และร้อยละ 79.0 ตามลำดับ) แต่เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ กลับพบว่า ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ที่ปฏิบัติงาน 1-2 ปี มีสัดส่วนความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มากกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปี และต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 92.3 ร้อยละ 84.2 และร้อยละ 75.4 ตามลำดับ) แต่เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ กลับพบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการที่มีบริการให้คำปรึกษาทางเลือก บริการยุติการตั้งครรภ์ และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น มีสัดส่วนความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มากกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติงานในสถานบริการที่มีบริการให้คำปรึกษาทางเลือกและการส่งต่อ และสถานบริการที่ไม่มีบริการและให้บริการเฉพาะคำปรึกษาทางเลือก (ร้อยละ 90.8 ร้อยละ 87.1 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ที่เคยมีประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น มีสัดส่วนความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น (ร้อยละ 88.9 และร้อยละ 64.9) เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ( $p\text{-value} < 0.001$ ) (ตาราง 10)

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (n=246)

ปัจจัยด้านประชากร	ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย		$\chi^2$ (df)	p-value
	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ		
	n (%)	n (%)		
อายุ (ปี)			1.733(2)	0.420
20-33 ปี	55(84.9)	7(11.3)		
34-46 ปี	63(81.8)	14(18.2)		
47 ปีขึ้นไป	87(81.3)	20(18.7)		

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัจจัยด้านประชากร	ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิง ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการ ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย		$\chi^2$ (df)	p-value
	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ		
	n (%)	n (%)		
ประเภทสถานที่ปฏิบัติงาน			1.369(1)	0.242
สถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน	164(82.0)	36(18.0)		
องค์กรภาครัฐและองค์กรภาคประชาสังคม	41(89.1)	5(10.9)		
ภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน			2.510(3)	0.473
ภาคเหนือ	22(88.0)	3(12.0)		
ภาคใต้	34(87.2)	5(12.8)		
ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก และกรุงเทพมหานคร	83(79.0)	22(21.0)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	66(85.7)	11(14.3)		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน			5.107(2)	0.078
ต่ำกว่า 1 ปี	46(75.4)	15(24.6)		
1-2 ปี	36(92.3)	3(7.7)		
2 ปีขึ้นไป	123(84.2)	23(15.8)		
ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม			18.159(2)	<0.001**
ไม่มีบริการและให้บริการเฉพาะคำปรึกษา ทางเลือก	31(63.3)	18(36.7)		
ให้คำปรึกษาทางเลือกและการส่งต่อ	115(87.1)	17(12.9)		
ให้คำปรึกษาทางเลือก บริการยุติการ ตั้งครรภ์ และการส่งต่อ	59(90.8)	6(9.2)		
ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไปยังสถานบริการอื่น			18.126(1)	<0.001**
เคย	168(88.9)	21(11.1)		
ไม่เคย	37(64.9)	20(35.1)		

\*\*Significant at p-value < 0.001

## 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการกับความสำเร็จ ในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดระดับของตัวแปรการรับรู้สิ่งสนับสนุนไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบางระดับของตัวแปรมีจำนวนข้อมูลค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อความเสถียรของการประมาณค่าในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผู้วิจัยจึงปรับการจัดกลุ่มตัวแปรจาก 3 ระดับ เป็น 2 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลางและต่ำ โดยพิจารณาพร้อมกับความหมายของข้อมูลเดิมและความเหมาะสมในการแปลผล (Agresti, 2007; Mansournia et al., 2018)



ตาราง 11 (ต่อ)

การรับรู้สิ่งสนับสนุนที่มีผลต่อการให้บริการ	ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการ ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย		$\chi^2$ (df)	p-value
	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ		
	n (%)	n (%)		
การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคล			36.928(1)	<0.001**
ระดับสูง	171(91.4)	16(8.6)		
ระดับปานกลางและต่ำ	34(57.6)	25(42.4)		
การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร			30.492(1)	<0.001**
ระดับสูง	162(91.5)	15(8.5)		
ระดับปานกลางและต่ำ	43(62.3)	26(37.7)		
การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน			31.309(1)	<0.001**
ระดับสูง	156(92.3)	13(7.7)		
ระดับปานกลางและต่ำ	49(63.6)	28(36.4)		
การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย			47.309(1)	<0.001**
ระดับสูง	173(92.5)	14(7.5)		
ระดับปานกลางและต่ำ	32(54.2)	27(45.8)		

\*\*Significant at p-value < 0.001

### 3.1.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก

ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยวด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ได้แก่ ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล และการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นทั้ง 3 ตัวแปร มาวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple logistic regression analysis) พบตัวแปรที่สามารถร่วมคาดทำนายโอกาสของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรให้คงที่แล้ว เรียงตามความหนักแน่นของความสัมพันธ์ มีดังนี้

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบายในระดับสูง จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็น 9.3 เท่า (Adjusted OR = 9.238, 95% CI = 3.606-23.669) เมื่อเทียบกับผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบายในระดับปานกลางและต่ำ

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคลในระดับสูง จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็น 8.5 เท่า (Adjusted OR = 8.471, 95% CI = 3.523-20.365) เมื่อเทียบกับผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคลในระดับปานกลางและต่ำ

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่เคยมีประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็น 4.5 เท่า (Adjusted OR = 4.511, 95% CI = 1.707-11.922) เมื่อเทียบกับผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น

โดยปัจจัยการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล และประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดการณ์โอกาสของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ได้ถูกต้องร้อยละ 90.2 (ตาราง 12)

ตาราง 12 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดการณ์โอกาสในความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (n=246)

ตัวแปรคาดการณ์	B	S.E.	Adjusted OR	95%CI	p-value
การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย					
ระดับสูง	2.223	0.480	9.238	3.606-23.669	<0.001**
ระดับปานกลางและต่ำ			1		
การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล					
ระดับสูง	2.137	0.448	8.471	3.523-20.365	<0.001**
ระดับปานกลางและต่ำ			1		
ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น					
เคย	1.506	0.496	4.511	1.707-11.922	0.002*
ไม่เคย			1		
Constant	-2.125	0.539	1		<0.001**

\*Significant at p-value < 0.05 \*\*Significant at p-value < 0.001

Hosmer and Lemeshow Chi-square =3.654, df = 4, p-value =0.455

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (Stepwise Multiple Logistic Regression) พบว่ามี 3 ปัจจัยที่สามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์โอกาสความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถเขียนเป็นสมการ ได้ดังนี้

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

โดยที่

p = โอกาสของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

X<sub>1</sub> = การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย (Policy)

X<sub>2</sub> = การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล (Personal)

X<sub>3</sub> = ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม (Experience)

เมื่อนำค่าสัมประสิทธิ์จากการวิเคราะห์มาแทนค่า จะได้สมการดังนี้

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = -2.125 + 2.223(\text{Policy}) + 2.137(\text{Personal}) + 1.506(\text{Experience})$$

โมเดลที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผลการทดสอบ Hosmer and Lemeshow พบว่า Chi-square = 3.654, df = 4, p-value = 0.455 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลในระดับที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ โมเดลมีค่า Nagelkerke R<sup>2</sup> เท่ากับ 0.490 และมีความถูกต้องในการจำแนกผลลัพธ์โดยรวมร้อยละ 90.2

เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลของตัวทำนาย พบว่า การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย (X<sub>1</sub>) เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อโอกาสความสำเร็จสูงสุด โดยผู้ให้คำปรึกษาที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีโอกาสประสบความสำเร็จเป็น 9.238 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ระดับปานกลางและต่ำ (Adjusted OR = 9.238, 95% CI = 3.606–23.669)

รองลงมา คือ การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล (X<sub>2</sub>) โดยผู้ที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีโอกาสประสบความสำเร็จเป็น 8.471 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ระดับปานกลางและต่ำ (Adjusted OR = 8.471, 95% CI = 3.523–20.365)

ส่วนประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม (X<sub>3</sub>) พบว่า ผู้ที่เคยมีประสบการณ์มีโอกาสประสบความสำเร็จเป็น 4.511 เท่า ของผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Adjusted OR = 4.511, 95% CI = 1.707–11.922)

### 3.2 สิ่งสนับสนุนในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

แม้การให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะเป็นภารกิจที่ท้าทาย แต่ผู้ให้คำปรึกษาหลายคนยังคงสามารถยืนหยัดในบทบาทของตนได้ ด้วยแรงสนับสนุนจากปัจจัยแวดล้อมหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือของทีมที่ขับเคลื่อนด้วยเป้าหมายเดียวกัน การมีเครือข่ายส่งต่อที่ไว้วางใจได้ ระบบอบรมและถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่น ตลอดจนแรงสนับสนุนเชิงจิตใจในหมู่เพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น แต่ยังหล่อเลี้ยงแรงใจและความหมายในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง สิ่งสนับสนุนในการให้บริการของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก จึงถูกนำเสนอแบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) กฎหมายที่เอื้อต่อการทำงาน 2) บริการทางเลือกที่หลากหลาย 3) พัฒนางานอย่างไม่หยุดนิ่ง และ 4) ทำงานร่วมกันแม้มีจุดยืนที่แตกต่าง

#### 3.2.1 กฎหมายที่เอื้อต่อการทำงาน

การมีพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มั่นใจ และโปร่งใสมากขึ้น ไม่เพียงแต่ช่วยให้ประสานงานกับหน่วยบริการได้อย่างเปิดเผย แต่ยังทำให้การให้คำปรึกษามีทิศทางที่ชัดเจน มีมาตรฐาน และเสริมสร้างความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างแท้จริง

“เราขับเคลื่อนตั้งแต่ต้องแอบทำเนาะ แอบพาน้องไปยุติการตั้งครรภ์ส่งน้องไปคลินิกเอกชนที่เขาทำโดยที่ไม่ถูกกฎหมายซะทีเดียว กับปัจจุบันที่มันเปลี่ยนผ่านไปว่าเออ มันสามารถส่งต่อได้อย่างมีคุณภาพ มันก็ทำให้ถึงพัฒนาการของการดูแลเคสเนาะ มันมีความปลอดภัยขึ้น มันทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กที่อยู่กับเรามันดีขึ้น แล้วมันก็ทำให้คนทำงานอย่างเรามีมาตรฐาน มีความสะดวก แล้วก็อำนวยความสะดวกให้กับคนทำงาน ทำงานได้อย่างสบายใจว่าเราไม่ได้ทำงานภายใต้สีขาวสีดำ แต่ว่าตอนนี้มันทำงานภายใต้ พรบ. ที่มันคุ้มครองทั้งเรา คุ้มครองทั้งน้อง ๆ ที่ท้องไม่พร้อม” (P3)

“ก็มองว่าการมีกฎหมายทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ทุกคนใช้แล้วก็ผู้ปฏิบัติงาน อะคะ มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ๆ” (P2)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนว่า เมื่อการให้บริการอยู่ภายใต้กรอบกฎหมายอย่างชัดเจน ผู้รับบริการก็สามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่ต้องรู้สึกว่าคุณเองกำลังทำสิ่งที่ผิดหรือถูกผลักให้อยู่นอกระบบ

“ถ้าหากว่าโรงพยาบาลทุกที่ให้คำปรึกษาและส่งต่อได้อย่างเจ็ย ความรู้สึกของประชาชนนะ ที่มีต่อการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ ก็จะมีรู้สึกว่ามันแบบมัน Valid (ถูกต้อง) อะ มันถูกต้อง มันแน่นอน เนี่ยโรงพยาบาลส่งฉันมาแบบไม่ได้หลบ ๆ ซ่อน ๆ นะมันมีคักคี่ศรี เออ มันถูกกฎหมายนะ” (P7)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า การมีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจนเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ ที่ช่วยยกระดับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ให้มีความชอบธรรม โปร่งใส และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสามารถทำงานได้อย่างมั่นใจ ไม่ต้องหลบเลี่ยงระบบ และมีพื้นที่ในการประสานงานร่วมกับ หน่วยบริการต่าง ๆ อย่างเป็นทางการ ขณะเดียวกัน ผู้รับบริการเองก็รู้สึกว่าได้รับการดูแลในฐานะเจ้าของสิทธิ ไม่ใช่ผู้กระทำผิดอีกต่อไป กฎหมายจึงไม่ได้เป็นเพียงกรอบบังคับใช้ หากแต่ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่าง ความกลัวและความมั่นใจ ระหว่างการแอบซ่อนและการเข้าถึงสิทธิอย่างเท่าเทียม

### 3.2.2 บริการทางเลือกที่หลากหลาย

ในบริบทที่ผู้รับบริการแต่ละรายมีข้อจำกัดและความต้องการที่แตกต่างกัน ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกหลายคนจึงเลือกปรับรูปแบบบริการ ทั้งการสื่อสาร การส่งต่อ และการใช้ช่องทางออนไลน์ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความเปราะบาง สอดคล้องกับความต้องการ และเงื่อนไขชีวิตของตนเอง ทั้งในด้านความสะดวก ความเป็นส่วนตัว และการลดภาระค่าใช้จ่าย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการที่ปลอดภัยและเหมาะสม กับความต้องการของแต่ละคน

“การให้คำปรึกษาออนไลน์ข้อดีเลยก็คือว่า มันง่าย มันง่ายสำหรับผู้ที่มาปรึกษาว่า เขาแอดไลน์ แล้วก็ห้กมาได้เลย ง่ายที่เขาจะเข้าถึงเราโดยที่เขาไม่ต้องใช้เวลาในการโทรฯ ด้วยซ้ำ เขาว่างตอนกินข้าวแล้ว เขาก็คุยไปกินข้าวไปอะไรได้ อันนี้เป็นความความสะดวกนะ” (P7)

“ก็จะมีระบบส่งต่อ ถ้าเกิดสมมุติในเขตพื้นที่ที่อะเนาะ มันก็คือประสานใน LINE กับการโทรศัพท์คะ เพราะฉะนั้นก็จะมีการส่ง LINE กันมา ส่งโทรศัพท์กันมาว่า อะ เดี่ยวจะมีเคลสในเรื่องของการให้คำปรึกษายุติการตั้งครรภ์” (P6)

“แต่ในปัจจุบันพอโควิดนะคะ มันทำให้เรามองว่าการใช้ส่งยาผ่านทางไปรษณีย์มันสามารถเกิดขึ้นได้แล้ว เราก็เลยมองเรื่อง 1663 กับการส่งยาทางไปรษณีย์ ก็ได้ลดค่าใช้จ่ายของคนใช้” (P2)

“ถ้าเอาตรง ๆ ก็คือ Telemed (การแพทย์ทางไกล) มันสะดวกมาก มันง่ายมาก ที่คิดว่าก็เข้าถึงนะ เพราะว่าที่ไหนก็จัดการได้ แต่ว่าเราต้องเตรียมผู้รับบริการดี ๆ เราก็ต้องทำงานกับหน่วยที่ทำการ Telemed (การแพทย์ทางไกล) ในเรื่องของให้ความสำคัญตอนที่อายุครรภ์ต่ำ ๆ ตาม Flow (ขั้นตอน) นั้นเลย” (P5)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญในการออกแบบ และปรับบริการให้สอดคล้องกับข้อจำกัดและความเป็นจริงของผู้รับบริการแต่ละราย โดยพิจารณาทั้งบริบททางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และความรู้สึกปลอดภัยเป็นหลัก การให้บริการในช่องทางที่หลากหลาย เช่น Telemedicine ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ ระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือการส่งยาทางไปรษณีย์

จึงไม่ใช่แค่ทางเลือกที่ประหยัดและรวดเร็ว แต่เป็นกลไกในการเปิดพื้นที่ให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงสิทธิอย่างเท่าเทียมและรู้สึกมั่นใจมากขึ้น ทั้งนี้ ความยืดหยุ่นในกระบวนการบริการยังสะท้อนถึงการขยับบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาจากเพียงผู้ให้ข้อมูล ไปสู่ผู้ประคับประคองการตัดสินใจ เพื่อให้การยุติการตั้งครรภ์เกิดขึ้นในบริบทที่ปลอดภัยและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้หญิงแต่ละคน

### 3.2.3 พัฒนางานอย่างไม่หยุดนิ่ง

ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกหลายคนไม่ได้หยุดอยู่เพียงการทำหน้าที่ตามกระบวนการที่มีอยู่เท่านั้น แต่ยังมีมุ่งมั่นพัฒนาและออกแบบกลไกบริการใหม่ ๆ ให้ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมยิ่งขึ้น กลไกเหล่านี้สะท้อนถึงความใส่ใจทั้งในระดับระบบบริการ มนุษยธรรม และศักดิ์ศรีของผู้หญิงที่เผชิญกับปัญหาท้องไม่พร้อม

“คือตอนนี้ พี่ก็คือให้คนไข้เนี่ยทำให้เสร็จภายในวันเดียวเลย อย่างเช่นมาวันนี้คุณวันนี้ใช้ไหม ใช้ยาตัวแรกไปวันนี้ พี่จะคุมกำเนิดให้ด้วยเลย กลัวว่าเดี่ยวเขากลับไปแล้วเดี่ยวเขาก็คุมไม่ถูก เดี่ยวก็จะพลาดอีก ก็คุมกำเนิดให้เลย โดยการฝังยากับฉีดยา” (P4)

“แล้วก็ในเรื่องของพี่ที่จะพัฒนาค่ะ ก็จะพัฒนาในเรื่องของการจัดการซากทารก เพราะของพี่มันก็มีในเรื่องของอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ก็จะมีในเรื่องของซากทารก ซึ่งตอนเนี่ยของพี่เนี่ยจะให้ไปฉาปนกิจที่วัด ของพี่ไม่ได้ทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ เพราะฉะนั้นมันก็จะ เป็น คือของเรามาแบบศาสนาพุทธเนาะ เพราะบางคนก็จะรู้สึกว่ามีสบายใจกับในสิ่งที่มันเป็นอย่างเงี้ยค่ะ ของพี่ก็เลยไปติดต่อประสานงานกับที่วัดค่ะ กับหลวงพ่อดีอย่างเงี้ยค่ะ เหมือนให้ไปประกอบฉาปนกิจ” (P6)

“ก็มีการในเรื่องของเข้าไปให้ความรู้ ในเรื่องของการให้บริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยนะครับ ซึ่งเราอาจจะไปให้ ไม่ว่าจะเป็น MCH board (คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก) ของโรงพยาบาลนะครับในที่ประชุมว่ามีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ยังไง มีการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์นะครับ ผ่านไปยังโรงเรียนต่าง ๆ ที่เราทำโครงการยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้เขาก็จะรู้ว่า อ้อเมื่อเขาเกิดปัญหาขึ้น เขาสามารถเข้าสู่ระบบอย่างเงี้ยครับ ได้อย่างไรบ้าง หรือเขาจะขอคำปรึกษาขอคำปรึกษาได้จากไหนอย่างเงี้ยครับ” (P1)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมีบทบาทสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้รับบริการ โดยไม่ยึดติดกับแนวปฏิบัติเดิม แต่ปรับกลไกการทำงานให้ยืดหยุ่น ครอบคลุม และเอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี ทั้งในแง่ของเวลา ความสะดวกใจ และการดูแลด้านจิตใจ โดยมีประสบการณ์ของผู้รับบริการเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

### 3.2.4 ทำงานร่วมกันแม้มีจุดยืนที่แตกต่าง

แม้ระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยจะมีแนวทางชัดเจนในระดับนโยบายและวิชาชีพ แต่ในระดับปฏิบัติการ ยังมีความท้าทายจากความหลากหลายของความเชื่อและจุดยืนของบุคลากรในทีมที่มีพื้นฐานประสบการณ์และมุมมองต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน การทำงานให้เดินหน้าได้อย่างราบรื่นจึงไม่ได้พึ่งเพียงแนวทางทางวิชาการหรือกฎหมายเท่านั้น หากแต่ยังต้องอาศัยทักษะในการฟัง ยืดหยุ่น และประนีประนอมเพื่อให้เกิดพื้นที่ปลอดภัยทั้งสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการร่วมทีม

“อย่างน้อยเนี่ยเราก็มองว่า ความปรารถนาและสิ่งที่เราทำเนี่ย เราก็อำนาจให้ยังรักษาชีวิตหนึ่งให้เขาต้องเดินต่อไปได้ มันก็เป็นเรื่องที่เราต้องปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เพื่อให้เราทำงานต่อไปได้ บางสิ่งก็มองไม่เห็นนะว่าเราก็อำนาจไปไปบลบลูในทัศนคติของแต่ละคนที่เราารู้สึกอะคะ เราก็เลยต้องจนให้สามารถไปด้วยกันได้” (P2)

ในบางกรณี การทำงานร่วมกันท่ามกลางความเห็นที่แตกต่างยังอาศัยการปรับรายละเอียดของกระบวนการให้เหมาะสม

“พี่ก็คือบอก หมอคะขั้นตอนการอมยาให้คนไข้ดำเนินการเองก็ได้ แค่แนะนำคนไข้เฉย ๆ ว่าต้องทำยังไง พี่พยาบาลก็ไม่ต้องเป็นคนจับยาใส่ปากนะคะ ให้คนไข้จับยาเอง อารมณ์ประมาณนี้ เพื่อให้ทุกคนรู้สึกว่าเขาไม่ได้อยู่ในกระบวนการนี้นะอย่างเงี้ยคะ” (P2)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังเลือกขยายทีมทำงานโดยมองหาผู้ร่วมงานจากวิชาชีพอื่นหรือบุคลากรที่มีความเข้าใจและพร้อมสนับสนุนงานในทิศทางเดียวกัน

“ที่ผ่านมาเราก็พยายามมองหานะครับคนกลุ่มอื่น ๆ เนาะนะครับ หมายถึงว่าวิชาชีพอื่น ๆ หรือผู้ที่มีความสนใจหรือมีทัศนคติในะครับหรือความเห็นไปในทางเดียวกันนะครับ ก็เริ่มดึงเข้ามาเพื่อมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน แล้วก็มาช่วยเหลือประเด็นงานตรงนี้ให้เพิ่มมากขึ้นครับ” (P1)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกตระหนักถึงความเปราะบางในมิติทางจิตใจและความเชื่อของทั้งผู้รับบริการและทีมผู้ให้บริการ จึงเลือกจัดกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและความรู้สึกของแต่ละคน โดยไม่ละเลยหลักการของบริการที่ปลอดภัยและเคารพสิทธิการปรับรูปแบบการทำงาน เช่น การจัดพิธีทำบุญหรือให้ผู้รับบริการดำเนินขั้นตอนบางอย่างด้วยตนเอง จึงเป็นวิธีที่ช่วยเปิดพื้นที่ให้ทีมผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันได้ แม้จะมีจุดยืนที่ต่างกัน ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างระบบบริการที่ยั่งยืนและครอบคลุมความหลากหลายของมนุษย์อย่างแท้จริง

### 3.3 อุปสรรคในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

แม้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยจะได้รับการรับรองทางกฎหมายและนโยบาย แต่ทัศนคติของผู้ให้บริการบางส่วนที่ยังไม่เปิดรับหรือไม่เห็นด้วยกับบริการนี้ ยังคงเป็นอุปสรรคหลักที่นำไปสู่การไม่ให้บริการ การส่งต่อที่ล่าช้า การปฏิเสธ หรือการวางระบบที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึง ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากทัศนคติซึ่งฝังลึกในระดับบุคคลและโครงสร้างองค์กร อุปสรรคในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการ จึงถูกนำเสนอแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) อคติที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการ 2) ระบบงานที่ผูกติดกับตัวบุคคล และ 3) นโยบายกับการปฏิบัติที่สวนทางกัน

#### 3.3.1 อคติที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการ

แม้กฎหมาย ระเบียบ และศักยภาพของหน่วยงานจะเอื้อให้สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ได้ แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนตรงกันว่า ทัศนคติและความเชื่อส่วนบุคคลของบุคลากรบางรายยังมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจให้หรือไม่ให้บริการ จนกลายเป็นด่านแรกของการปฏิเสธในระบบบริการ

“จำนวนที่ให้บริการไม่พอ แล้วก็จำนวนที่ให้บริการอายุครรภ์สูงมีน้อย แล้วก็แม้กระทั่งกรณีที่เรา ม. 305 ชัดเจนอะคะ เช่น มันเป็น Rape (การข่มขืน) เนาะ แล้วก็เป็นผู้พิการด้วยเนี่ย ก็ยังไม่มีการให้บริการ แม้ว่าในกฎหมายจะไม่ได้ระบุอายุครรภ์แล้วก็ตามนะ ในกรณีนี้ก็ยังไม่ทำ อันนี้มันเป็นผลมาจากทัศนคติ จากอคติโดยตรง หมออะไม่ทำเนื่องจากไม่ยากทำแท้ง” (P7)

“ทัศนะไม่ว่าจะเรื่องของการยุติการตั้งครรภ์ ทัศนะเรื่องการคุมกำเนิดของหน่วยบริการนะคะ อันนี้เป็นด่านแรกเลย เพราะว่าเรามีทัศนะบีบเนี่ย จากที่ศักยภาพของตัวเองทำได้ ก็ไม่ทำ หรือไม่สนนะ พรบ. กฎหมายว่ายังไงไม่สน อย่างเช่นเขาเขียนว่า ถ้าการตั้งครรภ์มีผลต่อสุขภาพแม่ ถ้าไม่ยุติก็แม่ก็จะพิการหรือเสียชีวิตได้อะไรเงี้ย ก็ไม่สน ไม่ทำ เพราะว่าโรงพยาบาลเราไม่ทำ” (P5)

“แล้วเหมือนกับว่าที่เจอปัญหาคือ หมอกับหมอ หมอสูติที่โรงพยาบาลเราก็มี อีกโรงพยาบาล ก็มี แต่หมอสูติเขาไม่ทำ เขาส่งต่อมาให้เรา พอส่งต่อมาให้เรา ที่เราก็ก่อนทำ เราก็ก่อน อ้าว เขาก็ทำเองได้ เราก็ก่อนกลับไป ... มันมีอยู่เคสหนึ่งที่เรารู้สึกแย่มากเพราะว่าส่งไปส่งมาจนอายุครรภ์เกินแล้วทำไม่ได้ แล้วน้องก็ต้องตั้งครรภ์ต่ออย่างเงี้ย” (P3)

“สุดท้ายมันก็จะจะเป็นความคิดความเชื่อมันก็จะจะเป็นภาวะที่ Work load (ภาระงาน) ให้กับเรานะครับ ซึ่งพอคนเป็นงานที่คิดว่าต้องใช้ใจทำอะไร ... แล้วก็จะส่งผลกระทบต่อคนที่เหลืออยู่ต้องทำงานอยู่คนที่ทำ ภาระงานก็จะตกมาอยู่กับคนที่ทำอะไรอย่างเงี้ยครับ” (P1)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ทัศนคติส่วนบุคคลของผู้ให้บริการยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่แฝงอยู่ในระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ แม้กฎหมายจะเปิดช่องให้ดำเนินการได้ แต่การไม่ยอมรับของบุคลากรบางรายกลับทำให้ผู้รับบริการถูกปฏิเสธอย่างไม่เป็นธรรม ทั้งยังส่งผลให้เกิดภาระงานที่ไม่สมดุลแก่บุคลากรที่มีเจตนาดีและยอมทำงานนี้เพียงไม่กี่คน สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความเปราะบางของระบบที่ยังขาดกลไกในการจัดการความหลากหลายของทัศนคติอย่างมีประสิทธิภาพ และยังไม่มีการเชิงโครงสร้างที่ควบคุมการใช้ดุลพินิจส่วนบุคคลไม่ให้ขัดแย้งกับหลักสิทธิมนุษยชนและเป้าหมายของนโยบายสาธารณะที่ให้ความปลอดภัยของผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง

### 3.3.2 ระบบงานที่ผูกติดกับตัวบุคคล

แม้ระบบบริการยุติการตั้งครรภ์จะเริ่มมีการวางโครงสร้างที่ชัดเจนมากขึ้น แต่การดำเนินงานยังต้องพึ่งพาบุคลากรเฉพาะราย การเปลี่ยนตัวเจ้าหน้าที่จึงไม่เพียงหมายถึงการเปลี่ยนหน้าที่ แต่ยังอาจทำให้กระบวนการหยุดชะงักหรือสูญเสียกลไกสนับสนุนที่เคยมีอยู่เดิม บทสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลหลายคนจึงไม่ใช่แค่การเล่าถึงปัญหาเชิงบุคลากร แต่ยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางระบบที่รองรับการเปลี่ยนผ่าน และรักษาความมั่นคงของบริการอย่างแท้จริง

“มันเป็นเหมือนกับว่ามันยังทุกวันนี้มันยึดที่ตัวบุคคลนี่ออกใหม่คะ ถ้าสมมติว่าโรงพยาบาลนี้แพทย์คนนี้ทำ อย่างแพทย์คนนี้ทำให้คนนี้ทำ พอแพทย์คนนี้ไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ อะเงี๊ยง มันก็เปลี่ยน จากอายุครรภ์เยอะ อะขอเท่านี้ เพราะแพทย์คนนี้เขาสะดวกเท่านี้ หรือว่าโรงพยาบาลหลาย ๆ โรงพยาบาล ถ้าหมอย้ายโรงพยาบาลย้ายไปอยู่ที่อื่น หรือว่าหมอเกษียณ พยาบาลเกษียณ ก็ยุติระบบของการยุติการตั้งครรภ์ ไม่ทำ” (P5)

“ความเข้าถึงของคนไข้ มันจะตามคนทำงานไปด้วย พอเปลี่ยนคนใหม่มากก็ต้องมาสร้างคนใหม่ พอเปลี่ยนหมอใหม่แล้วหมอเก่าทำดี หมอใหม่มาเราก็ก่อนทำงานใหม่ ... เพราะฉะนั้นการสร้างคนมาเรื่อย ๆ อันนี้โอเค มันทำให้กระบวนการทำงานมันง่ายขึ้น” (P3)

“เด็กรุ่นใหม่เขาก็ไม่อยากจะทำงานพวกนี้คือ งานมันเยอะอยู่แล้ว งานยังเยอะเนี่ย มันเยอะอยู่แล้ว คืองานเนี่ยมันเป็นงานที่โรงพยาบาลไหนไม่ทำก็ได้เขาก็ทำแค่งานของเขาไป” (P4)

“ทีมทำงานเปลี่ยนบ่อยมันก็คือปัญหาหนึ่งเลยนะคะ คือ คนนี้ผิดชอบเรื่องนี้ คนนี้เปลี่ยนแล้วคะ คนนี้ไม่ได้รับผิดชอบเรื่องนี้แล้วคะ แล้วฉันจะตามยังไง” (P2)

“ผู้ปฏิบัติงานอาจจะมีการเปลี่ยนบ่อยอะไรอย่างงี้ครับ มีการเปลี่ยนงานเปลี่ยนหน่วยงานบ่อยอะไรอย่างเงี้ยครับ ซึ่งการที่เข้ามาเป็นผู้ให้คำปรึกษาอะ จริง ๆ แล้วอาจจะต้องมีประสบการณ์ ทักษะเนาะ และมีความรู้อย่างเงี้ยครับ ก็อาจจะต้องเข้าสู่ระบบเริ่มต้นใหม่ ... ก็น่าจะเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ทำให้การรับบริการเนี่ยได้ยากขึ้นอย่างเงี้ยครับ หรือมีอุปสรรคมากขึ้น” (P1)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในปัจจุบันยังคงขาดความยั่งยืน เนื่องจากการดำเนินงานยังผูกติดกับบุคลากรเฉพาะรายมากกว่าการวางระบบที่รองรับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเป็นโครงสร้าง ความต่อเนื่องของบริการจึงขึ้นอยู่กับความเต็มใจ ความเชี่ยวชาญ และความเชื่อส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่แต่ละคน เมื่อบุคลากรย้ายงาน เกษียณ หรือหมดแรงศรัทธา ระบบที่เคยมีอยู่ก็อาจหยุดชะงักหรือต้องเริ่มต้นใหม่ซ้ำ ๆ ส่งผลให้ผู้รับบริการต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน และกลายเป็นผู้แบกรับความเสี่ยงจากความไม่เสถียรของระบบแทน ทั้งที่บริการเหล่านี้ควรเป็นภารกิจปกติของระบบสุขภาพซึ่งมีมาตรฐานและความมั่นคงรองรับอย่างชัดเจน

### 3.3.3 นโยบายกับการปฏิบัติที่สวนทางกัน

แม้ว่าการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยจะได้รับการรับรองในระดับนโยบายและกฎหมายแล้ว แต่ระบบบริการในความเป็นจริงยังมีข้อจำกัดหลายด้านที่ทำให้ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างราบรื่นและต่อเนื่อง เสี่ยงสะท้อนของผู้ให้คำปรึกษาหลายคนชี้ให้เห็นว่า ความไม่พร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน ความหลากหลายของขั้นตอนในแต่ละแห่ง และภาระงานที่เกินขีดความสามารถของบุคลากร ล้วนเป็นอุปสรรคที่ซ่อนอยู่ในระบบบริการ สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการยังไม่ได้ถูกออกแบบให้ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง และอาจผลักผู้หญิงบางคนให้กลับไปเลือกทางออกที่ไม่ปลอดภัยอีกครั้ง

“แล้วทรัพยากรของรัฐก็ไม่ได้ตอบโจทย์ให้เขาด้วย อันนี้เรารู้สึก fail (ล้มเหลว) ว่าเราอยากให้ได้บริการที่เขาสบายใจที่สุด ปลอดภัยกับใจเขาปลอดภัยกับร่างกายเขา ปลอดภัยทุก ๆ choices (ทางเลือก) แหะ เรื่องร่างกายนะ แต่มันปลอดภัยทางใจเขาอะ เราทำให้ไม่ได้ อะเรื่องนี่แหละ ทรัพยากรทั้งเขาและทั้งรัฐที่มีให้เขาไม่พอ” (P7)

“คนไข้อะ กว่าเขาจะตัดสินใจมาขอรับบริการ มันเป็นเรื่องที่ใหญ่โตมากเนาะ บางทีมันไม่ได้รับบริการจากโรงพยาบาลแรกอะ บางทีคนไข้ก็ถอดใจเนาะว่า เออคงไม่มีใครช่วยเราได้หรอก กระบวนการซื้อขายเดือนหรือว่าการไปรับบริการเดือนมันก็เลยตามมา เพราะว่าบริการเนี่ย มันเข้าไม่ถึงจริง ๆ ของกลุ่มเนี่ย ถ้าไปปั๊บแล้วได้เข้าสู่ระบบ พี่ว่า อันเนี่ยมันจะช่วยทำให้การได้ยาปลอมหรือการถูกหลอกพวกนี้มันจะน้อยลง” (P3)

“ถ้าสมมติว่าเขาไม่มีทัศนคติที่ดีเลย เขาก็จะไม่ทำ แล้วก็ส่งผลกระทบให้กับคนที่เหลืออยู่ ต้องทำงานอยู่คนที่ทำ ภาระงานก็จะตกมาอยู่กับคนที่ทำอะอะไรอย่างเงี้ยครับ ... ก็ถือว่าเอาก็แทนที่จะได้มีการแบ่งงานเนาะ หรือการกระจายงานนะครับ หรือผู้รับบริการเจอผู้รับให้บริการที่หลากหลายอย่างเงี้ยครับ ก็เหลือแค่เพียงคนหรือ 2 คนที่ทำหน้าที่ตรงนี้” (P1)

“สิ่งที่มันยังเป็นอุปสรรคเลยคะที่ถ้ามันมีแล้วผู้รับบริการน่าจะสะดวกขึ้นมาก ก็คือ การทำนัดของโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งมันไม่ได้เป็นแบบเดียวกันทั่วประเทศอะคะ บางทีต้องนัดกับหมอโดยตรง หรือว่า

บางที่นัดตามระบบไม่ได้ บางที่ต้อง walk in (มาโดยไม่ได้นัดหมาย) เข้ามาเท่านั้นเลยเงี้ยคะ ขั้นตอนการรับบริการของหลาย ๆ ที่มันยังไม่เหมือนกัน ... ทำให้เราไม่สามารถบอกผู้รับบริการแบบเดียวกันได้ทั้งหมด” (P7)

จากคำกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยยังเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ขั้นตอนการรับบริการที่ไม่เป็นระบบ ภาระงานที่เกินศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนการขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการอย่างไร้รอยต่อ ข้อจำกัดเหล่านี้ไม่เพียงทำให้ผู้ให้บริการทำงานได้อย่างยากลำบาก แต่ยังส่งผลให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยและเหมาะสมได้อย่างราบรื่น ความแปรปรวนในการตัดสินใจจึงถูกซ้ำเติมด้วยความไม่แน่นอนของระบบ ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีที่ไม่ปลอดภัยแทน อันสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการออกแบบระบบบริการที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในทุกมิติ ทั้งในแง่ของข้อมูล ความชัดเจน ความต่อเนื่อง และความไว้วางใจ

ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงทิศทางเดียวกัน หรือสนับสนุนข้อสรุปเดียวกันมาวิเคราะห์ร่วมกัน ซึ่งการบูรณาการข้อมูลในลักษณะนี้ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสมบูรณ์ของผลการวิจัย โดยข้อมูลเชิงปริมาณแสดงความสัมพันธ์หรือแนวโน้มในเชิงสถิติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพให้รายละเอียดเชิงลึกเกี่ยวกับลักษณะ รูปแบบ และบริบทของปรากฏการณ์ โดยประเด็นที่พบ มีดังนี้

ตาราง 13 การวิเคราะห์แบบผสมผสานข้อมูล (Joint Display) ในประเด็นที่ข้อมูลทั้งสองชุดสอดคล้องกัน

ประเด็น	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	การตีความร่วม
การรับรู้ต่อการ สนับสนุน ระดับ บุคคล	การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการประสบความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (p-value < 0.001); ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคลในระดับสูงจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มอื่น ถึง 8.5 เท่า (Adjusted OR = 8.471, 95% CI = 3.523-20.365)	ข้อมูลจากผู้ให้คำปรึกษา แสดงให้เห็นความเข้าใจ กฎหมาย ความมั่นใจในการให้ข้อมูล ความตั้งใจ อยู่เคียงข้าง และทักษะการวิเคราะห์ที่ช่วยให้กระบวนการสนับสนุนเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย	ข้อมูลทั้งสองชุดสนับสนุนข้อสรุปเดียวกันว่า การมีทุนภายในของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เช่น ความรู้ ทักษะ และแรงใจ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ช่วยให้สามารถสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
การรับรู้ต่อการ สนับสนุน ระดับ ระหว่าง บุคคล	การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (p < 0.001) โดยกลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูงมีส่วน	ทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกสนับสนุนที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา มีช่องทางแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	การมีทีมที่ร่วมมือ เข้าใจ และสนับสนุนกันในระดับระหว่างบุคคล มีส่วนช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาทำงานได้มั่นใจและต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสำเร็จของการ

ตาราง 13 (ต่อ)

ประเด็น	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	การตีความร่วม
การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับองค์กร	ความสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่มีระดับปานกลางและต่ำ การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับองค์กรมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มที่รับรู้ระดับสูงประสบความสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ระดับปานกลางและต่ำ	และสามารถดูแลผู้รับบริการได้ต่อเนื่อง องค์กรที่มีผู้นำไม่ปฏิเสธการดำเนินงาน และมีเจ้าหน้าที่ที่ยอมรับบริการมีส่วนสำคัญต่อความราบรื่นของการให้บริการ ขณะเดียวกัน ความเปราะบางของระบบยังคงอยู่หากไม่มีโครงสร้างที่ยั่งยืน	สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม การสนับสนุนจากองค์กร โดยเฉพาะผู้นำที่เปิดกว้าง และทีมงานที่เข้าใจร่วมกัน เป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม
การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับชุมชน	การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ( $p < 0.001$ ) โดยผู้ให้คำปรึกษาที่มีการรับรู้ระดับสูงมีโอกาสสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลางและต่ำ	ผู้ให้คำปรึกษาหลายคนกล่าวถึงบทบาทของ รพ.สต., ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง, โรงเรียน และชุมชนว่ามีส่วนสำคัญทั้งในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ประสานงาน ส่งต่อ อำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง และดูแลต่อเนื่อง	การสนับสนุนจากชุมชน ช่วยให้ผู้ใช้บริการไม่หลุดจากระบบ โดยชุมชนทำหน้าที่ทั้งส่งต่อมายังหน่วยบริการ และรับกลับไปดูแลต่อหลังได้รับบริการ การบูรณาการนี้จึงช่วยให้การดูแลต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับนโยบาย	การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับนโยบายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ( $p < 0.001$ ); ผู้ให้คำปรึกษาที่มีการรับรู้ระดับนโยบายในระดับสูงมีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่ากลุ่มอื่นถึง 9.3 เท่า (Adjusted OR = 9.238, 95% CI = 3.606–23.669)	การมีนโยบายและระบบสนับสนุนจากส่วนกลาง เช่น กฎหมาย พ.ร.บ. ระบบสื่อสารจากกรมอนามัย และการขึ้นทะเบียนผู้ให้คำปรึกษา ช่วยให้เกิดความชัดเจนในบทบาท เพิ่มความมั่นใจในการให้บริการ และการส่งต่ออย่างเป็นทางการ	การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบายมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก โดยระบบนโยบายที่ชัดเจนและการสื่อสารจากส่วนกลาง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้การดำเนินการในพื้นที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีมาตรฐาน

สำหรับประเด็นที่ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแสดงผลไม่สอดคล้องกัน หมายถึงข้อค้นพบที่ข้อมูลเชิงปริมาณให้ผลในทิศทางหนึ่ง เช่น ไม่พบความสัมพันธ์หรือมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำ ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนถึงความสำคัญหรือบทบาทของประเด็นเดียวกันอย่างเด่นชัด หรือในทางกลับกัน

ความขัดแย้งดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทที่แตกต่างกัน เงื่อนไขเชิงพื้นที่ หรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถสะท้อนผ่านตัวเลขเพียงอย่างเดียว การวิเคราะห์ประเด็นที่ไม่สอดคล้องกันนี้ จึงไม่ใช่ข้อบกพร่องของการวิจัย แต่เป็นโอกาสในการเปิดพื้นที่ให้เสียงที่แตกต่าง ได้รับการพิจารณาในบริบทที่ลึกซึ้งมากขึ้น และช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อปรากฏการณ์อย่างรอบด้านยิ่งขึ้น โดยประเด็นที่พบ มีดังนี้

ตาราง 14 การวิเคราะห์แบบผสานข้อมูล (Joint Display) ในประเด็นที่ข้อมูลทั้งสองชุดไม่สอดคล้องกัน

ประเด็น	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	การตีความร่วม
การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับองค์กร	การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับองค์กรมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ( $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มที่รับรู้ระดับสูงประสบความสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ระดับปานกลางและต่ำ	บริการยังขึ้นอยู่กับบุคลากร เฉพาะราย ความเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งหรือทัศนคติส่งผลต่อการดำเนินงาน ภาระงานไม่ถูกกระจาย ความไม่ต่อเนื่องของการสื่อสาร การเปลี่ยนคนอาจทำให้ระบบหยุดได้	เกิดความขัดแย้งระหว่างการรับรู้ในระดับปัจเจกกับความจริงในระดับระบบ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนในองค์กรยังขาดความยั่งยืนและขึ้นกับตัวบุคคล มากกว่ามีกลไกระบบที่มั่นคง
การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับชุมชน	การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ( $p < 0.001$ ) โดยผู้ให้คำปรึกษาที่มีการรับรู้ระดับสูงมีโอกาสสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลางและต่ำ	การประสานงานที่ราบรื่น อาจไม่ได้เกิดจากระบบในพื้นที่ แต่ขึ้นกับเครือข่ายส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ส่วนตัว และการรู้จักกันในแวดวง ข้อมูลบริการไม่มีระบบกลางที่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้การส่งต่อพึ่งพาทุนส่วนตัว ไม่ใช่ระบบพื้นที่	แม้การรับรู้ของผู้ให้คำปรึกษาจะเชื่อว่าชุมชนมีเครือข่ายเข้มแข็ง แต่ความเข้มแข็งนี้เปราะบางและขึ้นกับทุนสังคมเฉพาะตัว ไม่ใช่กลไกระบบ ส่งผลให้การส่งต่อขาดความยั่งยืน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร
การรับรู้ต่อนโยบายสนับสนุนระดับนโยบาย	การรับรู้ต่อการสนับสนุนระดับนโยบายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ( $p < 0.001$ ) ผู้ให้คำปรึกษาที่มีการรับรู้ระดับนโยบายในระดับสูงมีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่ากลุ่มอื่นถึง 9.3 เท่า (Adjusted OR = 9.238, 95% CI = 3.606–23.669)	ข้อมูลสะท้อนอุปสรรคจากทัศนคติของผู้ให้บริการบางรายที่ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ แม้เคสเข้าเงื่อนไขตามกฎหมายชัดเจน ส่งผลให้ผู้ให้คำปรึกษาต้องหาทางประสานงานเอง	แม้ผู้ให้คำปรึกษาจะปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย แต่ความสำเร็จเชิงระบบยังถูกจำกัดด้วยทัศนคติส่วนบุคคลของผู้ให้บริการในพื้นที่ สะท้อนว่าระบบยังขาดกลไกบังคับใช้นโยบายอย่างเป็นรูปธรรม

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานพร้อมกัน (Convergent Parallel Mixed Methods Design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความสำเร็จในการให้บริการ ตลอดจนปัจจัย อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในช่วงเวลาเดียวกัน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568

ในส่วนของ การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์จากผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัย จำนวน 246 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (Stepwise Multiple Logistic Regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการให้บริการ

ในส่วนของ การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก จำนวน 7 คน และจัดกระทำข้อมูลรวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Miles et al. (2014) จากนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์จากข้อมูลทั้งสองส่วนมาตีความร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ครอบคลุมทั้งในมิติเชิงสถิติและมิติเชิงประสบการณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ตอนปลาย อายุ 47–59 ปี ร้อยละ 35.4 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 34–46 ปี ร้อยละ 31.3 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน ร้อยละ 81.3 และปฏิบัติงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 31.3 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 19.5 มากกว่าครึ่งได้รับการรับรองเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกมาแล้วตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.3 และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีทั้งบริการให้คำปรึกษาทางเลือกและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น ร้อยละ 53.7 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น ร้อยละ 76.8

2. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก จำนวน 7 คน มีอายุระหว่าง 36–59 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 3 คน รองลงมา ได้แก่ พยาบาล และผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ข้อมูลมาจากพื้นที่ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย โดยส่วนใหญ่สังกัดหน่วยงานที่ให้บริการคำปรึกษาทางเลือกและส่งต่อ ขณะที่ยังอีก 2 คน สังกัดหน่วยงานที่มีบริการครอบคลุมทั้งการให้คำปรึกษาทางเลือก การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการส่งต่อ

3. ผลการศึกษาสถานการณ์และความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

3.1 ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกร้อยละ 83.3 มีการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระดับสำเร็จ โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเกือบทั้งหมดมีความสำเร็จในด้านการปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมายในระดับมาก ร้อยละ 88.6

3.2 ความสำเร็จในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก จากมุมมองของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก สะท้อนความสำเร็จใน 2 มิติ คือ 1) ช่วยให้ผู้หญิงก้าวผ่านและเติบโตจากวิกฤต และ 2) มีทีมภายในและเครือข่ายภายนอกที่เข้มแข็ง

4. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

4.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เรียงตามลำดับดังนี้ 1) ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม (p-value <0.001) 2) ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น (p-value <0.001) 3) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล (p-value <0.001) 4) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคล (p-value <0.001) 5) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กร (p-value <0.001) 6) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชน (p-value <0.001) และ 7) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย (p-value <0.001)

4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดการณ์โอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เรียงตามลำดับดังนี้ 1) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบาย (p-value <0.001) 2) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคล (p-value <0.001) และ 3) ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น (p-value 0.002) โดยปัจจัยทั้ง 3 มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดการณ์โอกาสของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ได้ถูกต้องร้อยละ 90.2

4.3 อุปสรรคในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการ จากมุมมองของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก สะท้อนอุปสรรคใน 3 มิติ คือ 1) ทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการ 2) ระบบงานที่ผูกติดกับตัวบุคคล และ 3) นโยบายกับการปฏิบัติที่สวนทางกัน

4.4 สิ่งสนับสนุนในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการ จากมุมมองของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก สะท้อนสิ่งสนับสนุนใน 4 มิติ คือ 1) กฎหมายที่เอื้อต่อการทำงาน 2) บริการทางเลือกที่หลากหลาย และ 3) พัฒนางานอย่างไม่หยุดนิ่ง และ 4) ทำงานร่วมกันแม้มีจุดยืนที่แตกต่าง

## อภิปรายผล

การนำเสนอการอภิปรายผล ผู้วิจัยนำเสนอไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

1.1 สถานการณ์การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสามารถสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการได้อย่างประสบความสำเร็จในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 83.3 สถานการณ์นี้สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการให้คำปรึกษาทางเลือกที่เพิ่มจาก 38,079 ราย ในปี 2566 เป็น 45,582 รายในปี 2567 โดยในจำนวนนี้ มีหญิงที่ได้รับการสนับสนุนให้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมากถึง 43,063 ราย และข้อมูลสถิติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีจำนวนผู้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ในระบบเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงเวลาเดียวกัน (สำนักอนามัย

การเจริญพันธุ์, 2568) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ (2568) กรณีศึกษาจังหวัด นครศรีธรรมราช ภายหลังจากปรับปรุงระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ ทางการแพทย์ แสดงให้เห็นอัตราการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้น จากเพียงร้อยละ 18.82 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 100 ในปี 2568 สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการ พัฒนากลไกและการดำเนินงานที่เป็นระบบ ขณะที่จังหวัดหนองคาย (สายใจ สุวรรณศรี, 2567) และจังหวัด จันทบุรี (พัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์, 2567ก) ก็มีการพัฒนารูปแบบบริการและระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่อง แม้จะ ยังไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบเชิงสถิติชัดเจน แต่ภาพรวมเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่มี ส่วนช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ทั้ง 5 ด้านของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการ ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เมื่อพิจารณาตามระดับความสำเร็จ พบว่า

1) การปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมายเป็นด้านที่มีความสำเร็จสูงสุดถึงร้อยละ 88.6 โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและข้อมูลส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์ อย่างเคร่งครัด แนวปฏิบัติเช่นนี้ไม่ได้เป็นเพียงข้อบังคับทางวิชาชีพ แต่ช่วยสร้างบรรยากาศของความเชื่อมั่น และความไว้วางใจให้แก่ผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการกล้าขอความช่วยเหลือและเปิดเผยข้อมูลที่จำเป็น โดยไม่ต้องกังวลถึงการถูกตีตราหรือถูกเปิดเผยตัวตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Oberman and Lehmann (2023) และ Kirkpatrick et al. (2024) ที่พบว่า ความลับของผู้รับบริการเป็นหลักสำคัญในการให้คำปรึกษา ทางเลือกและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้บริการต้องรักษาความลับทั้งข้อมูลส่วนตัวและ ข้อมูลทางดิจิทัลของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด การรักษาความลับจึงเป็นองค์ประกอบหลักของการสร้าง สัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัย ที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว (กรมอนามัย, 2566)

2) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ มีความสำเร็จในระดับสูงถึงร้อยละ 84.1 โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกต้องยึดหลักการรับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่แสดงท่าทีตัดสิน ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึก ปลอดภัยและกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกและสถานการณ์ของตนเอง อธิบายได้ว่า การสนับสนุนด้านจิตใจและ อารมณ์เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยประคับประคองหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมซึ่งอยู่ในภาวะสับสนและเผชิญวิกฤตของ ชีวิต ให้สามารถทบทวนความคิดและมองเห็นคุณค่าของตนเองได้ การรับฟังอย่างตั้งใจเพียงอย่างเดียว อาจเปรียบเสมือนพื้นที่ปลอดภัยที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ยินเสียงสะท้อนจากภายใน และค่อย ๆ มองเห็น แนวทางจัดการชีวิตของตนได้ชัดเจนขึ้น แนวทางนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hollenberger and Pooler (2023) ที่พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาควรรักษาความเป็นกลางทั้งทางอารมณ์และทัศนคติ โดยไม่ชี้นำหรือบีบบังคับ ให้ผู้รับบริการเลือกทางใดทางหนึ่ง ขณะเดียวกัน การสนับสนุนด้วยความเข้าใจและไม่ตัดสินจะช่วยให้หญิง ตั้งครรภ์ไม่พร้อมรู้สึกได้รับการยอมรับและเข้าใจในสถานการณ์ของตนมากขึ้น (Nobel et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกควรมีทักษะการสื่อสารเชิงอารมณ์ และเข้าใจในความเปราะบางตามช่วงวัย ด้วย (Kirkpatrick et al., 2024) เพื่อรองรับความแตกต่างหลากหลายของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถเผชิญความกังวลและแรงกดดันรอบด้านได้อย่างรอบคอบ

3) การให้ข้อมูลและการสื่อสาร มีความสำเร็จในระดับสูงถึงร้อยละ 80.9 โดยผู้ให้คำปรึกษา ทางเลือกให้ความสำคัญกับการตรวจสอบความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อข้อมูลที่ได้รับ เพื่อให้มั่นใจว่า ทุกการตัดสินใจเกิดขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลที่ครบถ้วนและเชื่อถือได้ อธิบายได้ว่า การสื่อสารของ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจในทางเลือกและขั้นตอนต่าง ๆ ของบริการ การให้ คำอธิบายที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งด้านการแพทย์และข้อมูลสนับสนุนอื่น ๆ ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักในสิทธิ

และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือกมากขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาจึงเปรียบเสมือนแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นกลางที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ Oberman and Lehmann (2023) ที่พบว่าแม้ว่าในปัจจุบันจะมีข้อมูลเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงในช่องทางต่าง ๆ ได้มากขึ้น แต่ข้อมูลเหล่านั้นอาจไม่ถูกต้องหรือนำเชื่อถือทั้งหมด การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน และไม่มีอคติ รวมถึงมีการอธิบายทางเลือกที่หลากหลาย ทั้งการเลี้ยงดูบุตร การยุติการตั้งครรภ์ และการรับบุตรบุญธรรม (Hollenberger & Pooler, 2023; Nobel et al., 2022) ล้วนมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

4) การดูแลต่อเนื่อง มีความสำเร็จในระดับสูงถึงร้อยละ 74.8 โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งช่วยลดโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ อธิบายได้ว่า บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้สิ้นสุดเพียงการยุติหรือการส่งต่อผู้รับบริการ แต่ยังคงให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านจิตใจ สังคม และการใช้ชีวิตหลังจากนั้น เช่น การช่วยวางแผนการเรียน การทำงาน หรือการคุมกำเนิดที่เหมาะสม รวมถึงการดูแลในกรณีตั้งครรภ์ต่อจนถึงการเลี้ยงดูบุตรหรือยกมอบบุตรให้สถานสงเคราะห์ พร้อมทั้งประสานสวัสดิการสังคมตามสภาพปัญหาของแต่ละราย สอดคล้องกับผลการศึกษาของสายใจ สุวรรณศรี (2567) ที่สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการติดตามหลังการยุติการตั้งครรภ์ในช่วง 1-2 สัปดาห์ ครอบคลุมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียง การฟื้นฟูสุขภาพจิตใจ และการให้คำปรึกษาด้านการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (พัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์, 2567ก; อมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ, 2568) สร้างระบบการดูแลต่อเนื่องหลังการยุติการตั้งครรภ์นี้ มีส่วนสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนในอนาคต

5) การประสานงานและการส่งต่อ แม้จะมีความสำเร็จที่ร้อยละ 64.6 ซึ่งต่ำกว่าด้านอื่น ๆ แต่ก็สะท้อนถึงข้อท้าทายเชิงระบบที่ยังคงมีอยู่ ทั้งความซับซ้อนของกระบวนการส่งต่อและความพร้อมของการให้บริการในแต่ละสถานพยาบาล อธิบายได้ว่า การส่งต่อเป็นภารกิจสำคัญของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก โดยเฉพาะในหน่วยบริการที่ไม่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ การส่งต่อที่มีระบบ รวดเร็ว และทันเวลา จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการดูแลตามระยะเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ยังพบคือการขาดแนวทางการส่งต่อที่เป็นระบบและกลไกการประสานงานที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการต้นทางและปลายทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinthuchai et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ให้บริการบางส่วนยังขาดความรู้และแนวทางที่ชัดเจนในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังไม่มีหน่วยบริการที่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้รับบริการบางรายไม่ได้รับการส่งต่อไปยังบริการที่เหมาะสม ซึ่งปัญหาการส่งต่อมักเกิดจากการขาดกลไกการประสานงานเชิงระบบ และความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างหน่วยบริการต้นทางและปลายทาง ส่งผลให้บางกรณีเกิดความล่าช้า หรือมีการปฏิเสธการรับส่งต่อ (อมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ, 2568) ซึ่งในปัจจุบันการประสานกับหน่วยงานภาคประชาสังคม เช่น สายด่วน 1663 และเครือข่ายอาสา RSA มีส่วนช่วยให้การเข้าถึงบริการสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้โรงพยาบาลในทุกระดับมีศักยภาพด้านบริการและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการอบรมพัฒนาทักษะและความรู้ด้านการส่งต่อให้แก่บุคลากร จึงมีส่วนช่วยเพิ่มความตั้งใจและความสามารถในการส่งต่อผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (O'Donnell et al., 2018)

1.2 ความหมายของความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ความสำเร็จของการเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก แบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ช่วยให้ผู้หญิงก้าวผ่านและเติบโตจากวิกฤต และ 2) มีทีมภายในและเครือข่ายภายนอกที่เข้มแข็ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 ผลลัพธ์สำคัญที่ปรากฏชัดจากการให้บริการของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก คือ การที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากในชีวิตไปได้ ด้วยการได้รับการสนับสนุนอย่างเข้าอกเข้าใจ ทั้งในรูปแบบของการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน การไม่ตัดสิน และการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางกายและจิตใจ ประสบการณ์ของผู้รับบริการสะท้อนว่า หลังผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา ผู้หญิงหลายคนมีพลังใจเพิ่มขึ้น กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมั่นคง รู้สึกปลอดภัย และมั่นใจในตัวเองมากขึ้น บางรายแม้ปัญหาจะยังไม่สิ้นสุด แต่สามารถมองเห็นแนวทางไปต่อในชีวิตของตนได้ สำหรับบางคน การได้รับคำปรึกษาเปรียบเสมือนการได้เริ่มต้นชีวิตใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการปรับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การจัดการภาระทางการเงิน หรือการเปลี่ยนทิศทางชีวิต นอกจากนี้ ผู้หญิงบางรายยังสามารถกลับไปเรียนหนังสือ ประกอบอาชีพ หรือสมัครงานใหม่ได้ในระยะเวลาไม่นานหลังจากรับบริการ ที่สำคัญยิ่งกว่านั้น ผู้รับบริการบางรายยังแสดงออกถึงความรู้สึกไว้วางใจและความผูกพันกับระบบบริการ ผ่านการกลับมาติดต่อผู้ให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อน หรือส่งข้อความขอบคุณ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าของความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การให้คำปรึกษาทางเลือกจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถฟื้นฟูพลังใจและก้าวผ่านช่วงเวลาวิกฤตในชีวิตได้อย่างมั่นคง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา เจียวกิก และคณะ (2567) และนันทิศา แผ้วครบุรี และคณะ (2565) ที่พบว่า การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและการรับฟังอย่างไม่ตัดสินช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างมีสติและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวลง ขณะเดียวกันการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกายและจิตใจยังช่วยลดภาวะเครียดและความวิตกกังวลที่มักเกิดขึ้นในระยะของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม กระบวนการปรึกษาทางเลือกที่เสริมพลังและเคารพการตัดสินใจของผู้หญิง จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกได้รับการยอมรับและไว้วางใจในระบบบริการ ซึ่งเอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจและการปรับตัวหลังการเผชิญภาวะตั้งครรภ์ไม่พร้อม

1.2.2 ผลลัพธ์จากการให้บริการของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ไม่เพียงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเท่านั้น แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อระบบบริการโดยรวม ทำให้เกิดการพัฒนาระบบและเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งภายในและภายนอกหน่วยบริการ การทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพ เช่น สูตินรีแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักจิตวิทยา และบุคลากรจากหน่วยงานภายนอก เช่น สายด่วน 1663 และเครือข่ายอาสา RSA ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจร่วม เป้าหมายร่วม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จนกลายเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการที่มีความยืดหยุ่นและเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ จากระดับโรงพยาบาลสู่ชุมชน และย้อนกลับสู่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นพื้นฐานของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เคารพศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Reeves et al. (2017) ที่ยืนยันว่า การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพมีแนวโน้มช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพการให้บริการ รวมถึงความต่อเนื่องของกระบวนการดูแล และการศึกษาของจิรัชยา เจียวกิก และคณะ (2567) ที่สะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุนจากหน่วยบริการและบุคลากรหลายฝ่ายมีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายภายนอก เช่น เครือข่ายอาสา RSA สายด่วน 1663 และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงงานระหว่างหน่วยบริการต้นทางและปลายทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น และระบบบริการมีความต่อเนื่องมากขึ้น (พัชรวิวรรณ เจนสาริกรณ์, 2567ก; สายใจ สุวรรณศรี, 2567; อมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ, 2568)

## 2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล รวมถึงอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า มี 3 ปัจจัยสำคัญที่มีทั้งความสัมพันธ์และอิทธิพลอย่างชัดเจน ได้แก่

1) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบายมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับนโยบายในระดับสูง จะมีสัดส่วนความสำเร็จสูงกว่า อธิบายได้ว่า การสนับสนุนในระดับนโยบาย เช่น การมีแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้คำปรึกษาและการส่งต่อ จะช่วยกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานให้ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสามารถดำเนินงานได้อย่างมั่นใจและต่อเนื่อง ลดความคลุมเครือในการปฏิบัติหน้าที่ และสนับสนุนให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การมีกรอบนโยบายที่ชัดเจนและระบบสนับสนุนจากส่วนกลาง ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกเกิดความรู้สึกมั่นใจในบทบาทของตนเอง และเป็นส่วนเพิ่มเชื่อมั่นในการประสานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างเป็นทางการมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนว่านโยบาย กฎหมาย การสื่อสาร และระบบการขึ้นทะเบียน ล้วนเป็นกลไกที่ทำให้การทำงานถูกมองเห็นและได้รับการยอมรับในระดับระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinthuchai et al. (2022) ความรู้เรื่องกฎหมายใหม่และการสื่อสารนโยบายจากระดับส่วนกลางส่งผลต่อทัศนคติและความเต็มใจของผู้ให้บริการในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขหรือกรมอนามัยจะช่วยส่งเสริมการพัฒนากระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยให้ตอบโจทย์พื้นที่ (พัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์, 2567ก) แต่อย่างไรก็ตาม ระบบบริการยังคงมีข้อจำกัดหลายด้านที่ทำให้ผู้รับบริการบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างราบรื่นและต่อเนื่อง จากความไม่พร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน ความหลากหลายของขั้นตอนระหว่างหน่วยบริการ และภาระงานที่เกินขีดความสามารถของบุคลากร เป็นอุปสรรคสำคัญที่ซ่อนอยู่ในระบบบริการที่อาจผลักให้ผู้รับบริการกลับไปเลือกทางออกที่ไม่ปลอดภัยอีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของภูมิศักดิ์ ภัทรตระกูลกิจ (2567) พบว่า ค่านิยมทางสังคม ศาสนา และสื่อมวลชนยังคงมีอิทธิพลต่อการยอมรับนโยบายของรัฐเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางเลือก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่จำกัดการปฏิบัติตามนโยบายในบางบริบท สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนจากระดับนโยบาย แม้จะมีแรงผลักดันเชิงระบบ แต่ยังคงจำเป็นต้องควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและการสื่อสารทางสังคม เพื่อให้เกิดการยอมรับและการปฏิบัติอย่างแท้จริงในระดับพื้นที่

2) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับบุคคลในระดับสูง จะมีสัดส่วนความสำเร็จสูงกว่า สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยในระดับบุคคล เช่น ความตั้งใจ ทัศนคติ ความเชื่อมั่น และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ล้วนมีผลต่อประสิทธิภาพของการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่ประสบความสำเร็จมักมีความรู้รอบด้าน เข้าใจกฎหมาย สามารถวิเคราะห์ปัญหาและจัดการรายกรณีได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีความมั่นใจในการอยู่เคียงข้างผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิรักษ์ นภาพันท์ (2562) ที่พบว่า ผู้ให้บริการที่มองว่าการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อผู้หญิง จะมีแนวโน้มให้การสนับสนุนบริการมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ (Owens & Shorter, 2022) ที่ระบุว่าผู้ให้คำปรึกษาที่มีทัศนคติคัดค้านการยุติการตั้งครรภ์มักสื่อสารอย่างมีอคติหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

โดยเฉพาะกับกลุ่มหญิงที่อยู่ในสถานะเปราะบาง เช่น เยาวชนหรือผู้มีรายได้น้อย ซึ่งส่งผลต่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ขณะเดียวกัน คุณภาพของการให้คำปรึกษามักแตกต่างกันไปตามประเภทของหน่วยงานและทัศนคติของผู้ให้บริการ การพัฒนามาตรฐานการให้คำปรึกษาที่เป็นกลาง ครอบคลุมข้อมูลทางการแพทย์ และไม่ชี้นำ จึงมีความสำคัญต่อการช่วยให้ผู้หญิงสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ได้อย่างมีข้อมูลและเคารพสิทธิของตนเอง (Hollenberger & Pooler, 2023) แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานให้คำปรึกษาทางเลือกในระบบบริการยังคงพึ่งพาความสมัครใจและความตั้งใจส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ และเพิ่มภาระงานให้กับผู้ให้คำปรึกษาที่ต้องรับผิดชอบหลายบทบาทพร้อมกัน ภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าและแรงจูงใจในการทำงานที่ลดลง ซึ่งอาจทำให้ผู้ให้คำปรึกษาบางคนยุติบทบาทหรือลดการมีส่วนร่วมในระบบบริการ ส่งผลต่อความต่อเนื่องและคุณภาพของการให้บริการในระยะยาว สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการยังขาดกลไกเชิงโครงสร้างที่จะรองรับภาระงานและรักษากำลังคนที่มีศักยภาพไว้ได้อย่างยั่งยืน

3) ประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่นมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่เคยมีประสบการณ์การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่นจะมีสัดส่วนความสำเร็จสูงกว่า อธิบายได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์การส่งต่อย่อมมีทักษะและความคุ้นเคยกับขั้นตอนต่าง ๆ สามารถประสานงานกับหน่วยบริการอื่นได้อย่างคล่องตัว จึงลดความล่าช้าและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการส่งต่อ ซึ่งประสบการณ์ในขั้นตอนนี้ไม่ได้หมายถึงเพียงจำนวนครั้งของการส่งต่อ หากแต่ครอบคลุมถึงการเรียนรู้จากการทำงานจริง การเตรียมความพร้อมล่วงหน้า และความเข้าใจในระบบการส่งต่ออย่างลึกซึ้ง ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์จะสามารถประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้รับบริการได้แม่นยำยิ่งขึ้น รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับสถานบริการที่ปลอดภัย ช่องทางการเข้าถึงและขั้นตอนการประสานงาน การมีความร่วมมือที่แน่นแฟ้นกับเครือข่าย ทำให้กระบวนการส่งต่อรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยที่สำคัญ ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์มักไม่ยุติบทบาทในการให้บริการหลังจากรับส่งต่อ แต่ยังคงติดตามผลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของพัชวีวรรณ เจนสาริกรณ์ (2567ก) และสายใจ สุวรรณศรี (2567) ที่พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการประเมินให้คำปรึกษา และส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าเจ้าหน้าที่ใหม่ที่ขาดประสบการณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนส่งเสริมให้กระบวนการดูแลและส่งต่อเป็นไปอย่างราบรื่นและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จ ได้แก่

4) ประเภทบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ปฏิบัติงานในสถานบริการที่มีบริการให้คำปรึกษาทางเลือก บริการยุติการตั้งครรภ์ และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่น จะมีสัดส่วนความสำเร็จสูงกว่า อธิบายได้ว่า สถานบริการที่มีบริการครบวงจรช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสามารถสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ต้องเผชิญกับการถูกส่งต่อหรือความล่าช้าหลายขั้นตอน ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์สามารถดำเนินการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างครบวงจรภายในหน่วยงานของตนเอง ตั้งแต่การให้คำปรึกษา การยุติการตั้งครรภ์ ไปจนถึงการให้บริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์ได้ทันที กระบวนการดังกล่าวช่วยลดขั้นตอน ลดความ

เสียง และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยอย่างทันท่วงที ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้คำปรึกษาที่อยู่ในหน่วยงานที่ไม่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยงานอื่น ซึ่งมักเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สถานะของหน่วยบริการต้นทางจึงเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของนักทฤษฎี สมพงษ์ และสุกัญญา เชื้อธรรม (2567) ที่พบว่า โรงพยาบาลที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์สามารถรับและส่งต่อผู้ป่วยได้มากกว่าถึงร้อยละ 95.2 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยมีเพียง 53 จังหวัดที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2568) ข้อจำกัดนี้สะท้อนว่า ความพร้อมของระบบบริการในแต่ละพื้นที่ยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย

5) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับระหว่างบุคคลในระดับสูง จะมีสัดส่วนความสำเร็จสูงกว่า อธิบายได้ว่า ความร่วมมือระหว่างทีม ทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูล การช่วยกันแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยให้การให้คำปรึกษาและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทีมไม่ได้เป็นเพียงการรวมตัวของบุคคลที่ทำงานร่วมกันเท่านั้น แต่เป็นกลไกสนับสนุนในการทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การมีทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายสาขาและสามารถประสานงานกันได้อย่างดี ช่วยให้ผู้ใช้คำปรึกษาทางเลือกมีความมั่นใจในการทำงาน มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Reeves et al., 2017) พบว่าความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ (interprofessional collaboration) มีผลเพิ่มคุณภาพบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับสายใจ สุวรรณศรี (2567) และสุทธิรักษ์ นภาพันท์ (2562) ที่พบว่า ทักษะคติของบุคลากรแต่ละคนที่มีผลต่อการทำงานร่วมกับทีม หากสมาชิกในทีมมีทัศนคติที่แตกต่างกันอย่างมา อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งและขาดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ การมีช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน การประสานงานระหว่างทีม มีความเข้าใจร่วมและมีความไว้วางใจในทีมช่วยให้การส่งต่อราบรื่น (นักทฤษฎี สมพงษ์ และสุกัญญา เชื้อธรรม, 2567; อมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ, 2568)

6) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กรมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับองค์กรในระดับสูง จะมีสัดส่วนความสำเร็จสูงกว่า อธิบายได้ว่า ช่องทางสื่อสารภายในของหน่วยงาน เช่น การมีช่องทางติดต่อประสานงานที่ชัดเจน และระบบรับ-ส่งต่อข้อมูลที่เข้าถึงง่าย ช่วยให้การประสานงานส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า องค์กรมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้คำปรึกษาทางเลือกทั้งในระดับผู้นำและระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะในหน่วยงานที่ผู้บริหารแม้ไม่ได้สนับสนุนอย่างเปิดเผย แต่ก็ไม่ปฏิเสธการดำเนินงานด้านยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ส่งผลให้ทีมสามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมั่นใจและต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความเข้าใจและยอมรับในบริการ ก็จะช่วยให้การเข้าถึงของหญิงตั้งครรภ์เป็นไปอย่างราบรื่น อย่างไรก็ตาม ในหลายกรณี การที่โรงพยาบาลจะดำเนินการให้บริการยุติการตั้งครรภ์หรือไม่นั้น มักขึ้นอยู่กับทัศนคติและการยอมรับของผู้บริหาร ซึ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารก็อาจส่งผลให้ทิศทางการดำเนินงานของหน่วยบริการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของระบบที่ยังขาดกลไกเชิงโครงสร้างในการรองรับภารกิจนี้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ

การศึกษาของ พัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) พบว่า แม้บางผู้บริหารจะไม่ประกาศสนับสนุนอย่างเปิดเผย แต่การไม่ปฏิเสธหรือขัดขวางก็ถือเป็นกรยอมรับโดยปริยายที่ช่วยให้ทีมยุติการตั้งครรภ์ดำเนินงานได้อย่างราบรื่น นอกจากนี้ ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร ส่งผลให้ทิศทางการดำเนินงานเปลี่ยน ซึ่งทำให้ระบบบริการขาดความยั่งยืนในเชิงโครงสร้าง ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลและสาธารณสุขจังหวัดมีอำนาจในการกำหนดทิศทางของหน่วยบริการ และเป็นตัวแปรสำคัญในการตัดสินใจเปิดหรือปิดการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ (นภทษา สมพงษ์ และสุกัญญา เชื้อธรรม, 2567; อมรทิพย์ วงศ์เมือง และคณะ, 2568) สอดคล้องกับการศึกษาของสายใจ สุวรรณศรี (2567) ที่เน้นว่าความพร้อมของระบบภายในหน่วยบริการมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

7) การรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชนมีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่มีการรับรู้ต่อสิ่งสนับสนุนระดับชุมชนในระดับสูง จะมีสัดส่วนความสำเร็จสูงกว่า อธิบายได้ว่า หน่วยบริการในระดับชุมชนเป็นเครือข่ายที่สำคัญในประสานงานและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือดูแลต่อเนื่องได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ทั้งในแง่การส่งต่อมาเข้ารับบริการและส่งกลับคืนสู่ชุมชน ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า เครือข่ายในระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการหนุนเสริมการให้คำปรึกษาทางเลือกและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกหลายคน กล่าวถึงความร่วมมือจากหน่วยงานในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง โรงเรียน และชุมชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมช่วยอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การอำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง การสื่อสารประสานงาน และการดูแลต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการเพียงลำพัง แต่เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจของภาคส่วนในชุมชนที่ทำงานอย่างสอดประสานกันในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของสายใจ สุวรรณศรี (2567) พบว่า ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่น มีส่วนสำคัญในการดูแลต่อเนื่องและลดผลกระทบทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลังรับบริการ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของพัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) ยังเน้นว่า ความเชื่อและค่านิยมของชุมชน เช่น การมองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นบาป การตีตราผู้ใช้บริการมีผลต่อการเข้าถึงบริการ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักต้องปกปิดอาย ไม่กล้าขอรับบริการหรือเข้ารับบริการล่าช้า ซึ่งหากชุมชนมีความเข้าใจและสนับสนุน ก็จะช่วยเหลือต่อการประสานงาน ส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

#### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดให้การให้คำปรึกษาทางเลือกเป็นภาระงานที่ชัดเจน โดยกำหนดจำนวนบุคลากรและจำนวนชั่วโมงการให้คำปรึกษาทางเลือกไว้ในแผนการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถบริหารเวลาและภาระงานได้อย่างเหมาะสม

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนปัญหา การให้บริการคำปรึกษาทางเลือกและยุติการตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอในระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการด้านสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจต่อบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกและสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในทางเลือกการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

### ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

- ควรมีการพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษาที่มีความกระชับ ใช้งานง่าย และเชื่อมโยงกับระบบติดตามผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรายงานและการประเมินผลในระดับพื้นที่
- ควรจัดให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกรายอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านเทคนิคการให้คำปรึกษา การจัดการความเครียดและภาวะอารมณ์ของผู้รับบริการ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟ
- พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก เพื่อเป็นพื้นที่พักใจ การเรียนรู้ร่วมกัน และการรับการสนับสนุนทางจิตใจอย่างไม่เป็นทางการ

### ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาสภาวะทางจิตของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (burnout) และภาวะเครียดจากการทำงาน แม้อุปสรรคบางประการในงานปัจจุบันจะสะท้อนความรู้สึกหนักใจหรือความสับสนในการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่มีการประเมินภาวะดังกล่าวในเชิงลึก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้คำปรึกษาทางเลือกและบริการยุติการตั้งครรภ์ในระยะยาว

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2564). *คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม*. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กรมอนามัย. (2566). *คู่มือการปรึกษาทางเลือกสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม*. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- เกสร เหล่าอรณะ, อรทัย แสนบน, เจน โสธรวิทย์, และ สมจิตร เมืองพิล. (2563). ผลของการให้คำปรึกษาทางเลือกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(6), 713–719. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/247324>
- จิรัชยา เจียวัก, อลัน สาดิน, ศพาวุธ แสงอรุณ, ไมสาเราะ บุษิตำ, และ สกฤรัตน์ เทพสุทา. (2567). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมารดาต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 20(1), 40–62. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/eJHUSO/article/view/273443>
- นภัทธา สมพงษ์ และ สุกัญญา เชื้อธรรม. (2567). ระบบการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี*, 12(2), 19–35. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/article/view/2884>
- นันทิดา แผ้วครบุรี, บรรทม ใจสำราญ, และ นงค์ลักษณ์ ม่วงจะบก. (2565). การสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความเศร้าโศกในมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(1), 54–66.
- นิภาดา ฮารีเพียร และ โกสม เศรษฐาวงศ์. (2564). การรับรู้การป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งของแกนนำนักศึกษา สถาบันอุดมศึกษาเอกชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(2), 37–52. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/247954>
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565. (2565, 26 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 228 ง. หน้า 1–3.
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2567. (2567, 28 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 141 ตอนพิเศษ 235 ง. หน้า 12–16.
- พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564. (2564, 6 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 138 ตอนที่ 10 ก. หน้า 1–3.
- พัชรวีรณ เจนสาริกณ. (2567ก). การพัฒนาระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จังหวัดจันทบุรี. *Singburi Hospital Journal*, 33(1), B104–115. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/268397>
- พัชรวีรณ เจนสาริกณ. (2567ข). การศึกษาสถานการณ์การยุติการตั้งครรภ์ภายหลังพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 14(1), 59–75. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/267726>

- ภูมิศักดิ์ ภัทรตระกูลกิจ. (2567). ทศนคติของประชาชนที่มีต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2564. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่*, 10(2), 1–13. <https://so13.tci-thaijo.org/index.php/jgrp/article/view/1672>
- สายใจ สุวรรณศรี. (2567). การศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ เครือข่ายจังหวัดหนองคาย. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(1), 287–297. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2281>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2568). *ภารกิจที่ 3: พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564* [สไลด์นำเสนอ, 31 มีนาคม 2568, ไม่ได้เผยแพร่]. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.
- สุทธิรักษ์ นภาพันธุ์. (2562). ทศนคติของสูติแพทย์ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย. *วารสารการพยาบาลและการวิจัยสุขภาพ*, 20(3), 3–14. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/204481>
- อมรทิพย์ วงศ์เมือง, ชิวรัตน์ บุญวงศ์, และ วรลักษณ์ ศิริรินทร์นนท์. (2568). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยสุขภาพปฐมภูมิ*, 1(2), 178–198. [https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J\\_PHR/article/view/5746](https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/5746)
- Agresti, A. (2007). *An introduction to categorical data analysis* (2nd ed.). Wiley.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2025). *Increasing access to abortion*. *Obstetrics & Gynecology*, 145(2), e86–e97. <https://www.acog.org/clinical-information/committee-statements>
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd, international student ed.). SAGE.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Daniel, W. W. (1999). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Field, A. P. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE.
- FIGO. (2023). *Addressing barriers to safe abortion: A global statement*. International Federation of Gynecology and Obstetrics. <https://www.who.org/resources/figo-statements/addressing-barriers-safe-abortion>
- Guttmacher Institute. (2022). *Undoing Roe v. Wade leaves the US a global outlier on abortion*. <https://www.guttmacher.org/article/2022/08/undoing-roe-v-wade-leaves-us-global-outlier-abortion>
- Hollenberger, J., & Pooler, D. (2023). Equipose: Ethical considerations for pregnancy options counseling. *International Journal of Social Work Values and Ethics*, 20(1), 129–141. <https://doi.org/10.55521/10-020-111>

- Jones, R. K., Kirstein, M., & Philbin, J. (2022). Abortion incidence and service availability in the United States, 2020. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 54*(4), 128–141. <https://doi.org/10.1363/psrh.12215>
- Kirkpatrick, L. A., Bell, L. A., Harrison, E. I., Kazmerski, T. M., Russell, M. R., Syed, T. S., Szoko, N. A., & Tyler, C. P. (2024). Communication and counseling preferences of women who chose abortion during adolescence: A qualitative study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 37*(6), 595–601. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2024.08.007>
- Kirkpatrick, L., Bell, L. A., Borcky, T., Boutros-Khoury, H., Hoooven-Davis, J., Rankine, J., Robbins, C., Syed, T., Szoko, N., & Allison, B. A. (2025). Evaluation of a pregnancy options counseling curriculum for pediatric residents. *Journal of Adolescent Health, 76*(3), 475–481. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.11.003>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Mansournia, M. A., Geroldinger, A., Greenland, S., & Heinze, G. (2018). Separation in logistic regression: Causes, consequences, and control. *American Journal of Epidemiology, 187*(4), 864–870.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (3rd ed.). SAGE Publications.
- McHugh M. L. (2013). The chi-square test of independence. *Biochemia medica, 23*(2), 143–149. <https://doi.org/10.11613/bm.2013.018>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- MSI Reproductive Choices UK. (2024). *Abortion and your rights*. <https://www.msichoices.org.uk/abortion/considering-an-abortion/abortion-and-your-rights>
- News, A. (2023). *Mexico's Supreme Court decriminalizes abortion nationwide*. <https://apnews.com/article/mexico-abortion-decriminalize-d87f6eddbdf68c2e6c8f5700b3afd15de>
- Nobel, K., Ahrens, K., Handler, A., & Holt, K. (2022). Patient-reported experience with discussion of all options during pregnancy options counseling in the US South. *Contraception, 106*, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.08.010>
- O'Donnell, J., Holt, K., Nobel, K., & Zurek, M. (2018). Evaluation of a training for health and social service providers on abortion referral-making. *Maternal and Child Health Journal, 22*(10), 1369–1376. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2570-6>
- Oberman, M., & Lehmann, L. S. (2023). Doctors' duty to provide abortion information. *Journal of Law and the Biosciences, 10*(2). <https://doi.org/10.1093/jlb/lsad024>

- Office of the High Commissioner for Human Rights. (2022, July). *Access to safe and legal abortion: Urgent call for the United States to adhere*. United Nations. <https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2022/07/access-safe-and-legal-abortion-urgent-call-united-states-adhere>
- Owens, S. N., & Shorter, J. M. (2022). Pregnancy options counseling. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 34(6), 386–390. <https://doi.org/10.1097/gco.0000000000000823>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Journal of Educational Measurement*, 13(4), 277–290.
- The Active. (2567). สํารวจอุปสรรค: การไม่เปิดเผยข้อมูลสถานที่บริการยุติการตั้งครรภ่ปลอดภัย ยังทำให่คนทอ้งไม่พรอ้มเขาไม่ถึงบริการ. *Thai PBS*. <https://theactive.thaipbs.or.th/news/public-health-20241126>
- Umeda, S. (2021, March 18). *South Korea: Abortion decriminalized since January 1, 2021*. Law Library of Congress. <https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2021-03-18/south-korea-abortion-decriminalized-since-january-1-2021>
- World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems* (2nd ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/70914>
- World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- World Health Organization. (2024). *Abortion*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

ภาคผนวก

## แบบสอบถามออนไลน์

แบบสอบถามการวิจัย “ความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก”

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย หมายเลขการรับรอง 849/2568

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของสิ่งสนับสนุน รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก โดยใช้เวลาตอบประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยจะรักษาข้อมูลของท่านไว้อย่างปลอดภัย โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในระบบที่ปลอดภัย และจะถูกลบถาวรเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะอยู่ในลักษณะรวมกลุ่มเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลรายบุคคล หรือข้อมูลใด ๆ ที่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้ ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงตามความคิดเห็น และความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด และโปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนให้ครบถ้วนก่อนตอบ และตอบตามความเห็นหรือประสบการณ์จริงของท่านให้มากที่สุด เพื่อประโยชน์ต่อความถูกต้องของผลการวิจัย หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อผู้วิจัยตามข้อมูลด้านล่าง

พัชรากร สุขสำราญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ 88/22 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์ 0 2590 4779

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว

ตกลง

ไม่ใช่ (หากเลือกคำตอบนี้ แบบสอบถามจะสิ้นสุดลง ขอขอบคุณในความสนใจ)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาตอบตามความเป็นจริง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการระบุตัวตน

1. อายุ..... ปี
2. สถานที่ปฏิบัติงานหลัก
 

<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลชุมชน	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเอกชน
<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<input type="checkbox"/> หน่วยงานภาคประชาสังคม	<input type="checkbox"/> สายด่วนให้คำปรึกษา
<input type="checkbox"/> หน่วยงานราชการที่ไม่ใช่สถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ...	
3. ท่านปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่ใด
 

<input type="checkbox"/> ภาคเหนือ	<input type="checkbox"/> ภาคกลาง	<input type="checkbox"/> ภาคใต้	<input type="checkbox"/> ภาคตะวันออก
<input type="checkbox"/> ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	<input type="checkbox"/> ภาคตะวันตก	<input type="checkbox"/> กรุงเทพมหานคร	
4. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติหน้าที่เป็น “ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกที่ได้รับการรับรองจากกรมอนามัย”
 

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 6 เดือน	<input type="checkbox"/> 6 เดือน - 1 ปี	<input type="checkbox"/> 1 - 2 ปี	<input type="checkbox"/> 2 ปีขึ้นไป
---	---	-----------------------------------	-------------------------------------
5. หน่วยงานของท่านมีบริการเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในด้านใดบ้าง (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)
 

<input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษาทางเลือก
<input type="checkbox"/> ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา
<input type="checkbox"/> ยุติการตั้งครรภ์แบบหัตถการ
<input type="checkbox"/> การส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์
<input type="checkbox"/> ไม่มีบริการใด ๆ ในหน่วยงาน
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....
6. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปยังสถานบริการอื่นหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
------------------------------	---------------------------------

### ส่วนที่ 2 สิ่งสนับสนุนในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตาม ประสบการณ์จริงของท่านในการปฏิบัติงาน ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบของท่านจะช่วยสะท้อนภาพรวมของระบบบริการ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ปัจจัยระดับบุคคล</b>						
1. ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์ที่ฉันมีช่วยให้ฉันให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้อง						
2. ความเข้าใจกฎหมายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ช่วยให้ฉันแนะนำหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างเหมาะสม						
3. ความมั่นใจของฉันส่งผลให้การให้คำปรึกษาทางเลือกมีประสิทธิภาพมากขึ้น						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
4. ความตั้งใจของฉัน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจ เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย						
<b>ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล</b>						
5. การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานช่วยให้ฉัน สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ต่อเนื่อง						
6. เพื่อนร่วมงานมีส่วนช่วยในการวางแผนและให้ คำแนะนำในการให้คำปรึกษาทางเลือกเพื่อนำไปใช้ได้จริง						
7. ความร่วมมือระหว่างทีมส่งผลให้กระบวนการให้ คำปรึกษาและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เป็นไปอย่างราบรื่น						
8. บรรยากาศการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทีมช่วย เพิ่มความมั่นใจในการทำหน้าที่ของฉัน						
<b>ปัจจัยระดับองค์กร</b>						
9. แนวปฏิบัติของหน่วยงานช่วยให้ฉันดำเนินงานด้าน ยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างมีทิศทาง						
10. การมีบุคลากรเพียงพอในหน่วยงานช่วยให้ฉันสามารถ ให้คำปรึกษาทางเลือกได้อย่างทั่วถึงและประสิทธิภาพ						
11. การสนับสนุนจากผู้บริหารส่งผลให้ฉันสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและต่อเนื่อง						
12. ช่องทางสื่อสารภายในของหน่วยงานช่วยให้การ ประสานงานในการส่งต่อเป็นไปอย่างรวดเร็ว						
<b>ปัจจัยระดับชุมชน</b>						
13. ความร่วมมือจากเครือข่ายภายนอกช่วยเสริมให้ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น						
14. ทักษะที่เปิดกว้างของชุมชนช่วยลดอุปสรรคใน การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม						
15. ความสะดวกในการประสานงานกับหน่วยบริการ ในพื้นที่ช่วยให้ฉันส่งต่อผู้รับบริการได้ทันเวลาที่						
16. บทบาทของหน่วยงานในพื้นที่ช่วยให้เกิดการ สนับสนุนอย่างเป็นระบบต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ปัจจัยระดับนโยบาย						
17. ระบบการรับรองของกรมอนามัยช่วยให้ฉันมีความมั่นใจในการทำงานและมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง						
18. การสื่อสารจากส่วนกลางช่วยให้ฉันได้รับข้อมูลล่าสุดที่จำเป็นต่อการให้คำปรึกษา						
19. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนให้ฉันสามารถส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพ						
20. นโยบายของกรมอนามัยช่วยให้กระบวนการให้คำปรึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ						

### ส่วนที่ 3 ความสำเร็จในการให้บริการในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตาม ประสบการณ์จริงของท่านในการปฏิบัติงาน ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบของท่านจะช่วยสะท้อนภาพรวมของระบบบริการ

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน					
	ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	แทบไม่เคย	ไม่เคยเลย
การให้ข้อมูลและการสื่อสาร						
1. ฉันให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยอย่างครบถ้วนในทุกการให้คำปรึกษา						
2. ฉันอธิบายขั้นตอนของการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยอย่างชัดเจน						
3. ฉันตรวจสอบความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อข้อมูลที่ให้ก่อนที่จะตัดสินใจ						
การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์						
4. ฉันตั้งใจรับฟังโดยไม่แสดงท่าทีตัดสินเมื่อหญิงตั้งครรภ์เล่าถึงความรู้สึกและสถานการณ์ของตน						
5. ฉันใช้วิธีตั้งคำถามเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทบทวนและมั่นใจในทางเลือกของตนเอง						
6. ฉันแสดงท่าทีสนับสนุนอย่างเหมาะสมเมื่อหญิงตั้งครรภ์รู้สึกงุนงงหรือวิตกกังวล						

ข้อความ	ระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน					
	ทุกครั้ง	ทุก ครั้ง	ทุกครั้ง	ทุกครั้ง	ทุก ครั้ง	ทุก ครั้ง
การประสานงานและการส่งต่อ						
7. ฉันประสานงานกับหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์เพื่ออำนวยความสะดวกให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการ						
8. ฉันแนบแบบฟอร์มส่งต่อ (นป.3) และเอกสารประกอบครบถ้วนทุกครั้งและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์						
9. ฉันแจ้งช่องทางการติดต่อกลับเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับคำปรึกษาเพิ่มเติมได้ภายหลัง						
การดูแลต่อเนื่อง						
10. ฉันติดตามผลการรับบริการของหญิงตั้งครรภ์หลังการส่งต่ออย่างสม่ำเสมอ						
11. ฉันให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์						
12. ฉันแนะนำหน่วยบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความต้องการด้านสุขภาพหรือสังคมเพิ่มเติม						
การปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย						
13. ฉันเคารพการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์โดยไม่ชี้นำหรือโน้มน้าว						
14. ฉันรักษาความลับและข้อมูลส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์อย่างเคร่งครัด						
15. ฉันตรวจสอบให้มั่นใจว่าการให้คำปรึกษาเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายในแต่ละกรณี						

## แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

วัตถุประสงค์	คำถามหลัก	คำถามชัก
คำถามเปิดประเด็น	ท่านเริ่มต้นทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกได้อย่างไร และมีแรงบันดาลใจหรือความตั้งใจอะไรในบทบาทนี้	
เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก	1. ช่วยเล่าประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในช่วงการทำงานที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านเคยพบเหตุการณ์ใดที่ประทับใจหรือน่าจดจำที่สุดหรือไม่</li> <li>- หลังจากเหตุการณ์นั้น ท่านได้เรียนรู้อะไรเกี่ยวกับบทบาทของตนเอง</li> </ul>
เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงบวกหรือสิ่งสนับสนุน	2. ในกระบวนการให้บริการ ท่านเห็นว่าอะไรคือสิ่งที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้สำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บทบาทของท่านมีส่วนช่วยในกระบวนการเหล่านี้อย่างไรบ้าง</li> <li>- มีใคร หรือระบบใดที่สนับสนุนให้ท่านทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>- ปัจจัยใดที่ทำให้การส่งต่อหรือการรับบริการเป็นไปอย่างราบรื่น</li> </ul>
เพื่อทำความเข้าใจความท้าทาย ปัญหา หรือข้อจำกัด	3. ท่านเคยพบอุปสรรคหรือข้อจำกัดอะไรบ้างในการให้คำปรึกษาหรือการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุปสรรคที่พบบ่อยเกิดขึ้นในระดับใด (บุคคล ทีมงาน หรือระบบบริการ)</li> <li>- ท่านจัดการหรือปรับตัวกับอุปสรรคเหล่านี้ได้อย่างไร</li> <li>- ยังมีสิ่งใดอีกใหม่ที่ท่านมองว่าเป็นปัญหาเรื้อรังหรือยากต่อการแก้ไข</li> </ul>
เพื่อทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมินความสำเร็จในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน	4. ท่านให้นิยามหรือเข้าใจคำว่า “ความสำเร็จ” ในบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกอย่างไร และท่านเคยประสบความสำเร็จในลักษณะใดบ้าง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านใช้เกณฑ์ใดในการประเมินว่าการให้คำปรึกษาในกรณีนั้นประสบผลสำเร็จ</li> <li>- ท่านสังเกตเห็นพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาอย่างไรจากผู้รับบริการที่เข้าถึงบริการได้สำเร็จ</li> <li>- มีกรณีใดที่ท่านรู้สึกว่ายังไม่สามารถช่วยได้เต็มที่หรือไม่</li> </ul>
เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเชิงระบบ นโยบาย หรือการปฏิบัติงาน	5. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้างในการพัฒนาระบบการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้มากขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านมองเห็นปัญหาหรือช่องว่างใดในระบบที่ควรปรับปรุง</li> <li>- หากมีโอกาสออกแบบระบบใหม่ ท่านอยากปรับเปลี่ยนในจุดใด</li> </ul>
คำถามปิดประเด็น	ท่านมีอะไรที่อยากจะเพิ่มเติมหรืออยากแบ่งปันเกี่ยวกับประสบการณ์การให้คำปรึกษาทางเลือก	