

การจัดบริการคุมกำเนิด

ของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ.2558

(Contraceptive service provision of hospitals in Thailand in 2015)



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

สารบัญ

หน้า

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

บทคัดย่อภาษาไทย	ก-1
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ก-2
กิตติกรรมประกาศ	ก-4
บทสรุปผู้บริหาร	ก-5
บทที่ 1 บทนำ.....	1
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
บทที่ 3 วิธีการวิจัย.....	24
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	28
บทที่ 5 บทสรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	73
บรรณานุกรม.....	82
ภาคผนวก	
ผนวก 1 : การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	ข-1
ผนวก 2 : แบบสอบถาม	ค-1
ผนวก 3 : แนวคำถามการสัมภาษณ์	ง-1

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ	28
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	29
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณจำแนกตามอาชีพ	29
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	29
ตารางที่ 4.5 ร้อยละของสตรีอายุ 15 – 49 ปีที่สมรสหรืออยู่กินกับชาย จำแนกตามวิธีคุมกำเนิด	35
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคุมกำเนิดจำแนกตามสิทธิ และประเภทของโรงพยาบาล	36
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคุมกำเนิด จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด	39
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดบริการคุมกำเนิด จำแนกตามประเภท ของโรงพยาบาล	40
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของประเภทสิทธิจำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด	41
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด จำแนกตามชนิดเวชภัณฑ์คุมกำเนิด	44
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาล จำแนกตามชนิดเวชภัณฑ์คุมกำเนิด	45
ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบผลการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 และ ปี พ.ศ. 2558	46
ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบผลการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 และ ปี พ.ศ. 2558	51
ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในแม่วัยรุ่น จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	56
ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรก่อนและหลัง มีโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	57
ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละบุคลากรผู้จัดบริการวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	

สารบัญตาราง(ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.17 จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2556 เปรียบเทียบกับ ปีงบประมาณ 2558 จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด	59
ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้รับบริการตามวิธีการคุมกำเนิด แบบกึ่งถาวร ปีงบประมาณ 2556 และปีงบประมาณ 2558 ด้วยวิธีการทางสถิติ	59
ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละปัญหาการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร จากระบบ e-claim จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	60
ตารางที่ 4.20 ค่าเฉลี่ยและระดับความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	69

สารบัญภาพ

หน้า

กรอบแนวคิดในการศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล
ในประเทศไทย พ.ศ. 2558

23

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน สำหรับประชากรทุกสิทธิและผลการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 591 แห่ง ร่วมกับการ สัมภาษณ์ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 12 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร จำนวน 57 แห่งตามที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม STATA สุ่ม แบบ Stratified Random Sampling

ผลการศึกษา พบว่า 1) ด้านนโยบายมีความเห็นว่่านโยบายเรื่องการให้บริการคุมกำเนิด สำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น เป็นนโยบายที่ดี เพราะช่วยลดปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม สามารถแก้ปัญหา ด้านการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง 2) ด้านการให้บริการพบว่ามีการที่ ครอบคลุมสิทธิทุกประเภท ถึงแม้จะไม่มีวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลายไว้ให้บริการก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นกับการ จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาล และความต้องการของผู้มารับบริการ ในส่วนของ โรงพยาบาลรัฐ ยังให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มประชากร ส่วนการให้บริการคุมกำเนิด แบบกึ่งถาวรแก่วัยรุ่นตามโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นพบว่าการให้บริการเพิ่มขึ้น โดยวิธีการคุมกำเนิดชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 จากร้อยละ 38.6 เป็นร้อยละ 43.8 ส่วน วิธีการคุมกำเนิดชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.2 จากร้อยละ 40.1 เป็นร้อยละ 53.3 3) ด้าน การจัดหาเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะดำเนินการจัดซื้อเอง โดยเป็นการซื้อกับบริษัทโดยตรง ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการของโรงพยาบาล ส่วนการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรตาม โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 74.8 มีปัญหาในการเบิกจ่าย ผ่านระบบ e-claim 4) ปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ด้านการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนทั่วไป บางส่วนไม่ทราบสิทธิที่ตนพึงได้ สำหรับกลุ่มวัยรุ่นการรับรู้ข่าวสารที่ยังไม่ทั่วถึง ด้านการจัดหา เวชภัณฑ์ที่บางแห่งผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย 1) การให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแก่กลุ่มเป้าหมายที่อายุ มากกว่า 20 ปี ให้ได้รับบริการตามความต้องการ ควรให้มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim เช่นเดียวกับโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น 2) ควรมีการติดตามประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการกลุ่มวัยรุ่นเพื่อประกอบการตัดสินใจปรับปรุงบริการ รวมทั้งขยายโครงการในระยะ ต่อไป 3) ควรผลิตสื่อชุดความรู้ ที่มีรูปแบบหลากหลาย หลายภาษา และทันสมัย 4) พิจารณาช่อง ทางการประชาสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายทางสังคมที่สามารถเข้าถึงง่ายและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มวัยรุ่น เพื่อ เปิดโอกาสให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการได้มากขึ้น

Abstract

The study aimed at exploring contraceptive services offered at both governmental and private hospitals for all types of health insurance coverage; and examining the results of contraceptive services provided by the hospitals before and after participating in the Prevention of Repeat Teenage Pregnancy Programme. A survey research was conducted and questionnaires were distributed to 591 hospitals countrywide. Moreover, executives and practitioners of 57 hospitals from 12 provinces and Bangkok Metropolitan selected with stratified random sampling method through STATA software were interviewed.

The study findings revealed the followings: 1) for policy perspective, it was found that the provision of contraceptive services to all clients both under the Universal Health Coverage and the Prevention of Repeat Teen Pregnancy Programme were good policies that could help reduce problems of unplanned teen pregnancy and ensure equitable access among clients to the service. 2) Regarding contraceptive service provision, the study showed that there were such services available for all clients but not all types of contraception. This varied depending upon the contraceptive procurement of each hospital and clients' needs. Services of public hospitals were offered to all age groups of population. It was found the increase of semi-permanent birth control services under the Prevention of Repeat of Teenage Pregnancy Program, with 5.2 per cent increase of intrauterine devices (from 38.6 to 43.8 percent) and 13.2 percent increase of implants (from 40.1 to 53.3 percent). 3) For contraception supplies, most hospitals self-procured supplies by directly purchase from pharmaceutical companies based on the hospital committee's decision. The disbursement of semi-permanent contraceptive supplies under the Prevention of Repeat Teenage Pregnancy Programme was well operated. Seventy-five point four percent of hospitals had not encountered any problems using e-claim system. 4) A number of challenges and gaps were indentified which included unawareness of some clients concerning their rights to health care services; lack of contraceptive information among teenagers; and not giving priority to contraceptive procurement of some hospitals' administrators.

Based on the above results, some recommendations were outlined; 1) semi-permanent contraceptive services for clients aged 20⁺ should be disbursed through e-claim the same as the prevention of repeat teenage pregnancy programme; 2) there should be an satisfaction evaluation of teen clients regarding service provision in order to improve/extend the programme; 3) educational materials should be also developed in various formats, multilanguage, and with up-

to-date information; and 4) different means of communication should be identified with more focus on social network which are popular among and accessible to the public particularly teenagers.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ดำเนินการศึกษา เรื่อง การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ ดร.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย และ นายแพทย์ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร รองอธิบดีกรมอนามัย ให้การสนับสนุนทำการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.สมศรี ศิริขวัญชัย และอจ.พฤษ จิรสัตยาภรณ์ นักวิชาการอิสระ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้

การศึกษานี้ จะไม่สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดี ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นักวิชาการ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลทั้งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จากโรงพยาบาลสังกัด และนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ และ นักวิชาการของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายขอขอบคุณกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยที่ให้การสนับสนุนทางวิชาการและความร่วมมือในการศึกษานี้

คณะผู้ดำเนินการศึกษา

ธันวาคม 2558

บทสรุปผู้บริหาร

■ บทนำ

เมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายประชารัฐครั้งแรก เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2513 ความว่า “รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยความสมัครใจ” ได้มีการจัดบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพ และมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ และสามารถรับบริการได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว ซึ่งได้มีการจัดบริการวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลายวิธีแก่ผู้รับบริการ ในช่วงแรก ๆ ของการเริ่มโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2513 – 2519 มีการให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ใส่ห่วงอนามัย ทำหมัน ถูยางอนามัย และในปี พ.ศ. 2529 ได้ขยายบริการยาฝังคุมกำเนิดให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ในระยะแรก ๆ ของการให้บริการคุมกำเนิดแพทย์จะเป็นผู้ให้บริการ ในขณะเดียวกันได้มีการศึกษาวิจัยเป็นระยะ ๆ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้บริการวิธีคุมกำเนิดได้เพื่อขยายบริการได้ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศ เช่น พยาบาลให้บริการใส่ห่วงอนามัย ผ่าตัดคุมกำเนิด ทำหมันหลังคลอด ผดุงครรภ์ให้บริการยาฉีดคุมกำเนิด ใส่ห่วงอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด รายใหม่และรายเก่าได้ เป็นต้น สำหรับการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิด นับตั้งแต่เริ่มโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบาย จะดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดทุกชนิดให้กับจังหวัด และหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการวางแผนครอบครัว ในปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา มีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นโดยแต่ละจังหวัด จะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แบบเหมาจ่ายรายหัว จังหวัดและหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (CUP หรือ contracting unit of primary) จะเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดทั้งหมด โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการทั้งของจังหวัดและทุก CUPs เพื่อกำหนดว่าจะซื้ออย่างไร เมื่อสถานบริการสาธารณสุขได้ให้บริการวางแผนครอบครัวตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปได้ระยะหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2548 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการวางแผนครอบครัว พบว่า จังหวัด และ CUPs มีความเห็นไม่ซื้อห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากยาฝังคุมกำเนิดมีราคาแพง ราคาประมาณหนึ่งพันกว่าบาททำให้ผู้บริหารไม่มีนโยบายที่จะจัดซื้อ หากงบประมาณในส่วนนี้มาซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดจะได้ยาปริมาณที่มากกว่า สำหรับห่วงอนามัยก็เช่นกันสถานบริการบางแห่งไม่ได้ให้บริการเนื่องจากห่วงอนามัยมีราคาแพง และในปี พ.ศ. 2553 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ทำการศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย ก็ได้ข้อมูลสอดคล้องเรื่องการจัดซื้อยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล

ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) สำหรับให้บริการมีเพียงร้อยละ 36.6 เท่านั้น

ปัจจุบันการให้บริการวางแผนครอบครัวเปิดกว้างเฉพาะคู่สมรสเท่านั้นที่เข้าถึงบริการ โดยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา การรับบริการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกันฉันท์สามีภรรยาที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวตามชุดสิทธิประโยชน์ได้ที่หน่วยประจำและเครือข่ายที่ตนเองลงทะเบียน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากไปเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการอื่น ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง สำหรับผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสังคม สิทธิข้าราชการทุกคน (ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์) สามารถเข้ารับบริการวางแผนครอบครัว ในส่วนของบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิดและบริการใส่ห่วงอนามัย ยกเว้นการทำหมันเพราะได้รับการบริการตามสิทธิอยู่แล้ว นอกจากนี้มีผู้รับบริการจ่ายเงินซื้อบริการเอง สามารถรับบริการคุมกำเนิดได้ทุกวิธี

และในทางตรงกันข้ามพบว่าคนโสด และวัยรุ่นส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ และยังพบว่ามียุทธการคลอดบุตรของวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และอัตราการแท้งสูงขึ้น จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขพบว่าจำนวนการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นจากจำนวน 240 คน ในปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 316 คน ในปี พ.ศ. 2557 และยังพบว่าจำนวนการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 10 – 19 ปี ที่คลอดบุตร เพิ่มขึ้นจากจำนวน 13,611 คน ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 14,338 คน ในปีพ.ศ. 2557 สำหรับรายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทยของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่าการทำแท้งที่มีเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มีร้อยละ 29.0 ในปี พ.ศ. 2556 และร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2557

การดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น นอกเหนือจากการป้องกันด้วยการให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศเพื่อให้วัยรุ่นชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ออกไปแล้ว การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดก็มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีความพยายามดำเนินงานจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งในวัยรุ่นกลุ่มที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์แล้วนี้ การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อันอาจจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ มากมายตามมาได้ เช่น การทำแท้งเถื่อน หรือคลอดออกมาเป็นแม่วัยรุ่น ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาหรือการมีหน้าที่การงานที่ดีในอนาคตได้

จากการศึกษาวิจัยในช่วงที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาอุปสรรคหลายประการที่ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ หนึ่งในปัญหาสำคัญก็คือหน่วยบริการโดยเฉพาะของรัฐมีทางเลือกในการให้บริการที่จำกัด ไม่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นไม่มารับบริการ ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยการวางแผน

ครอบครัวและการคุมกำเนิดรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้น ทางเลือกในการให้บริการคุมกำเนิดก็ยังมีจำกัด นอกจากนี้องค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นก็มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเฉพาะคำแนะนำของ American College of Obstetrics and Gynecology และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ให้คำแนะนำว่าทางเลือกแรกในการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นควรจะเป็นถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีการคุมกำเนิดประเภทกึ่งถาวร ได้แก่ ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากมีประสิทธิภาพสามารถคุมกำเนิดได้ในระยะเวลานาน 3, 5 และ 10 ปี ซึ่งสูงกว่าวิธีคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นไทยคือยาเม็ดคุมกำเนิด จากคำแนะนำดังกล่าวนี้ ประกอบกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นนโยบายระดับประเทศและเป็นวาระแห่งชาติที่หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมดำเนินการแก้ไขอย่างรีบด่วนและเป็นรูปธรรม สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น เริ่มต้นในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น เป็นการลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการตั้งครรภ์ซ้ำ อีกทั้งเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการจัดบริการวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลายและครอบคลุมความต้องการของวัยรุ่นมากขึ้น จากข้อมูลสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย จึงได้จัดทำโครงการวิจัยการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2558 ขึ้น

▪ วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ
2. เพื่อศึกษาผลการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

▪ วิธีการศึกษา

การวิจัยการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี 2558 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 1,193 แห่ง ได้จัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ จำนวน 591 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 49.5 ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรฝ่ายต่างๆ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร และแพทย์ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาล ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบช่วงชั้น (Stratified Random Sampling) โดยเริ่มจากแบ่งจังหวัดออกเป็นช่วงชั้นตามความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยทั้ง 12 และสุ่มมา 1 จังหวัดในแต่ละเขต ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัย ร่วมกับกรุงเทพมหานครอีก 1 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด เมื่อได้จังหวัดทั้งหมดจากการสุ่มในช่วงชั้นแรกแล้ว จะแบ่งโรงพยาบาล

ในแต่ละจังหวัดที่ได้รับการสุ่มออกเป็นช่วงชั้นตามประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน จากนั้นจึงทำการสุ่มตามประเภทของโรงพยาบาลที่ได้แบ่งออกเป็นช่วงชั้นดังกล่าว การสุ่มตัวอย่างทำโดยใช้โปรแกรม STATA version 14

งานวิจัยนี้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2558

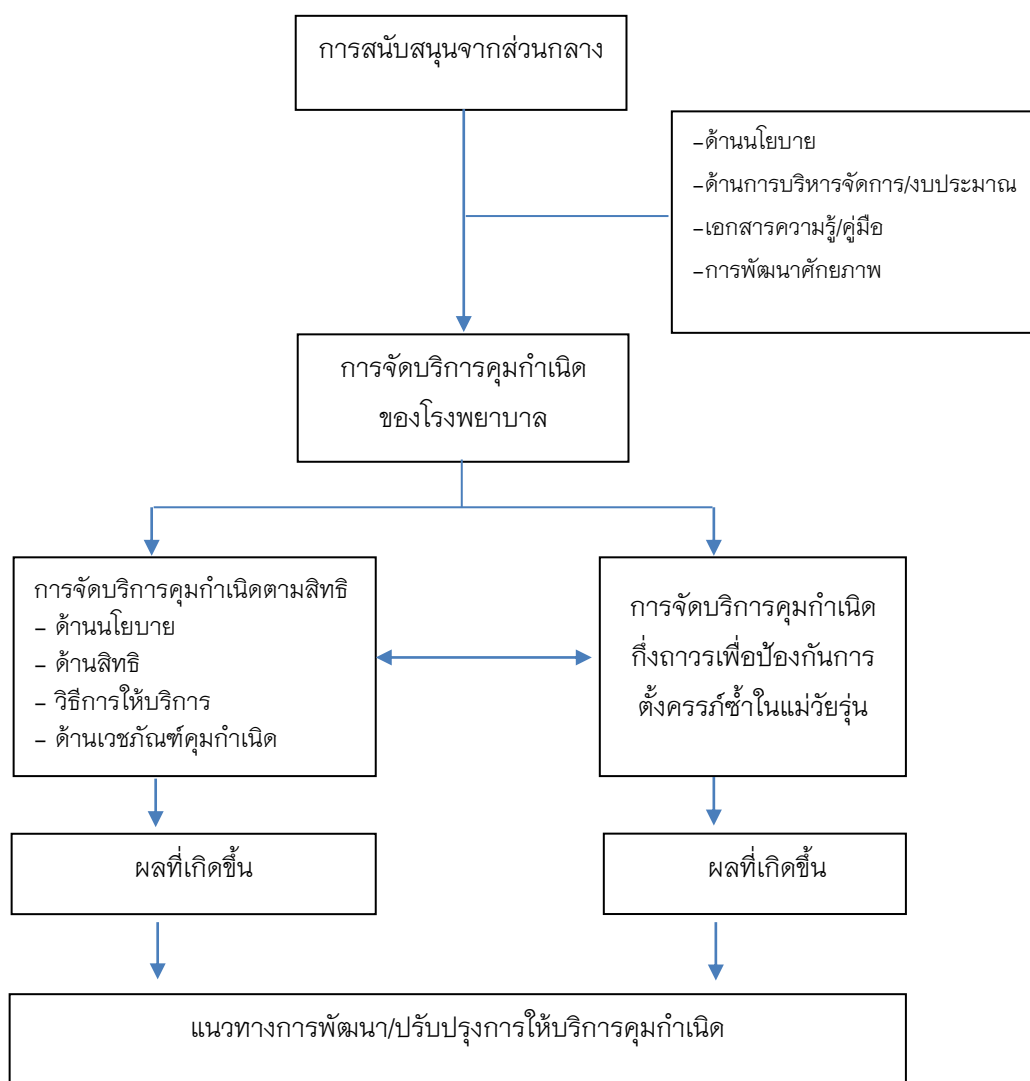
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

▪ การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ตารางไขว้ (cross-tabulation)

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

กรอบแนวคิดในการศึกษาการจัดการบริการคูกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558



■ ผลการศึกษา

1. การจัดการบริการคูกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ

1.1 ด้านนโยบาย โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีความเห็นว่่านโยบายเรื่องการให้บริการคูกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ดี เพราะช่วยลดปัญหาทางสังคม สามารถแก้ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม รวมทั้งช่วยลดขั้นตอนการให้บริการทำให้สะดวก รวดเร็วขึ้น ส่วนการกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันตามประเภทและศักยภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่รับนโยบายการคูกำเนิดและวางแผนครอบครัว

จากส่วนกลาง ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหลัก ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว แต่ก็ยังมีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งดำเนินงานตามนโยบาย/แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และส่วนหนึ่งดำเนินงานในลักษณะเป็นการให้บริการตามปกติซึ่งไม่ครอบคลุมทุกประเภทของการคุมกำเนิด สำหรับโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่เป็นการจัดให้มีบริการตามนโยบายของผู้บริหาร

1.2 ด้านการจัดบริการตามสิทธิต่างๆ พบว่าโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีบริการที่ครอบคลุมสิทธิทุกประเภท แม้จะไม่ครอบคลุมทุกวิธีการคุมกำเนิด ทั้งนี้ขึ้นกับเงื่อนไขด้านสิทธิ การจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาล และความต้องการของผู้มารับบริการ

1.3 ด้านวิธีการให้บริการ วิธีการให้บริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลทุกประเภทและทุกสิทธิ พบว่า วิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลให้บริการมากในลำดับต้น ๆ 3 อันดับแรก คือ ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม คุมยางอนามัย (ร้อยละ 96.4 94.4 และ 85.3 ตามลำดับ) รองลงมาคือ การทำหมันหญิง ร้อยละ 64.1 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร ร้อยละ 52.6 ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด ร้อยละ 46.0 ห่วงอนามัย ML Cu 375 ร้อยละ 43.5

1.4 ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิด ตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดและการให้บริการ ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากไม่ได้ดำเนินการตามนโยบาย สปสช. ประกอบกับโรงพยาบาลเองก็ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายไว้อย่างชัดเจน การจัดวิธีการคุมกำเนิดในการให้บริการจึงแตกต่างกันไปตามความต้องการของผู้มารับบริการ

1.5 ปัญหา อุปสรรค มีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งที่พบปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์บางประการ อาทิเช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งไม่ให้ความสำคัญในการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดถึงถาวร หรือบางแห่งมีการซื้อเวชภัณฑ์สำรองไว้ แต่ไม่มีผู้มารับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้มีประชาชนทั่วไปบางส่วนยังไม่ทราบสิทธิที่ตนพึงได้จึงไม่มารับบริการ อีกทั้งมีข้อจำกัดด้านความรู้ทักษะความชำนาญ และความเพียงพอของบุคลากรผู้ให้บริการ ตลอดจนความเพียงพอและทันสมัยของสื่อเอกสารความรู้ที่ได้รับสนับสนุนจากส่วนกลาง

2. การจัดการบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

2.1 ด้านนโยบาย โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นมีความเห็นตรงกันว่าเป็นนโยบายที่ดีมาก เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อม จะพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ การมีนโยบายนี้จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดปัญหา

ทางสังคม และปัญหาของกลุ่มวัยรุ่น ส่วนการกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันตามประเภทและศักยภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่รับนโยบายจากหลายช่องทาง และจัดบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกในหลากหลายวิธีการ ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีนโยบายในเรื่องนี้ แต่มีการดำเนินงานโดยผนวกเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของ สปสช. สำหรับโรงพยาบาลเอกชนนั้น แม้ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่ามีนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นและโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินงานตามนโยบายนี้ เนื่องจากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยทำงาน ไม่มีหรือมีวัยรุ่นมารับบริการน้อย แต่ยังมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และกำหนดเป็นนโยบายการให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ

2.2 ด้านการให้บริการ การให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแก่วัยรุ่นหลังมีนโยบายฯ พบว่า โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีการให้บริการเพิ่มขึ้น โดยวิธีการคุมกำเนิดชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 จากร้อยละ 38.6 เป็นร้อยละ 43.8 ส่วนวิธีการคุมกำเนิดชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.2 จากร้อยละ 40.1 เป็นร้อยละ 53.3

2.3 บุคลากร ผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ผู้ให้บริการ ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล

2.4 จำนวนผู้รับบริการ เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรก่อนเริ่มต้นโครงการในปีงบประมาณ 2556 กับหลังจากดำเนินโครงการในปีงบประมาณ 2558 พบว่า มีผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัยลดลง แต่มีผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น

2.5 การเบิกค่าบริการ การเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรตามโครงการฯ ผ่านระบบ e-claim พบว่า โรงพยาบาลร้อยละ 74.8 มีปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการ ซึ่งเป็นเรื่องความเข้าใจในระบบการบันทึกข้อมูล e-claim และความล่าช้าในการเข้าระบบ ซึ่งเป็นปัญหาเชิงเทคนิค ซึ่งสามารถแก้ไขได้ ในขณะที่ร้อยละ 25.2 ไม่มีปัญหา

2.6 ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น พบอุปสรรคบางประการ เช่น ปัญหาด้านการรับบริการของวัยรุ่นที่มาใช้บริการในปริมาณไม่มากนัก อันเนื่องมาจากทัศนคติและความเชื่อที่คลาดเคลื่อน รวมทั้งการรับรู้ข่าวสารที่ยังไม่ทั่วถึง ข้อจำกัดด้านคู่มือเอกสารเผยแพร่ความรู้ และบุคลากรให้บริการ ตลอดจนการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับเครือข่าย ทั้งนี้โรงพยาบาลต่างๆ ได้ระบุความต้องการและให้ข้อเสนอแนะที่เจาะจงและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและข้อจำกัดที่พบ

3. ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ

ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จของการดำเนินนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในเรื่องการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ซึ่งสะท้อนผ่านบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายของผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สรุปได้ดังนี้

3.1 การสนับสนุนจากภาครัฐ การมียุทธศาสตร์ นโยบายและแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน ทำให้บุคลากรทุกระดับมีความมั่นใจ สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับทั้งภายในองค์กรและกับหน่วยงานภายนอกได้

3.2 การสร้างภาคีเครือข่าย ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน จำเป็นต้องมีเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อสนับสนุนและหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน

3.3 ปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินงานและจัดบริการมีประสิทธิภาพ ได้แก่ งบประมาณ โดยการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ สามารถขยายผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนสถานที่ให้บริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจ และพร้อมที่จะกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

3.4 การบริหารจัดการบุคลากร กระบวนการเตรียมบุคลากรเป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บริการมีคุณภาพ ด้วยการพัฒนาบุคลากร ทั้งเรื่องความรู้ ทักษะการให้การปรึกษา นอกจากนี้บุคลากรในการให้บริการต้องมีใจรักในการให้บริการ มีความเสียสละ อุทิศตน อุทิศเวลา และทำงานเป็นทีม เพื่อเป็นพลังร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

3.5 การให้ความรู้ที่ถูกต้องและปรับทัศนคติต่อวิธีการคุมกำเนิด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะวัยรุ่นเกิดความตระหนักด้วยตัวเอง อีกทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ

▪ อภิปราย

ด้วยเหตุที่ผู้บริหารและผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนส่วนใหญ่ ให้การยอมรับนโยบายการให้บริการคุมกำเนิดสำหรับประชากรทุกสิทธิและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น และมีการนำนโยบายไปปฏิบัติตามบริบทที่แตกต่างกันจึงส่งผลให้การจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในสถานบริการภาครัฐ และการรับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นหลังมีนโยบายเพิ่มสูงขึ้น

ผลการศึกษาที่พบว่า การมีนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น เป็นนโยบายที่ดี แต่ยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ได้จัดบริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้บริหารไม่มีนโยบายจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณสำรองที่จะจัดซื้อห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิดมาให้บริการก่อน พร้อมทั้งไม่มีบุคลากรให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล (2454) ที่พบว่าเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้สถานบริการสามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรได้นั้นขึ้นกับการมี/ไม่มีเวชภัณฑ์ให้บริการ นโยบายของผู้บริหารสถานบริการ และความพร้อมของบุคลากร และยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นไม่มารับบริการหรือมารับบริการจำนวนน้อย ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากเหตุผลที่ต้องเสียค่าบริการสูงแล้ว ยังพบสาเหตุมาจากการมีทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่คลาดเคลื่อนของวัยรุ่น ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบปัญหาดังกล่าวนี้นเช่นกัน และยังพบปัญหาด้านทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลรัฐอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2547) ที่ระบุว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มักได้รับความรู้เรื่องเพศและการคุมกำเนิดจากเพื่อน ซึ่งเพื่อนก็มีความรู้ที่ไม่ดีพอ นอกจากนั้นร้านขายยา ก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่วัยรุ่นหญิงขอความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิด ซึ่งก็อาจได้รับข้อมูลที่ผิดถูกต้องสมบูรณ์ได้ในส่วนของโรงพยาบาลรัฐ วัยรุ่นมารับบริการน้อยยังมีสาเหตุมาจากการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะถ้ามีปัญหาทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ ดิทยาเสพติด และมีปัญหาประจำเดือน) จะไม่ไปโรงพยาบาลของรัฐเลย เพราะไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่สะดวกสบาย รอนาน บริการไม่ประทับใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์ (2552) ที่พบว่าวัยรุ่นเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพทางเพศของรัฐ เนื่องจากรูปแบบการให้บริการที่ไม่สนองตอบความต้องการของวัยรุ่น

ด้านบุคลากรที่ยังคงต้องการการพัฒนาทักษะ เพิ่มพูนความรู้ แม้จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงต้องการความรู้จากการประชุม อบรม หรือสัมมนาเทคโนโลยีใหม่ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล ที่พบว่าสถานบริการยังต้องการการพัฒนาศักยภาพสูงถึงร้อยละ 94.7 และการศึกษาของ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล และคณะ ที่พบว่าระดับนโยบาย เช่น สปสช.ยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องการพัฒนาบุคลากร ในฐานะผู้ซื้อบริการที่มีความคาดหวังคุณภาพบริการจากบุคลากรที่มีความพร้อมในการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่หน่วยปฏิบัติในการให้บริการเองก็คาดหวังงบประมาณในการฝึกอบรมจาก สปสช. เป็นต้น

ด้านเอกสาร สื่อชุดความรู้ ที่ผู้ให้บริการต้องการให้ส่วนกลางผลิตเพิ่ม และให้มีเนื้อหาที่ทันสมัย สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในงานของสุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล และคณะ ที่พบว่าบุคลากรให้ความเห็นว่า คู่มือ องค์ความรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ต้องปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ รวมทั้งพัฒนาการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะปัจจุบันที่เน้นกลุ่มวัยรุ่น

โดยเหตุที่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เงื่อนไขหนึ่งของความสำเร็จคือความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ ดังตัวอย่างการศึกษาของศิริพร ปัญญาพหุพิพจน์ และบุญช่วย นาสูงเนิน เป็นการศึกษาศึกษาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาคีด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชนในจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การมีส่วนร่วมหรือการได้รับการสนับสนุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือสถาบันที่เกี่ยวข้องที่มีการทำงานร่วมกัน สามารถนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพการทำงาน โดยวางระบบการทำงานที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน และนำไปสู่การขยายผลการดำเนินงาน ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่ายังมีข้อจำกัดในการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานด้านการศึกษาในพื้นที่และท้องถิ่น จำเป็นต้องมีการผลักดันในระยะต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนตามนโยบายการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดโดยให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น มีผลการดำเนินงานที่อาจกล่าวได้ว่ามีความก้าวหน้าและตอบสนองนโยบายเป็นอย่างดี รวมทั้งยังมีศักยภาพที่จะสามารถยกระดับคุณภาพการให้บริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นได้ หากมีระบบสนับสนุนที่ดี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการงานวางแผนครอบครัว ดังนี้

4.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดทำคู่มือการบริหารจัดการและการให้บริการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลทุกประเภทให้ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน สำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการทุกระดับมีความเข้าใจในรายละเอียดของการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ อันจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามสิทธิและตามความต้องการ

4.2 จากรายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2557 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558) พบว่าผู้ป่วยทำแท้งอายุต่ำกว่า 20 ปี มีร้อยละ 30.0 ช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีร้อยละ 27.5 ช่วงอายุ 25 – 29 ปี มีร้อยละ 14.9 ช่วงอายุ 30 – 34 ปี มีร้อยละ 13.8 ช่วงอายุ 35 – 39 ปี มีร้อยละ 8.8 ช่วงอายุ 40 – 44 ปี มีร้อยละ 4.4 และอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 0.6 และเมื่อมีการสอบถามถึงเรื่องการคุมกำเนิดพบว่าใช้วิธีคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ มีร้อยละ 49.5 ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด มีสูงถึงร้อยละ 50.5 หากได้พิจารณาเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้พบว่าผู้ป่วยทำแท้งใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวสูงถึงร้อยละ 79.4 วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรมีเพียงร้อยละ 1.8 (ห่วงอนามัยร้อยละ 1.4 และยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 0.4) สำหรับวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ใช้ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ร้อยละ 61.0 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 5.4 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 13.0 จากข้อมูลดังกล่าวสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนงบประมาณยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ

มากกว่า 20 ปี โดยไม่รวมไปกับค่าเหมาจ่ายรายหัว เนื่องจากเป็นเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่มีราคาแพง โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดซื้อไว้ให้บริการ หรือใช้ระบบการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim เช่นเดียวกับโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น นอกจากนี้เพื่อให้ผู้รับบริการคุมกำเนิดเข้าถึงบริการและสามารถไปรับบริการนอกเขตที่ลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการได้เนื่องจากมีสตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวนมากไปทำงานนอกเขตพื้นที่ของตนเองลงทะเบียนไว้ : **รับบริการได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ**

4.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านนโยบาย ผู้ให้บริการ การจัดบริการ การจัดซื้อ/จัดหา เวชภัณฑ์คุมกำเนิด รวมทั้งประเมินความพึงพอใจการรับบริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของวัยรุ่น เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาบริการให้ตรงกับความต้องการ และการดำเนินงานโครงการในระยะต่อไป

4.4 ควรผลิตสื่อชุดความรู้ ที่มีรูปแบบหลากหลาย ครอบคลุมหลายภาษา และทันสมัย ผ่านช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงง่ายและเป็นที่ยอมรับของทุกกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะวัยรุ่น

4.5 พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ

4.5.1 บุคลากรผู้ให้บริการที่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว ควรจัดอบรมหลักสูตร พื้นฟู/ทบทวนความรู้เกี่ยวกับเรื่อง เทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ที่ทันสมัย จะส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4.5.2 บุคลากรที่ยังไม่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ความรู้ใหม่ โดยเฉพาะหลักสูตร การอบรมให้บริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด สำหรับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการแทนแพทย์ได้ เนื่องจากแพทย์มีภาระการรักษาผู้ป่วยที่มีจำนวนมากในแต่ละวัน ทำให้ไม่มีเวลาให้บริการ ส่งผลให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

เมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายประชารัฐครั้งแรก เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2513 ความว่า “รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยความสมัครใจ” ได้มีการจัดบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพ และมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ และสามารถรับบริการได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว ซึ่งได้มีการจัดบริการวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลายวิธีแก่ผู้รับบริการ ในช่วงแรก ๆ ของการเริ่มโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2513 – 2519 มีการให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ใส่ห่วงอนามัย ทำหมัน ฉวยยางอนามัย และในปี พ.ศ. 2529 ได้ขยายบริการยาฝังคุมกำเนิดให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ในระยะแรกๆ ของการให้บริการคุมกำเนิด แพทย์จะเป็นผู้ให้บริการ ในขณะเดียวกันได้มีการศึกษาวิจัยเป็นระยะๆ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้บริการวิธีคุมกำเนิดได้เพื่อขยายบริการได้ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศ เช่น พยาบาลให้บริการใส่ห่วงอนามัย ฝังยาคุมกำเนิด ทำหมันหลังคลอด ผดุงครรภ์ให้บริการยาฉีดคุมกำเนิด ใส่ห่วงอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่และรายเก่าได้ เป็นต้น (ธัชชัย มุ่งการดี, 2533)

สำหรับการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิด นับตั้งแต่เริ่มโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบาย จะดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดทุกชนิดให้กับจังหวัด และหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ให้บริการวางแผนครอบครัว ในปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา มีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นโดยแต่ละจังหวัดจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แบบเหมาจ่ายรายหัว จังหวัดและหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (CUP หรือ contracting unit of primary) จะเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดทั้งหมด โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการทั้งของจังหวัดและทุก CUPs เพื่อกำหนดว่าจะซื้ออย่างไร เมื่อสถานบริการสาธารณสุขได้ให้บริการวางแผนครอบครัวตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปได้ระยะหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2548 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการวางแผนครอบครัว พบว่า จังหวัดและ CUPs มีความเห็นไม่ซื้อห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิดเนื่องจากยาฝังคุมกำเนิดมีราคาแพง ราคาประมาณหนึ่งพันกว่าบาททำให้ผู้บริหารไม่ยินยอมที่จะจัดซื้อ หากนำงบประมาณในส่วนนี้มาซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดจะได้ยาปริมาณที่มากกว่า สำหรับห่วงอนามัยก็เช่นกันสถานบริการบางแห่งไม่ได้ให้บริการเนื่องจากห่วงอนามัยมีราคาแพง (เรณู ชูนิล และ สุชน ปัญญาติลก, 2548) และในปี พ.ศ. 2553 สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ทำการศึกษาเรื่อง การบริหาร

จัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย ก็ได้ข้อมูลสอดคล้องเรื่องการจัดซื้อยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) สำหรับให้บริการมีเพียงร้อยละ 36.6 เท่านั้น (สุธน ปัญญาติลก และ เรณู ชูนิล, 2554)

ปัจจุบันการให้บริการวางแผนครอบครัวเปิดกว้างเฉพาะคู่สมรสเท่านั้นที่เข้าถึงบริการ โดยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา การรับบริการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกันฉันท์สามีภรรยาที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวตามชุดสิทธิประโยชน์ได้ที่หน่วยประจำและเครือข่ายที่ตนเองลงทะเบียน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากไปเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการอื่น ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง สำหรับผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสังคม สิทธิข้าราชการทุกคน (ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์) สามารถเข้ารับบริการวางแผนครอบครัว ในส่วนของบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิดและบริการใส่ห่วงอนามัย ยกเว้นการทำหมันเพราะได้รับการตามสิทธิอยู่แล้ว นอกจากนี้มีผู้รับบริการจ่ายเงินซื้อบริการเอง สามารถรับบริการคุมกำเนิดได้ทุกวิธี (สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

และในทางตรงกันข้ามพบว่าคนโสด และวัยรุ่นส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ และยังพบว่ามีการคลอดบุตรของวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และอัตราการทำแท้งสูงขึ้น จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขพบว่าจำนวนการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เฉลี่ยต่อวันเพิ่มขึ้นจากจำนวน 240 คน ในปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 316 คน ในปี พ.ศ. 2557 และยังพบว่าจำนวนการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 10 – 19 ปี ที่คลอดบุตร เพิ่มขึ้นจากจำนวน 13,611 คน ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 14,338 คน ในปี พ.ศ. 2557 สำหรับรายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทยของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่าการทำแท้งที่มีเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ/สังคม/ครอบครัว ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มีร้อยละ 29.0 ในปี พ.ศ. 2556 และร้อยละ 31.5 ในปี พ.ศ. 2557 (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, 2558)

การดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น นอกเหนือจากการป้องกันด้วยการให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศเพื่อให้วัยรุ่นชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ออกไปแล้ว การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดก็มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีความพยายามดำเนินงานจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในวัยรุ่นกลุ่มที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์แล้วนี้ การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อันอาจจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ มากมายตามมาได้ เช่น การทำแท้งเถื่อน หรือคลอดออกมาเป็นแม่วัยรุ่น ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาหรือการมีหน้าที่การงานที่ดีในอนาคตได้

จากการศึกษาวิจัยในช่วงที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาอุปสรรคหลายประการที่ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ หนึ่งในปัญหาสำคัญก็คือหน่วยบริการโดยเฉพาะของรัฐมีทางเลือกในการให้บริการที่จำกัด ไม่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นไม่มารับบริการ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2556) ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้น ทางเลือกในการให้บริการคุมกำเนิดก็ยังมีจำกัด นอกจากนี้องค์ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นก็มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเฉพาะคำแนะนำของ American College of Obstetrics and Gynecology และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (คณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์, 2556) ที่ให้คำแนะนำว่าทางเลือกแรกในการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นควรจะเป็นถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีการคุมกำเนิดประเภทกึ่งถาวร ได้แก่ ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากมีประสิทธิภาพสามารถคุมกำเนิดได้ในระยะเวลานาน 3, 5 และ 10 ปี ซึ่งสูงกว่าวิธีคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นไทยคือยาเม็ดคุมกำเนิด จากคำแนะนำดังกล่าวนี้ ประกอบกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นนโยบายระดับประเทศและเป็นวาระแห่งชาติที่หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมดำเนินการแก้ไขอย่างรีบด่วนและเป็นรูปธรรม สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้จัดทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2556) ซึ่งเริ่มต้นในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น เป็นการลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการตั้งครรภ์ซ้ำ อีกทั้งเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการจัดบริการวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลายและครอบคลุมความต้องการของวัยรุ่นมากขึ้น จากข้อมูลสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย จึงได้จัดทำโครงการวิจัยการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาแนวทางการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับประชากรทุกสิทธิ

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ
2. เพื่อศึกษาผลการจัดบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

3. ระยะเวลาในการดำเนินการ

การศึกษานี้ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2558

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์การจัดบริการคุมกำเนิดในภาพรวมของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในประเทศไทยเพื่อกำหนดนโยบายในการผลักดันการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิ
2. ทราบผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นเพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงนโยบายด้านบริการคุมกำเนิดของประเทศต่อไป

5. นิยามศัพท์

การรับบริการวางแผนครอบครัวตามสิทธิต่างๆ หมายถึง สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์) สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว สิทธิประกันเอกชน และการจ่ายเงินซื้อบริการเอง โดยผู้มีสิทธิ์สามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการและสถานพยาบาล ในส่วนของบริการให้คำแนะนำปรึกษาแก่คู่สมรส รวมทั้งการคุมกำเนิดวิธียาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย และการทำหมัน

โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น หมายถึง โครงการความร่วมมือระหว่างสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้บริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด และการสนับสนุนค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น ตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่โครงการกำหนด

การตั้งครรภ์ซ้ำ หมายถึง การตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป

วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร หมายถึง วิธีคุมกำเนิดชนิดห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสังกัดกรมอนามัย และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

6. ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากมีโรงพยาบาลหลายแห่งทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เก็บข้อมูลต้องขอจริยธรรมจากคณะกรรมการของหน่วยงานก่อนที่จะให้ข้อมูล เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้เก็บข้อมูลได้ก็ผ่านพ้นระยะเวลาของการเก็บข้อมูลไปแล้ว ประกอบกับโรงพยาบาลหลายแห่งได้ปฏิเสธการให้ข้อมูลเฉพาะการสัมภาษณ์ และบางแห่งทั้งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์

อนึ่ง การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ จึงไม่มีผลกระทบเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่มีอยู่ในระบบบริการ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในบทนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก ดังนี้

1. นโยบายและการบริหารการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย
2. การบริหารจัดการเพื่อการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด
3. สิทธิการรับบริการวางแผนครอบครัว
4. สถานการณ์การคุมกำเนิดในวัยรุ่น
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. นโยบายและการบริหารการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย

พัฒนาการด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวของไทย โดยใช้นโยบายประชากรและการพัฒนาการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยเป็นเกณฑ์ในการพิจารณานั้น สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล และคณะ, 2556)

ระยะที่หนึ่ง ช่วงก่อน พ.ศ. 2513 เป็นระยะเริ่มต้นก่อนเข้าสู่นโยบายการวางแผนครอบครัวหรือก่อนการประกาศใช้นโยบายประชากรในปี พ.ศ. 2513 เป็นช่วงที่รัฐบาลในขณะนั้นและก่อนหน้านั้นเน้นนโยบาย “การเพิ่มจำนวนพลเมืองเพื่อเสริมสร้างความเจริญก้าวหน้าของประเทศ” และดำเนินนโยบายเร่งเพิ่มจำนวนประชากร เนื่องจากการสำรวจสำมะโนประชากรครั้งแรกในปี พ.ศ. 2453 ประเทศไทยมีประชากรเพียง 8 ล้านคนเศษ อย่างไรก็ตามเมื่อได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของธนาคารโลกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประเทศ ในขณะที่มีอัตราการเพิ่มประชากรสูงกว่าร้อยละ 3 ผู้นำและนักวิชาการเริ่มตระหนักถึงปัญหาประชากร รัฐบาลเริ่มสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรไปศึกษาต่อ ด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว และรับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศในการศึกษาวิจัย อบรมแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ในการให้บริการคุมกำเนิด รวมทั้งมีการสัมมนาปัญหาประชากรในปี พ.ศ. 2505, 2508 และ 2511 นอกจากนั้นเริ่มมีโครงการวิจัย เช่น “โครงการโพธาราม” จังหวัดราชบุรี ซึ่งศึกษาถึงการรับรู้ เจตคติ ต่อการคุมกำเนิดของประชาชน และมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ห่วงอนามัยให้บริการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2508 เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นรากฐานให้การประกาศนโยบายประชากรเป็นที่รับรู้ เข้าใจ และส่งเสริมการเตรียมแผนปฏิบัติการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานวางแผนครอบครัวได้อย่างจริงจังต่อมา

ระยะที่สอง (ประกาศนโยบายประชากร พ.ศ. 2513 – 2539) เป็นระยะที่รัฐบาลสนับสนุนการลดอัตราการเกิดอย่างจริงจัง เริ่มเมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายประชากรครั้งแรกเมื่อวันที่ 17 มีนาคม

พ.ศ. 2513 ความว่า "รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบใจสมัคร เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับอัตราการเพิ่มของประชากรสูงมาก ที่จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ" มีการจัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ นับว่าเป็นช่วงที่การดำเนินงานวางแผนครอบครัว การลดการเพิ่มประชากรของประเทศประสบความสำเร็จอย่างงดงาม ได้รับการยอมรับและถูกกล่าวถึงให้เป็นตัวอย่างประเทศในการทำงานวางแผนครอบครัว กล่าวคือ ภายในเวลาไม่ถึง 40 ปี อัตราการเกิดลดลงจากร้อยละ 3.0 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2539 และร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2546 และอัตราการคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 79.3 ในปี พ.ศ. 2555 ความสำเร็จนี้แสดงว่ารัฐบาลเห็นความสำคัญของนโยบายประชากร สนับสนุนนโยบาย แผนและการปฏิบัติงานวางแผนครอบครัว มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบชัดเจน มีคณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติที่ประกอบไปด้วยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำมีวิสัยทัศน์ การบริการและการเข้าถึงบริการเป็นไปด้วยดี ประกอบกับการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ นอกจากนั้นความสำเร็จของโครงการ ยังเกิดจากการคำนึงถึงผู้รับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการ รวมทั้งการติดตาม การประเมินผลและการวิจัยอีกด้วย ส่งผลให้มีการดำเนินการอย่างจริงจังในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 - 7

ระยะที่สาม ระยะก้าวเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพประชากรด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา เมื่อประเทศไทยสามารถลดอัตราการเกิดได้จนถึงระดับต่ำกว่าระดับทดแทน แต่ก็ยังมีปัญหา "การเกิดน้อยแต่ด้วยคุณภาพ" โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิด หรือการคุมกำเนิดผิดพลาด เป็นต้น ประกอบกับปัญหาวัยรุ่นและเยาวชนขาดภูมิคุ้มกันความรู้เรื่องเพศ และความรับผิดชอบเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของแม่ขณะตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกยังไม่เหมาะสม เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และประเทศไทยได้รับแผนปฏิบัติการประชากรกับการพัฒนา (The International Conference in Population and Development หรือ ICPD-PoA 1994) ในการประชุมระหว่างประเทศ ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี พ.ศ. 2537 เพื่อการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์ถ้วนหน้า จึงได้ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการด้านประชากร กำหนดกรอบแนวทาง และองค์ประกอบของอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับประเทศไทย และนำแผนดังกล่าวบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ต่อมาในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติขึ้น ความว่า "คนไทยทุกคนทั้งชายหญิง ทุกกลุ่มอายุ จะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี" จากนโยบายดังกล่าว มีการกำหนดองค์ประกอบของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก 10 เรื่อง คือ 1) การวางแผนครอบครัว 2) การอนามัยแม่และเด็ก 3) เอชไอวี/เอดส์ 4) โรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ 5) มะเร็งของระบบสืบพันธุ์ 6) เพศศึกษา 7) การแท้งและภาวะแทรกซ้อน 8) อนามัยวัยรุ่น

9) ภาวะการมีบุตรยาก 10) ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ โดยกองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัยเป็นแกนนำในการดำเนินงาน

นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในบทบัญญัติมาตรา 6 บัญญัติว่า “สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม” (กรมอนามัย, 2551) เป็นการย้ำให้เห็นว่ารัฐให้ความสำคัญกับสุขภาพทางเพศของสตรีและระบุให้เห็นเป็นนโยบาย หลังจากนั้นกรมอนามัยเป็นหน่วยงานกลางในการผลักดันให้เกิดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557) ขึ้น โดยมีนโยบายส่งเสริมคุณภาพของการเกิดทุกรายในประเทศไทย เป็นที่ปรารถนา ปลอดภัยและมีคุณภาพ ด้วยการทำให้ประชากรทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาคและทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชากร สร้างประเทศให้รุ่งเรือง มั่งคั่งและมั่นคงสืบไป ซึ่งมีนโยบาย 6 ด้าน คือ 1) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่ และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนไทยทุกเพศ ทุกวัยมีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างเหมาะสม 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ 4) ยุทธศาสตร์การร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันให้งานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นเป็นวาระแห่งชาติ 5) ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมาย กฎระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ และ 6) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ และเทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์

ปัจจุบันการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย มิได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในส่วนของกรมอนามัยเท่านั้น ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ที่ร่วมดำเนินงาน ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การระหว่างประเทศ ภาคเอกชน ฯลฯ โดยใช้ศักยภาพของบุคลากร งบประมาณ การทำงานแบบบูรณาการ รวมทั้งกรมอนามัยมีการสร้างเครือข่ายในการทำงานโดยเฉพาะโครงการที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น เช่น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น 15-19 ปี (SRM) ภายในปี พ.ศ. 2556-2560 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ชัดเจน ที่จะให้วัยรุ่นมีความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ลดอัตราการคลอดของวัยรุ่น โดยการประสานความร่วมมือทุกระดับ มีภาคีเครือข่ายในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีโครงการ “อำเภออนามัยเจริญพันธุ์” ซึ่งเป็นความพยายามบูรณาการและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสถาบันครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

นอกจากนั้นอาจกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระยะที่ 3 คือการปฏิรูปการให้บริการสาธารณสุขของประเทศในปี พ.ศ. 2545 เมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทำให้โครงสร้างงานบริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดที่เคยบริหารจากส่วนกลางโดยกรมอนามัย เป็นการกระจายการบริหารไปสู่ท้องถิ่น ซึ่งมีผลต่อการบริการของเจ้าหน้าที่ และการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. การบริหารจัดการเพื่อการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด¹

ในช่วงแรกของการใช้นโยบายประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 นั้น เป็นช่วงที่ประเทศไทยใช้นโยบายและรณรงค์ด้วยคำขวัญ “ลูกมาก จะยากจน” รัฐบาลได้สนับสนุนให้ประชาชนได้รับบริการวางแผนครอบครัวอย่างกว้างขวาง ในช่วงนั้น กรมอนามัยเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบาย รวมทั้งการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิด ให้แก่หน่วยบริการของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นภายหลัง อาทิ ยาฝังคุมกำเนิด และถุงยางอนามัยสตรี การบริหารเวชภัณฑ์นี้เกี่ยวข้องกับงบประมาณ การฝึกอบรม การบริการและความครอบคลุม รวมทั้งระบบสารสนเทศ เป็นต้น

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์นี้ได้เปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่มีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ทำให้เกิดผลกระทบด้านบริหารจัดการเวชภัณฑ์เนื่องจากนโยบายในการบริหาร สนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น โดยแต่ละจังหวัดจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งงบประมาณดังกล่าวจังหวัดนำไปจัดสรรให้แก่สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนและสถานบริการนั้นสามารถบริหารจัดการงบประมาณเอง เพื่อให้การทำงานคล่องตัวเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

ทั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนไทยทุกสิทธิ คือ กลุ่มประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามวิธีการวางแผนครอบครัวที่ระบุเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และทำหมัน ซึ่งบริการวางแผนครอบครัวนี้อยู่ในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดและงบประมาณ รวมทั้งบริการจึงต้องสอดคล้องกับเรื่องสิทธิประโยชน์

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การให้บริการวางแผนครอบครัวในหน่วยงานภาครัฐ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีการให้บริการทั้งวิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร กึ่งถาวร และแบบชั่วคราว ได้แก่ หมันหญิง หมันชาย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด โดยจำนวนการให้บริการการคุมกำเนิดแต่ละวิธีมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการส่วนหนึ่ง แต่ส่วนหนึ่งที่สำคัญคือการบริหารจัดการด้านงบประมาณในการจัดซื้อเวชภัณฑ์

¹ สรุปสาระสำคัญจากงานศึกษาของ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล และคณะ, 2556

วางแผนครอบครัว ที่งบประมาณอาจมีจำกัด จึงทำให้สถานบริการบางแห่งมีแนวโน้มในการจัดซื้อเวชภัณฑ์วางแผนครอบครัวที่ต้องจำกัดเฉพาะวิธีที่มีราคาไม่แพง เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด โดยดูได้จากรายงานการให้บริการคุมกำเนิดวิธีที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัย ซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง แต่การให้บริการคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และห่วงอนามัยนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวนี้อาจนำไปสู่ความด้อยประสิทธิภาพของการวางแผนครอบครัวได้ เพราะอาจมีผู้รับบริการบางส่วนที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง เนื่องจากมีข้อจำกัดของวิธีการคุมกำเนิดที่ให้บริการ

3. สิทธิการรับบริการวางแผนครอบครัว

ผู้รับบริการที่แบ่งตามสิทธิการรักษาพยาบาล สามารถแบ่ง 3 กลุ่ม คือ

1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นประชากรกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด สามารถใช้บริการคุมกำเนิดได้ฟรี ณ สถานบริการที่ได้มีทะเบียนอยู่

2. สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีสิทธิรับการคุมกำเนิดจากสวัสดิการข้าราชการ แต่สามารถใช้สิทธิของ สปสช.ได้โดยสถานบริการรับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวตามที่อยู่จาก สปสช.

3. สิทธิประกันสังคม โดยผู้ประกันตนทุกคน จะได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม เฉพาะการทำหมันเท่านั้น ณ หน่วยบริการตามบัตรรับรองสิทธิ แต่การใช้บริการคุมกำเนิดประเภทอื่นสามารถใช้สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ณ หน่วยบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมที่เข้าร่วมให้บริการ ซึ่งหน่วยบริการรับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว

ผู้ใช้บริการในแต่ละสิทธิจำเป็นต้องไปใช้บริการ ณ สถานที่ที่ตนได้ลงทะเบียนไว้ มิฉะนั้นจะต้องชำระค่าบริการเอง ซึ่งในความเป็นจริงแม้ผู้ใช้บริการจะไปรับบริการคุมกำเนิด ณ สถานที่ที่ตนสามารถใช้สิทธิ แต่ก็ยังไม่สามารถเลือกใช้บริการคุมกำเนิดที่ตนต้องการ หากสถานบริการไม่มีชนิดของวิธีคุมกำเนิดนั้น หรือขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่สามารถให้บริการ

อย่างไรก็ดี มีการศึกษาวิจัยในช่วงที่ผ่านมา พบว่า ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ง่าย คือ กลุ่มผู้ที่สมรสแล้ว จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ 2552 (สำนักงานสถิติ, 2553) พบว่า หญิงสมรสอายุระหว่าง 15-49 ปี ร้อยละ 77.4 ที่ตนเองหรือสามีคุมกำเนิดด้วยวิธีแบบสมัยใหม่ โดยวิธีที่ใช้กันมากที่สุด ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 35.0 ตามด้วยทำหมันหญิง ร้อยละ 23.7 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 14.0 ถุงยางอนามัย ร้อยละ 2.3 และวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อื่น ๆ (ยาคุมฉุกเฉิน/ยาคุมหลังร่วมเพศ ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และทำหมันชาย) ร้อยละ 2.5 ส่วนวิธีแบบดั้งเดิมที่ใช้ ได้แก่ นบระยะปลอดภัย ร้อยละ 1.7 และวิธีอื่น ๆ ร้อยละ 0.5

ในทางกลับกัน ผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ยาก ได้แก่ กลุ่มเปราะบางต่าง ๆ แม้ว่าประเทศไทยจะให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนทุกคนที่ต้องการใช้บริการโดยไม่จำกัดสถานภาพสมรส และเป็นบริการแบบสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนบางกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ยากเนื่องจากอุปสรรคทางวัฒนธรรม อาทิ ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส (กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2549) กลุ่มวัยรุ่น หรือหนุ่มสาวที่ยังไม่ได้แต่งงาน รวมถึงกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติกลุ่มที่เข้าเมืองไม่ถูกกฎหมาย โอกาสที่จะเข้ามารับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานพยาบาลเป็นไปได้ยาก

4. สถานการณ์การคุมกำเนิดในวัยรุ่น

4.1 การคุมกำเนิดในวัยรุ่น

การคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นทั้งเพศหญิงและเพศชายมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 5 เท่า จากร้อยละ 11.1 ในปี พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 64.2 ในปี พ.ศ. 2557 ส่วนนักเรียนหญิงอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 ก็มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 30.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 62.3 ในปี พ.ศ. 2557 อย่างไรก็ตามจะเป็นที่สังเกตได้ว่านับจากปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จะมีการเพิ่มขึ้นน้อยมาก ส่วนทางเลือกของวิธีการคุมกำเนิด จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่าส่วนใหญ่ประชากรอายุ 15-24 ปี จะเลือกใช้การคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยสูงถึงร้อยละ 71.9 รองมาคือยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 18.9 จะเห็นได้ว่ามากกว่าร้อยละ 90 จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยหรือยาเม็ดคุมกำเนิด มีประชากรอายุ 15-24 ปี น้อยมากที่เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น ยาฝังคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัย ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากบริบทของสังคมไทยที่การใช้การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มวัยรุ่นหรือผู้ที่ยังไม่ได้แต่งงาน ยังไม่ค่อยเป็นที่ยอมรับในสังคม ซึ่งถึงแม้ว่าทั้งถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดจะเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงเช่นกัน รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัยยังช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วย แต่สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นการใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดโดยไม่ถูกวิธีมีโอกาสสูง เช่น การลืมกินยา การใส่และถอดถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจได้ เนื่องจากยาเม็ดคุมกำเนิดมีอัตราล้มเหลวในทางปฏิบัติถึงร้อยละ 8 และมีอัตราการคงใช้เพียงร้อยละ 46.7 เท่านั้น ในการใช้เป็นระยะเวลา 1 ปี ส่วนถุงยางอนามัยก็มีอัตราล้มเหลวในทางปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 15 เช่นกัน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2557)

การรายงานของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต พบว่า สาเหตุวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่มีการป้องกันตัวเองเนื่องจากขาดทักษะการประเมินสถานการณ์เสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ได้เตรียมตัวและขาดความยับยั้งชั่งใจ นอกจากนี้ยังมีส่วนหนึ่งที่ไม่รู้วิธีใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกต้อง จึงปฏิเสธไม่ได้ว่ามีวัยรุ่นจำนวนมากที่ใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์ โดยในจำนวนนั้นไม่ค่อยทราบวิธีการใช้ที่ถูกต้อง (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2547)

อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามในการจัดการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน อาทิ กิจกรรม/โครงการของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โครงการอบรมฟื้นความรู้เรื่องเทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โครงการให้บริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด สำหรับพยาบาล โครงการอบรมยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุข โครงการส่งเสริมการจัดการบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โครงการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด ในการพัฒนาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น โครงการ รักนี้ คุมได้ ในสถานประกอบกิจการ โครงการ Young Love; รักเป็นปลอดภัยในสถานศึกษา โครงการ Be Sure: ปรีกษาได้ มั่นใจชั่ววี เป็นโครงการอบรมเรื่องการคุมกำเนิดและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับเภสัชกรประจำร้านขายยา ตลอดจนโครงการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำเยาวชนด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โครงการรณรงค์การสื่อสารในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของเยาวชนเป็นสำคัญ รวมไปถึงโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

4.2 การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ²

จากการที่กรมอนามัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) สำหรับให้บริการมีเพียงร้อยละ 36.6 เท่านั้น ประกอบกับยังพบว่าอัตราการคลอดของวัยรุ่นได้เพิ่มสูงขึ้น และการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นนโยบายระดับประเทศ ดังนั้นสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการ “การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่อยู่ในภาวะหลังคลอด หรือแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิด ได้เว้นช่วงการมีบุตรด้วยการใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรที่ออกฤทธิ์ได้นาน 3, 5 และ 10 ปี

² สรุปรจากเอกสารโครงการ “การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น” สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2557.

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรของโรงพยาบาลให้สามารถให้บริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด
2. สนับสนุนค่าบริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิดให้กับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

หลักเกณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่นในโครงการฯ

1. เป็นการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2557 เป็นต้นไป
2. บริการคุมกำเนิดทั้งถาวร หมายถึง บริการยาฝังคุมกำเนิด บริการห่วงอนามัย
3. ผู้รับบริการต้องเป็นประชาชนไทยเพศหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิ ที่อยู่ในภาวะหลังคลอด หรือแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิด
4. ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการใดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ หรือสถานพยาบาล/สถานบริการที่สมัครใจเข้าร่วมบริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

เงื่อนไข

1. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล/สถานบริการ ต้องบันทึกการให้บริการลงในเวชระเบียน ประกอบด้วยการวินิจฉัยตาม ICD 10 และการทำหัตถการตาม ICD 9 ที่ระบุชนิดของการบริการ ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย
2. หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล/สถานบริการพร้อมที่จะให้ตรวจสอบเวชระเบียน หาก สปสช. ร้องขอ
3. หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล/สถานบริการ ต้องให้การดูแลรักษาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

อัตราการจ่ายเงินสนับสนุนจากโครงการให้แก่สถานบริการที่เข้าร่วมโครงการ

1. กรณีบริการห่วงอนามัย จ่ายในอัตรา 800 บาทต่อราย
2. กรณีบริการยาฝังคุมกำเนิด จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อราย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด

อนรรตน์ อุดมฤทธิ์ (2543) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคุมกำเนิดของสตรี โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้หญิงในช่วงอายุ 15-44 ปี จำนวน 400 คน บริเวณชุมชนอินทร์พัฒนา และชุมชนมหาภาพ จากการศึกษาพบว่า วิธีการคุมกำเนิดที่นิยมมากเรียงตามลำดับ คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 39 การทำหมันหญิง ร้อยละ 23 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 15 ห่วงอนามัย ร้อยละ 10 การทำหมันชาย ร้อยละ 8 และยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 3

ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาอัตราการคุมกำเนิดในประเทศไทย พบว่า อัตราการคุมกำเนิดในประเทศไทย ในเขตชนบท ร้อยละ 76.1 สูงกว่าในเขตเมือง และกรุงเทพมหานคร ซึ่งในภาคเหนือมีอัตราการ คุมกำเนิดสูงสุด ร้อยละ 80.6 ส่วนภาคใต้มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำที่สุด ร้อยละ 60

อัมพวรรณ จิตอารีรัตน์ (2545) ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจต่อการใช้ยาคุมกำเนิดของสตรี ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจกับสตรีที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 220 คน ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง จากการศึกษาพบว่า ความนิยมของการ ใช้ยาคุมกำเนิด คือ ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานได้รับความนิยมมากที่สุด ร้อยละ 58.7 รองลงมา คือ ยาคุมกำเนิดชนิดฉีด ร้อยละ 29.5 ยาคุมกำเนิดชนิดฝัง ร้อยละ 9.3 และยาแปะผิวหนัง ร้อยละ 2.5 สาเหตุที่ใช้เพราะแพทย์หรือเภสัชกรแนะนำให้ใช้ แล้วจึงใช้ต่อๆ มา ยี่ห้อยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดที่นิยมใช้ คือ Microgynon, Diane-35, Lady E-35, Marvelon, Anna โดยเลือกจาก คุณภาพยา ราคา การหาซื้อ ได้ง่าย เป็นที่รู้จัก และรูปแบบบรรจุภัณฑ์สวยงาม พกพาสะดวก ส่วนด้านความพึงพอใจจากการใช้ยา คุมกำเนิดนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจมากกับการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน เพราะ ใช้ง่าย สะดวก สามารถคุมกำเนิดได้ดี และเมื่อต้องการมีบุตรก็สามารถหยุดใช้ได้ โดยไม่มีผลกระทบ ใดๆ นอกจากนี้ยังช่วยให้ประจำเดือนมาตรงเวลา การปวดท้องเวลามีรอบเดือน และผิวพรรณดีขึ้น แต่ มีข้อเสีย คือ ต้องทานทุกวันทำให้เกิดความยุ่งยาก บางครั้งลืมรับประทาน ทำให้เกิดความกังวลว่าจะ คุมกำเนิดต่อไปได้หรือไม่ บางรายเกิดอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ทำให้ไม่สามารถทานยาต่อได้

งานวิจัยเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการวางแผนครอบครัว (กองอนามัยการเจริญพันธุ์, 2548) ศึกษาในหญิงเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วและอยู่กินกับสามี อายุระหว่าง 15-44 ปี ทั้งที่กำลังใช้วิธี คุมกำเนิดและไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานอนามัยตัวอย่าง ซึ่ง ผู้รับบริการจะรับบริการวางแผนครอบครัวจากสถานบริการใดๆ ก็ได้ทั้งรัฐบาลและเอกชน ทั้งหมด 3,600 คน เกี่ยวกับเรื่องวางแผนครอบครัว พบว่า ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรู้จักยาฉีดคุมกำเนิด มากที่สุด รองลงมาคือ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ผู้รับบริการ รู้จักน้อยที่สุด ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดบางวิธีเท่านั้น ปัจจุบันผู้รับบริการใช้ ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด รองลงมา คือ ยาฉีดคุมกำเนิด และทำหมันหญิง วิธีคุมกำเนิดที่ผู้รับบริการ ใช้น้อยสุดคือ ทำหมันชาย ผู้รับบริการส่วนใหญ่รับบริการจากสถานบริการของรัฐ คือ สถานอนามัย มากที่สุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน มีผู้รับบริการส่วนหนึ่งรับบริการ จากร้านขายยา และคลินิกแพทย์ โดยให้เหตุผลว่า สะดวก ใกล้บ้าน หาซื้อง่าย และสถานอนามัยไม่มี ยาี่ห้อที่เคยใช้ ซึ่งยาี่ห้อใหม่ที่ให้บริการอยู่ในขณะนั้นใช้แล้วมีอาการข้างเคียงสูง ผู้รับบริการไม่ ต้องการใช้ต่อไป จึงต้องไปซื้อยาจากร้านขายยา และคลินิก สถานบริการของรัฐส่วนใหญ่ไม่เสีย ค่าบริการ เพราะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สถานบริการของเอกชน ได้แก่ ร้านขายยา คลินิกแพทย์ผู้รับบริการจะเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าแต่ไม่มากนัก ขึ้นอยู่กับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้

และยี่ห้อของเวชภัณฑ์ สำหรับทำหมันหญิงจะค่อนข้างสูง เพราะคิดค่าบริการรวมกับค่าทำคลอดด้วย ในเรื่องของความพึงพอใจของผู้รับบริการจากสถานบริการทุกประเภทโดยรวม พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 80.8 หากพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสะดวกจากบริการ อัตราค่า คุณภาพบริการ และค่าใช้จ่ายจากการรับบริการ มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ร้อยละ 65.3 เมื่อแยกเป็นสถานบริการของรัฐและเอกชน พบว่า สถานบริการของรัฐโดยรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจร้อยละ 83.0 แยกวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า ด้านค่าใช้จ่ายจากการรับบริการ ด้านความสะดวกจากบริการ อัตราค่า และคุณภาพบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ มีความพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 90.7, 80 และ 67.4 ตามลำดับ ส่วนสถานบริการของเอกชน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพียงร้อยละ 69.5 เท่านั้น แยกวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่า ด้านค่าใช้จ่ายจากการรับบริการ ด้านความสะดวกจากบริการ และคุณภาพบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ มีความพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 78.4, 76.3 และ 67.6 ตามลำดับ

จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ 2552 (สำนักงานสถิติ, 2553) พบว่า หญิงสมรสอายุระหว่าง 15-49 ปี ร้อยละ 77.4 ที่ตนเองหรือสามีคุมกำเนิดด้วยวิธีแบบสมัยใหม่ โดยวิธีที่ใช้กันมากที่สุด ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 35.0 ตามด้วยทำหมันหญิง ร้อยละ 23.7 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 14.0 ถุงยางอนามัย ร้อยละ 2.3 และวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อื่น ๆ (ยาคุมฉุกเฉิน/ยาคุมหลังร่วมเพศ ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และทำหมันชาย) ร้อยละ 2.5 ส่วนวิธีแบบดั้งเดิมที่ใช้ ได้แก่ นบระยะปลอดภัย ร้อยละ 1.7 และวิธีอื่น ๆ ร้อยละ 0.5 อัตราการคุมกำเนิดแปรผันตามอายุของหญิงสมรส กลุ่มอายุ 30 - 44 ปี มีอัตราการคุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น หญิงอายุน้อยนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวคือ ยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่าวิธีอื่น รองลงมา คือ ยาฉีดคุมกำเนิด ขณะที่หญิงอายุ 40 - 49 ปี นิยมใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรมากที่สุด คือ ทำหมันหญิง รองลงมาใช้แบบชั่วคราวคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด

จากการวิจัยของอัลญานี สมุห์เสนีโต (2554) ที่ศึกษาถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรไทย-พุทธและไทย-มุสลิมที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และสมรส/อาศัยอยู่ร่วมกับสามี-ภรรยา ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 440 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างไทย-พุทธและไทย-มุสลิมรับรู้สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในสัดส่วนต่ำมาก และกลุ่มตัวอย่างไทย-พุทธ และไทย-มุสลิมไม่ได้ใช้สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ บางประการด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว ทั้งผู้ที่นับถือศาสนาพุทธและผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่ใช้การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ในขณะที่ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมีร้อยละของการใช้การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 55.9 สำหรับวิธีการคุมกำเนิดที่เลือกใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเลือกใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.1 รองลงมา คือ การนบระยะปลอดภัย และยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 13.6

และ 10.2 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับผู้ที่นับถือศาสนาพุทธเลือกใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.8 รองลงมา คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และการหลั่งภายนอก (ร้อยละ 14.6 และ 13.8 ตามลำดับ)

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติได้จัดทำโครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2554 (สุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล, 2554) เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยใช้แบบสอบถาม ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะกลุ่มในบางพื้นที่ ผลการศึกษา พบว่า สถานบริการส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดนโยบายด้านการวางแผนครอบครัวเป็นการเฉพาะ และมีบางส่วนที่ระบุว่ามีการกำหนดไว้แต่เป็นนโยบายเดิมที่ปฏิบัติต่อ ๆ กันมา ซึ่งมุ่งเน้นการลดอัตราการเพิ่มประชากร ดังนั้นการจัดซื้อเวชภัณฑ์ส่วนใหญ่ของสถานบริการยังคงมุ่งเน้นการจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มีราคาถูก และจัดซื้อเพียงไม่กี่สูตร เพื่อให้ได้ปริมาณมากและเพียงพอต่อการรองรับผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวชภัณฑ์คุมกำเนิดประเภทกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด) นั้น มีสถานบริการจำนวนไม่มากนักที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้ เนื่องจากเป็นเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพง ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ เพราะทำให้ผู้รับบริการขาดโอกาสหรือทางเลือกในการรับบริการ เพราะพบว่า เมื่อมีผู้มารับบริการขอใช้บริการยาฝังคุมกำเนิดหรือห่วงอนามัย สถานบริการที่มีได้จัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้ จะแนะนำให้ผู้รับบริการใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น

การศึกษาของสุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล และคณะ (2556) เรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์การให้ บริการวางแผนครอบครัวเพื่อการวางแผนการเกิดอย่างมีคุณภาพในประเทศไทย เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ ในเรื่องนโยบายกำหนดให้สถานบริการเปิดรับบริการวัยรุ่นอย่างเป็นมิตร พบว่า สถานบริการไม่มีความพร้อมทั้งเรื่องกำลังคน สถานที่ เจตคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้รับบริการ ความเข้าใจและการให้ความสำคัญต่อประเด็นปัญหาของผู้บริหาร การสนับสนุนในด้านระบบบริหารจัดการ การสนับสนุนเวชภัณฑ์ การร่วมมือระหว่างภาคี เป็นต้น

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในวัยรุ่น

พัชรินทร์ ไชยपाल (2543) ศึกษาทักษะความสามารถ บทบาท การทำงาน และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา โดยการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น จากการใช้แบบสอบถามปลายเปิด กับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาในสถานที่พักชั่วคราวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 60 ราย สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ เมื่อตั้งครรภ์ ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวไม่สะดวกเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะหญิงที่มีร่างกายเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่หรือวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ รับประทานอาหารไม่ได้หรือได้น้อย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ในหญิงที่มีโรคประจำตัวในขณะที่ตั้งครรภ์ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เป็นต้น 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย หวาดระแวง เนื่องจากต้องปกปิด ไม่กล้าและไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ยังไม่สามารถทำใจยอมรับการตั้งครรภ์ของตนเอง ไม่พร้อมที่จะรับบทบาทมารดา ปฏิเสธบุตร ทำร้ายบุตรทั้งที่คลอดแล้วและยังไม่ได้คลอดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ดิดทำแท้ง ทำร้ายตนเอง หรือคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โกรธง่าย เครียดจนรับประทานอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับ สับสน ร้องไห้ ท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล กลัวการคลอด รู้สึกผิดบาป และไม่สามารถวางแผนเพื่อจัดการชีวิตในอนาคตได้ 3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ฝ่ายชายหรือสามีไม่รับผิดชอบ ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมไม่ยอมรับ ต้องหยุดพักการเรียน ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือต้องลาออกจากงานประจำที่ทำอยู่ ทำให้มีปัญหาทางการเงิน ขาดที่พึ่งพิงและที่ปรึกษาในขณะที่คลอดและหลังคลอด ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ คือ จากผลการศึกษาพบว่ามารดาที่ตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ควรมีการรณรงค์ให้วัยรุ่นอยู่ในสถานศึกษาให้นานขึ้น เพื่อให้วัยรุ่นรู้จักคิด ไตร่ตรอง และใช้วิจารณญาณมากขึ้นในการทำสิ่งต่างๆ ได้ ควรต้องมีการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดแก่กลุ่มหญิงวัยรุ่นหญิงพันธุ์ โดยเฉพาะในชนบทห่างไกล นักเรียนในระดับประถมศึกษาตอนปลาย และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

วิทยานิพนธ์เรื่อง ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน: สถานการณ์ความรู้ทัศนคติและการใช้ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา จังหวัดพัทลุง (ภาคณัฐ ทองขาว, 2545) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษา จังหวัดพัทลุง ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน 4 แห่ง จำนวน 465 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้นักเรียนตอบเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 14-24 ปี เคยมีประสบการณ์ทางเพศร้อยละ 33 (ชาย ร้อยละ 40, หญิง ร้อยละ 27) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 34 ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารมากที่สุดคือเพื่อน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องยาเม็ดคุมกำเนิดในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่ทราบระยะเวลาการใช้ที่ถูกต้อง แต่ทัศนคติต่อยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ค่อนข้างดี กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 22 เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งขาดความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และยืนยันที่จะใช้วิธีนี้ต่อไป

กนกวรรณ ธรรมารณ และคณะ (2545) ศึกษาประสบการณ์การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม โดยศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มหญิงที่ตั้งครรภ์และตัดสินใจทำแท้ง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม คือ ไม่ได้คุมกำเนิด การคุมกำเนิดล้มเหลว ไม่สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้ การถูกข่มขืน มีเพศสัมพันธ์จนเกิดการตั้งครรภ์โดยที่ยังไม่มีความพร้อมหรือไม่ต้องการมีบุตร เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ปฏิกริยาแรกของผู้หญิง คือ ความหนักใจ ความไม่สบายใจเกือบทั้งหมดเริ่มจากความตกใจ กังวลใจ และกลัว หลายรายอยากฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม ความหนักใจและกังวลใจมีระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งมาจากสถานการณ์ขณะนั้นที่ผู้หญิงเผชิญอยู่ ว่าอยู่ในวัยใด อยู่ในสถานภาพสมรส มีคู่ หรือยังโสด ทำงาน หรือเรียน มีความรู้หรือมีข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้ง

อย่างไร ผู้ชายมีส่วนรับผิดชอบในการตั้งครรภ์เพียงไร ที่สำคัญที่สุด คือ บุคคลรอบข้างมองและเข้าใจเรื่องนี้อย่างไร และปัจจัยที่สำคัญที่สุดอีกอย่างหนึ่งคือ ฐานะทางการเงินสามารถเลี้ยงดูอีกหนึ่งชีวิตต่อไปได้หรือไม่

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้นล้วนมีส่วนอย่างยิ่งที่ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจว่าจะยุติการตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ต่อไป ในกระบวนการตัดสินใจนี้ มีกระบวนการต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย อาทิเช่น ผู้หญิงไม่มีข้อมูลในการตัดสินใจว่าถ้าหากตั้งครรภ์ต่อไป หรือการทำแท้งจะส่งผลต่อชีวิตของตนเองอย่างไร ไม่สามารถหาผู้ฟังหรือให้คำปรึกษาได้ จนเมื่อได้รับคำแนะนำระยะเวลาของการตั้งครรภ์ก็ล่วงเลยมาจนไม่สามารถทำแท้งได้ ข้อมูลและคำปรึกษาจึงเป็นความจำเป็นพื้นฐาน เมื่อต้องเผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม บรรทัดฐาน ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรม เป็นปัญหาที่ผู้หญิงต้องเผชิญมากที่สุด ผู้หญิงจะรู้สึกโดดเดี่ยว อับอาย ลงโทษตัวเองในสิ่งที่ทำลงไป เนื่องจากความคาดหวังของสังคม และทัศนคติของคนรอบข้าง สภาพเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจทำแท้ง ความเห็นเกี่ยวกับว่าฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ หรือการที่ฝ่ายชายเป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมนั้นเป็นสิ่งที่ถูกกล่าวถึงน้อยมากในสังคมไทย

สมพร เตรียมชัยศรี (2545) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทยจากการทบทวนเอกสารสิ่งตีพิมพ์ และงานวิจัยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532-2542 พบว่า ในวัยรุ่นแต่ละระดับมีทัศนคติทางเพศด้านการยอมรับทางสังคมต่างกัน วัยรุ่นชาย สังคมยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ผู้ที่ไม่มีเพศสัมพันธ์จะถูกเยาะเย้ยถากถางจากกลุ่มเพื่อน ส่วนวัยรุ่นหญิงนั้น สังคมไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ถือเป็นความไม่ถูกต้อง และเป็นรอยมลทินแก่ตนเองและครอบครัว ทัศนคติด้านการใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด วัยรุ่นชาย ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการ การคุมกำเนิดถือเป็นความรับผิดชอบของเพศหญิง วัยรุ่นหญิงไม่ค่อยกล้าหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด กลัวถูกมองว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นชาย ไม่มีผลกระทบต่อการซื้อเสียง อาจกลัวติดเชื้อมากแต่ไม่กลัวการตั้งครรภ์ วัยรุ่นหญิงมีผลกระทบด้านชื่อเสียง การตั้งครรภ์เป็นเครื่องบ่งชี้พฤติกรรม

บทความเรื่อง สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2547) ได้กล่าวถึงการใช้ถุงยางอนามัยว่าผลจากการศึกษาวัยรุ่นทั้งในระบบและนอกระบบ พบว่า วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่มีการป้องกันตัวเอง เกิดจากการขาดทักษะในการประเมินสถานการณ์เสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ได้เตรียมตัว และขาดความยับยั้งชั่งใจ และส่วนหนึ่งไม่รู้วิธีใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ถุงยางอนามัยไม่เป็น ส่วนความรู้เรื่องยาเม็ดคุมกำเนิดและผลข้างเคียง พบว่า วัยรุ่นทั้งหญิงและชายขาดความรู้ในเรื่องนี้ ทั้ง ๆ ที่วัยรุ่นนิยมใช้ยา Postinor หรือ Madonna แต่ก็รู้เลยว่ายาดังกล่าวมีประสิทธิภาพต่ำและมีผลข้างเคียงมาก ทำให้มีเลือดออก ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ อาเจียน ทำลายการทำงานของตับ เป็นต้น ทำให้วัยรุ่น

ต้องเสี่ยงต่อสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน จากผลข้างเคียงของยาและการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง วัยรุ่นส่วนใหญ่มักได้รับความรู้เรื่องเพศและการคุมกำเนิดจากเพื่อน ซึ่งเพื่อนก็มีความรู้ที่ไม่ดีพอ นอกจากนั้นคนขายยาก็คือเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่วัยรุ่นหญิงขอความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิด ซึ่งก็อาจได้รับข้อมูลอย่างผิด ๆ ได้ สำหรับทัศนคติต่อการรับบริการสาธารณสุข พบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะถ้ามีปัญหาทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ ติดยาเสพติด และมีปัญหาประจำเดือน) จะไม่ไปสถานบริการของรัฐเลย เพราะไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่สะดวกสบาย รอนาน ให้บริการไม่ประทับใจ เจ้าหน้าที่มองวัยรุ่นที่มาปรึกษาในทางลบว่ามีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน แต่วัยรุ่นมีทัศนคติที่ดีต่อศูนย์บริการของรัฐในระดับตำบลเพราะเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจและเป็นมิตร แต่ขาดเครื่องมือและจำนวนบุคลากรที่ให้บริการมีน้อย

วัชรารสี ภูลายเรียบ (2547) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของพฤติกรรมทางเพศ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรณีศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตตำบลเมืองยาง กิ่งอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 48.0 ระดับความรู้ไม่ดี ร้อยละ 27.0 ระดับความรู้ดี ร้อยละ 25.0 ทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติดี ร้อยละ 57.7 ระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 45.3 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเที่ยวสถานบันเทิง เคยดูหนังสือที่มีรูปโป๊เปลือย เคยดูวิดีโอ หรือภาพยนตร์เกี่ยวกับการร่วมเพศ สาเหตุที่อยากดูคือเพื่อหาประสบการณ์ ส่วนใหญ่ดูที่บ้านเพื่อน ด้านประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ พบว่า วัยรุ่นเคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 37.2 เพื่อนสนิทเคยชวนไปร่วมเพศกับบุคคลอื่น ร้อยละ 18.2 และเคยไปเมื่อเพื่อนสนิทชวนไปร่วมเพศกับบุคคลอื่น ร้อยละ 55.6 อายุต่ำสุดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือประมาณ 13 ปี บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกส่วนใหญ่เป็นเพื่อนผู้หญิง สาเหตุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ อยากทดลอง อยากหาประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่สวมถุงยางอนามัยบ้างบางครั้ง จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามพบว่า เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.6 และส่วนใหญ่แก้ปัญหาโดยการซื้อยาขับรอบเดือนมารับประทาน

สุพัฒน์ สมจิตสกุล (2548) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของนักเรียน นักศึกษา ในหอพักเขตเทศบาลเมืองน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางและรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักเรียน นักศึกษา ในหอพักเขตเทศบาลเมืองน่าน จัดเก็บข้อมูลโดยวิธีการเชิงคุณภาพ (RAP- Rapid assessment process) โดยวิธีการจัดกลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษา นักศึกษาอาชีวะ และกลุ่มบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าของหอพัก บุคลากรสาธารณสุข ครูอาจารย์ กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา นักเรียนอาชีวะที่เคยตั้งครรภ์ในวัยเรียน ซึ่งปรากฏผลการศึกษาดังนี้ ด้านรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ มีหลายรูปแบบ ได้แก่ สถานที่ ใช้ภายในหอพัก โดยยืมห้องของเพื่อน เข้าโรงแรมราคาถูก ริมแม่น้ำ

สถานที่ลับตาคน บ่อบำบัดน้ำเสีย รั้วข้างหอพัก ด้านการคุมกำเนิด มักไม่ใช่งูยางอนามัย ใช้วิธีการหลังภายนอก หรือยาเม็ดคุมกำเนิด ด้านความรู้ของนักเรียนนักศึกษา พบว่า มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ และขาดความรู้เรื่องการป้องกันไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ทศนคติด้านการมีเพศสัมพันธ์นั้น นักเรียนนักศึกษาต่างเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ ไม่มีผลทำให้อวัยวะในร่างกายเสียหาย นอกจากนั้นยังมีเรื่องของค่านิยมของวัยรุ่นหญิงที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อต้องการผูกมัดฝ่ายชาย และเก็บสะสมประสบการณ์ทางเพศ นักเรียนศึกษามีพฤติกรรมเลียนแบบดารานักแสดง เลียนแบบเพื่อนที่มีแฟน มีค่านิยมทางด้านวัตถุ เปรียบเทียบการมีเพศสัมพันธ์เหมือนการรับประทานอาหารหรือขนม ด้านการใช้ชีวิต นักเรียนนักศึกษา ใช้ชีวิตประมาท ขาดการวางแผน ประกอบกับสิ่งยั่วยุทางสังคม กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ในส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุข พบว่า ล้มเหลวในการให้ความรู้กับนักเรียนนักศึกษากลุ่มนี้ ในส่วนของผู้ปกครองนั้น ผู้ปกครองไม่ทันเหตุการณ์ รู้ไม่เท่าทันเด็กวัยรุ่น ผู้ปกครองมีทัศนคติเชิงลบต่อข้อมูลที่ได้รับ มีทัศนคติเชิงบวกต่อเด็ก ส่วนครูอาจารย์ รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น แก้ปัญหาเฉพาะราย ขาดการป้องกันในเชิงรุกที่ชัดเจน และครูไม่มีศักยภาพในการแก้ปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของเด็ก ผู้บริหารไม่มีนโยบายในการแก้ไขปัญหา ด้านชุมชน โดยทั่วไปมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รับรู้ปัญหาได้รับผลกระทบจากปัญหาโดยตรง และกลุ่มที่มองว่าปัญหานี้ไกลตัวและมีขนาดใหญ่เกินความสามารถของตนในการแก้ไข องค์การภาครัฐ มีภาระงานมาก ขาดความกระตือรือร้นในการทำงานแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ขาดการประสานงานระหว่างองค์กร ต่างฝ่ายต่างทำงาน โดยไม่ยึดปัญหาเป็นศูนย์กลาง ผู้บริหารขาดความสนใจ และขาดศักยภาพในการแก้ไขปัญหา

วิทยานิพนธ์เรื่อง พฤติกรรมทางเพศของแรงงานเด็กหญิงในจังหวัดสมุทรปราการ (สรีดา ศรีมะเริง, 2548) รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ประชากรเป้าหมาย คือเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 21 ราย ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทอผ้า 3 แห่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ระดับลึก ใช้เวลาเก็บข้อมูล 10 เดือน ผลการศึกษาพบว่า แรงงานเด็กหญิงทั้งหมดมีคู่สัมพันธ์ทางเพศแล้ว มีทั้งการคบหาเป็นเพื่อนต่างเพศ เป็นแฟนหรือคู่รัก และเป็นคู่สามีภรรยา เป็น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีการคุมกำเนิดใด ๆ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา ทำให้ต้องประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาเช่นเดียวกับหญิงไทยทั่วไป

งานวิจัยเรื่องการศึกษาการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น : กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี (นุชนาฏ หวนนากลาง และคณะ, 2553) เก็บข้อมูลในสถานศึกษา 6 แห่ง มีนักเรียนระดับอาชีวศึกษาและนักศึกษาระดับอุดมศึกษา เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 399 คน จากการศึกษา พบว่านักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 84.2 มีความต้องการความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิด/วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ /HIV/เอดส์ ความคิดเห็นของวัยรุ่นเกี่ยวกับรูปแบบบริการ

เกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับวัยรุ่นที่ต้องการ 3 ลำดับแรก ได้แก่ คลินิกให้การปรึกษาแบบรายบุคคล คลินิกตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตู้ถุงยางหยอดเหรียญ บุคคลที่ต้องการให้การปรึกษา 3 ลำดับแรก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน/บุคคลวัยเดียวกัน และอินเทอร์เน็ต สถานที่ตั้งในการให้บริการ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาล สถานศึกษา และศูนย์วัยรุ่น

การวิจัย เรื่อง การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส) ปี พ.ศ. 2554 (ศิริพร จิรวัดณ์กุล และคณะ, 2554) ดำเนินการ 3 ระยะ แต่จะนำเสนอเฉพาะระยะที่ 1 เท่านั้น ซึ่งระยะที่ 1 ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงพรรณนาและการวิจัยเชิงคุณภาพ มีกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลรวม 3,623 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี นับถึงกำหนดคลอด ที่มาฝากครรภ์หรือคลอดบุตร และผู้หญิงทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาขอรับบริการด้านสูตินรีเวชที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์ของ 7 จังหวัด คือ ภาคเหนือที่จังหวัดกำแพงเพชร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จังหวัดนครราชสีมา ภาคกลางที่จังหวัดสมุทรสงคราม สมุทรสาคร และประจวบคีรีขันธ์ ภาคใต้ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีและนราธิวาส ในช่วงเดือนเมษายน – สิงหาคม จำนวน 3,114 คน และผู้ให้ข้อมูลในเชิงคุณภาพ 509 คน เป็นวัยรุ่นหญิงและชาย อายุ 9 – 19 ปี พบว่า แม่วัยใสที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุด คือ 11 ปี และส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปี เด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดพบที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนเด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุตั้งแต่ 13 ปีลงมามากที่สุดคือภาคกลาง ร้อยละ 4.4 รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 4.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 และภาคใต้ ร้อยละ 2.3 ทั้งนี้แม่วัยใสในภาคใต้ ไม่ได้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด ร้อยละ 50.4 ส่วนแม่วัยใสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด ร้อยละ 32.1

การวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 (วีระชัย สิทธิปิยะสกุล และคณะ, 2555) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลจากนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดมัธยมศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และนักศึกษาที่กำลังศึกษาสังกัดสถาบันการอาชีวศึกษาและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในภาครัฐและเอกชน ปีการศึกษา 2555 จำนวน 42,234 คน จาก 45 จังหวัด 360 สถานศึกษา พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.4 วัยรุ่นระดับ ปวช.2 มีระดับความรู้สูงกว่าวัยรุ่นระดับ ม.2 ร้อยละ 31.0 และ 24.8 ตามลำดับ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง เป็นสิ่งจำเป็นที่วัยรุ่นต้องมีความรู้จึงสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้มากที่สุด ร้อยละ 97.7 และร้อยละ 49.4 มีความรู้ที่ผิดคิดว่าการหลั่งน้ำอสุภายนอกเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ดีที่สุด แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.4

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นนั้นมีทั้งสาเหตุมาจากปัจจัยภายใน คือ หญิงวัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ขาดความ

ตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และขาดอำนาจในการต่อรองผู้ชายในการมีเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงการมีบุตรคนแรกเร็ว เชื้อชาติ และศาสนาของหญิงวัยรุ่น ส่วนปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นหญิง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงวัยรุ่น ส่งผลให้ปัจจุบันวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำตามมา เมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ซึ่งผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นมีหลากหลายและรุนแรง ตั้งแต่ระดับบุคคล ได้แก่ หญิงวัยรุ่นและทารกในครรภ์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงวัยรุ่นซึ่งต่อไปในอนาคตจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ จึงควรร่วมมือหาแนวทางแก้ไขหรือวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น เพื่อมิให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมารดาและทารก หรือเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคมในอนาคต โดยเน้นที่การป้องกันที่สาเหตุของการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เช่น การให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในเรื่องความเสี่ยงหรือผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์แก่มารดาวัยรุ่น ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด การให้คำปรึกษาเรื่องวิธีคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร การช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความตระหนักหรือเห็นความสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ การช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความตระหนักหรือเห็นความสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นต้น

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

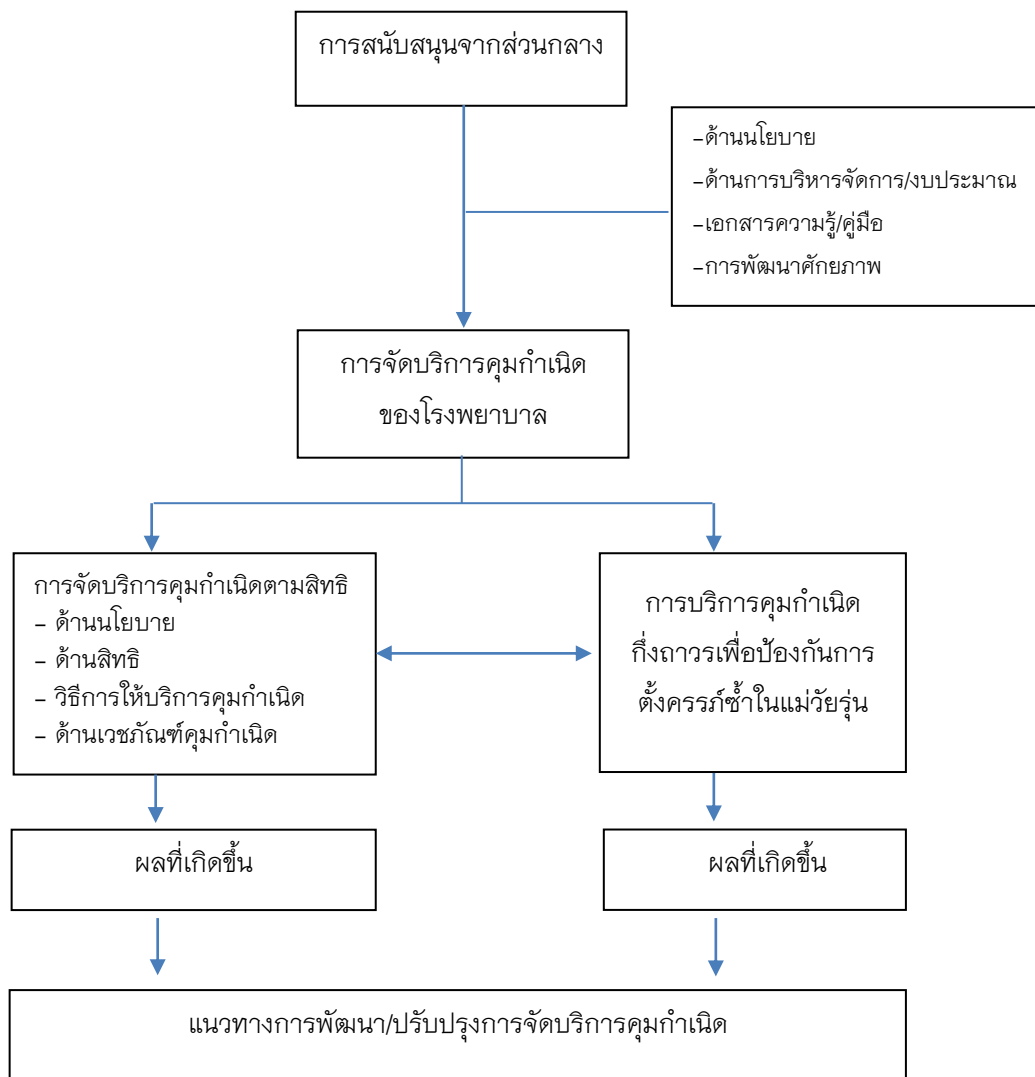
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนโยบายและการบริหารการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย การบริหารจัดการเพื่อการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด สิทธิการรับบริการวางแผนครอบครัว สถานการณ์การคุมกำเนิดในวัยรุ่นและโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

สืบเนื่องจากการบริหารจัดการเวชภัณฑ์นี้ได้เปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่มีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ทำให้เกิดผลกระทบด้านบริหารจัดการเวชภัณฑ์ ทำให้มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น โดยแต่ละจังหวัดจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งงบประมาณดังกล่าวจังหวัดนำไปจัดสรรให้แก่สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนและสถานบริการนั้นสามารถบริหารจัดการงบประมาณเอง เพื่อให้การทำงานคล่องตัวเหมาะสมในแต่และพื้นที่ โดยหน่วยงานส่วนกลางมีบทบาทในการสนับสนุนด้านนโยบาย การบริหารจัดการงบประมาณ รวมถึงองค์ความรู้/คู่มือ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรเพื่ออำนวยความสะดวกให้สถานบริการในพื้นที่ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนประสิทธิผลและประสิทธิภาพการให้บริการจะเป็นบทบาทโดยตรงของสถานบริการในพื้นที่ กอปรกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนไทยทุก สิทธิ ดังนั้น การจัดบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทยจึงมี ความเกี่ยวข้องกับสิทธิ รวมทั้งความครอบคลุมด้านวิธีการให้บริการและเวชภัณฑ์ ตลอดจนทักษะ ความสามารถ ความชำนาญและความเพียงพอของบุคลากรผู้ให้บริการ

และด้วยเหตุที่สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอัตราเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต และยังพบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมักไม่วางแผนการมีบุตร จึงมีภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำตามมา เมื่อมีการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดา วัยรุ่นเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนยัง ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย การวิจัยนี้จึงให้ความสนใจผลที่ เกิดขึ้นจากการบริการคุมกำเนิดถึงถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นตามโครงการการป้องกัน การตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ซึ่งมีสถานบริการจำนวนหนึ่งจากจำนวนสถานบริการที่ทำการสำรวจ ข้างต้นเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้เพื่อนำข้อค้นพบไปเป็นแนวทางในการพัฒนา/ปรับปรุงการให้บริการ คุมกำเนิดของประเทศไทย รวมทั้งการสนับสนุนจากส่วนกลางทั้งด้านนโยบาย การบริหารจัดการ การสนับสนุนทางวิชาการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

กรอบแนวคิดในการศึกษาการจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558



บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน โดยใช้แบบสอบถาม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้บริหารระดับอำเภอและผู้ปฏิบัติงานจำนวน 12 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ตามที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม STATA version 14 สุ่มแบบ Stratified Random Sampling โดยแบ่งตามเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยสังกัดกรมอนามัย และประเภทของโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดและวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1. วิธีการดำเนินงาน

1. คณะทำงานจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ได้จัดทำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์
2. นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (try out) ก่อนนำไปใช้จริง ณ โรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ระหว่างวันที่ 27-28 สิงหาคม 2558
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้จัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้จัดทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังจังหวัด โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร
5. วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล
6. จัดทำรายงานผลการวิจัย

2. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล ได้แก่

- ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ผู้บริหารโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน
- ผู้รับผิดชอบงานวางแผนครอบครัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาล

3. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังทุกโรงพยาบาล และ 2) การลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายของโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวอย่าง

3.1 การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังทุกโรงพยาบาล

ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 1,193 แห่ง ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ จำนวน 591 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 49.5

3.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ทำการสัมภาษณ์มีขั้นตอน ดังนี้

3.2.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วนของประชากร

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}$$

โดยกำหนดให้ Confidence level = 95 %

$$p = 40 \% ^3$$

Confidence interval width = 15 %

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ = 40 โรงพยาบาล

วางแผนการสุ่มตัวอย่างแบบไม่มีการแทนที่ (Sampling without replacement)

กำหนดให้กลุ่มที่ปฏิเสธให้เก็บข้อมูล = 50 %

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ = 60 โรงพยาบาล

3.2.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบช่วงชั้น (Stratified Random Sampling) โดยเริ่มจากแบ่งจังหวัดออกเป็นช่วงชั้นตามความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยทั้ง 12 ศูนย์และสุ่มมา 1 จังหวัดในแต่ละเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัย ร่วมกับกรุงเทพมหานครอีก 1 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด เมื่อได้จังหวัดทั้งหมดจากการสุ่มในช่วงชั้นแรกแล้ว จะแบ่งโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่ได้รับการสุ่มออกเป็นช่วงชั้นตามประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน จากนั้นจึงทำการสุ่มตามประเภทของโรงพยาบาลที่ได้

³ ใช้ฐานข้อมูลผลการสำรวจฯ ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งมีข้อค้นพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลทั้งหมดมีการให้บริการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (สุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล, 2554)

แบ่งออกเป็นช่วงชั้นดังกล่าว การสุ่มตัวอย่างทำโดยใช้โปรแกรม STATA version 14 (ดูรายละเอียดผล การสุ่มตัวอย่างในภาคผนวก 1)

4. เครื่องมือ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

4.1 แบบสอบถาม นอกจากคำถามเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลและสถานพยาบาลแล้ว คำถามหลักเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก (ภาคผนวก 2) คือ

ส่วนที่ 1 การจัดบริการคุมกำเนิดตามสิทธิต่างๆ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 2 การจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด

ส่วนที่ 3 การจัดบริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ตามโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีของ สปสช.ร่วมกับกรมอนามัย

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

4.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (ภาคผนวก 3) เป็นแนวคำถามที่สามารถยืดหยุ่นตามบทบาทของผู้ให้ข้อมูล โดยกำหนดประเด็นคำถามหลัก ๆ ได้แก่

ผู้บริหาร

- นโยบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวในจังหวัด/สถานบริการ และนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- สิทธิประโยชน์ด้านการวางแผนครอบครัว ของ สปสช.
- ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นของหน่วยงาน
- ปัญหา อุปสรรคด้านการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาล
- ความสำเร็จของการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น
- ความต้องการการสนับสนุนต่างๆ
- ข้อเสนอแนะ

บุคลากรปฏิบัติ/ผู้ให้บริการ

- การปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว
- กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้บริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว
- การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของ กรมอนามัย ร่วมกับ สปสช.
- การรับบริการวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่น
- วิธีปฏิบัติในการให้บริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร

- การให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของสถานบริการ
- การให้บริการคุมกำเนิดตามชุดสิทธิประโยชน์ของสถานบริการ
- ปัญหา อุปสรรคในการให้บริการ
- ความต้องการการสนับสนุนต่างๆ

การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจะขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ซึ่งบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการศึกษาจะถูกนำมาถอดเทปเพื่อนำไปวิเคราะห์และจัดทำรายงานโดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นการเสนอข้อมูลในภาพรวมของการศึกษานี้เท่านั้น

5. การตรวจสอบข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ จะถูกตรวจสอบคุณภาพโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผ่านการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบต่างๆ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม และการวิจัยเอกสาร นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากหลากหลายกลุ่มประกอบกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือได้

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ค่าร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ตารางไขว้ (cross-tabulation)

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ 2) ศึกษาผลการจัดบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น บทนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษาโดยจัดลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. การจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ
2. การจัดบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น
3. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
4. ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง

ข้อมูลส่วนที่เป็นแบบสอบถามได้ส่งไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศทุกสังกัดยกเว้นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ไม่ได้จัดบริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ สำนักงานแพทย์ใหญ่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 591 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 49.5 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 1,193 แห่งที่ทำการส่งแบบสอบถามไป (ตารางที่ 4.1) ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 419 แห่ง (ร้อยละ 70.9) รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ 4.2) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่คือพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 72.0 รองลงมาคือ บุคลากรฝ่ายต่างๆ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร แพทย์ (ตารางที่ 4.3)

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และบุคลากรผู้ให้บริการ จากโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน 57 แห่ง ในพื้นที่ 12 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 95.0 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 60 แห่งที่ได้รับการสุ่มและติดต่อขอสัมภาษณ์ (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลที่ได้รับแบบสอบถาม	1,193	100
โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม	591	49.5

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทโรงพยาบาล		
- โรงพยาบาลศูนย์	12	2.0
- โรงพยาบาลทั่วไป	41	6.9
- โรงพยาบาลชุมชน	419	70.9
- โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	11	1.9
- โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	37	6.3
- โรงพยาบาลเอกชน	71	12.0
รวม	591	100.0

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณจำแนกตามอาชีพ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ตอบแบบสอบถาม		
- แพทย์	31	5.3
- พยาบาลวิชาชีพ	426	72.0
- นักวิชาการสาธารณสุข	50	8.5
- เภสัชกร	31	5.3
- อื่นๆ เช่น ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายเภสัชกรรม หัวหน้าแผนกสูติ-นารีเวช ฯลฯ	53	8.9
รวม	591	100.0

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลที่ติดต่อขอสัมภาษณ์	60	100
โรงพยาบาลที่ให้สัมภาษณ์	57	95.0

1. การจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ

1.1 ด้านนโยบาย

หากพิจารณาการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงการปฏิรูประบบสุขภาพ ผลการศึกษาด้านนโยบาย จะพิจารณาใน 2 ระดับคือ นโยบายจากส่วนกลาง และนโยบายในระดับพื้นที่หรือนโยบายเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล โดยในบทนี้จะเน้นเฉพาะนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในด้านการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้

1.1.1 นโยบายสนับสนุนจากส่วนกลาง

สืบเนื่องจากความสำเร็จของการวางแผนครอบครัวที่มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนถึงปัจจุบัน การดำเนินนโยบายจากส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด ตลอดจนการแก้ปัญหาด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย จึงมิได้จำกัดอยู่เฉพาะในส่วนของการอนามัยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต อีกทั้งองค์การระหว่างประเทศ ภาคเอกชน ฯลฯ มีการจัดทำและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ภาควิชาหรือสายเพื่องานอนามัยเจริญพันธุ์ และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการปฏิรูปการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2545 เมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามันการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) ซึ่งสนับสนุนให้เกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ตลอดจนการผลักดันร่างพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ทำให้โครงสร้างงานบริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดที่เคยบริหารจากส่วนกลางโดยกรมอนามัย เป็นการกระจายการบริหารไปสู่ท้องถิ่น ซึ่งมีผลต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ

ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2545 ผู้รับบริการนิยมคุมกำเนิดด้วยวิธีใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด ประกอบกับกรมอนามัยมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในสถานบริการทุกระดับ ให้สามารถใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิดได้ จากการที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ส่งผลให้การคุมกำเนิดด้วยวิธีห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิดมีแนวโน้มลดลง ดังปรากฏได้จากรายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2549 และ ปี 2552 และรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบว่าสตรีสมรสหรือกำลังอยู่กินกับชายในประเทศไทยการคุมกำเนิดด้วยวิธีห่วงอนามัยลดลงร้อยละ 0.4 จากร้อยละ

1.2 ในปี พ.ศ. 2549 เหลือร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2555 และการคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยาคุมกำเนิดลดลง ร้อยละ 0.1 จากร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2549 เหลือร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 4.5) ด้วยเหตุผลจากผลการศึกษาของสุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล (2548) พบว่าผู้รับบริการที่เคยใช้ยาฝังคุมกำเนิดเมื่อครบกำหนดถอดและต้องการใช้ต่อก็ไม่สามารถจะใช้ได้ ผู้ให้บริการแนะนำให้ใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นแทน เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด สาเหตุที่ไม่มียาฝังคุมกำเนิดให้บริการเนื่องจากยาฝังคุมกำเนิดมีราคาแพง ราคาประมาณหนึ่งพันกว่าบาททำให้ผู้บริหารไม่มีนโยบายที่จะจัดซื้อ หากนางบประมาณในส่วนนี้มาซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดจะได้ยาปริมาณที่มากกว่า สำหรับห่วงอนามัยก็เช่นกันสถานบริการบางแห่งไม่ได้ให้บริการเนื่องจากห่วงอนามัยมีราคาแพง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล (2554) การที่สถานบริการไม่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพราะมีราคาแพง ผู้บริหารสถานบริการบางแห่งไม่มีนโยบายการให้บริการการคุมกำเนิดเป็นการเฉพาะ และจากรายงานฝ่ายระวังการแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ป่วยตัวเองและทำแท้งใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรมาก โดยใช้ห่วงอนามัย ร้อยละ 1.4 ยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 0.4 ในขณะที่ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 61.0 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินร้อยละ 13.0 และยาฉีดคุมกำเนิดร้อยละ 5.4 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558)

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของสตรีอายุ 15 – 49 ปีที่สมรสหรืออยู่กินกับชาย จำแนกตามวิธีคุมกำเนิด

วิธีคุมกำเนิด	RHS ¹	RHS ²	MICS ³
ยาเม็ดคุมกำเนิด	36.7	35.0	32.1
ยาฉีดคุมกำเนิด	12.4	14.0	12.6
ห่วงอนามัย	1.2	0.9	0.8
ยาฝังคุมกำเนิด	0.8	0.4	0.7
หมันหญิง	26.6	23.7	27.4
หมันชาย	0.9	0.9	0.5
ถุงยางอนามัย	1.2	2.3	2.6
อื่นๆ*	1.3	2.4	2.6
รวม	81.1	79.6	79.3

ที่มา: 1,2. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549,2552

3. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555

* ได้แก่ นักระยะปลอดภัย หลังนอกช่องคลอด ถุงยางอนามัยหญิง หมวกยาง โฟม สารหล่อลื่น กำลังให้นมบุตร
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน

กล่าวเฉพาะนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในการจัดบริการคุมกำเนิด สำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ถึงนโยบายดังกล่าวนี้ สรุปได้ว่าทุกฝ่ายมีความเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดี เพราะจะช่วยลดปัญหาทางสังคมได้ สามารถแก้ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม รวมทั้งช่วยลดขั้นตอนการให้บริการ ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วขึ้น เป็นต้น ดังตัวอย่างความเห็นบางส่วน ดังนี้

“เป็นนโยบายที่ดี สะดวกแก่ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ เป็นการลดภาระงาน เช่น สิทธิข้าราชการ เนื่องจากในอดีตจะพบว่าต้องมีการเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนเยอะมาก แต่ปัจจุบันพบว่าไม่ต้องดำเนินการในส่วนนั้นแล้ว โดยเมื่อมีผู้มารับบริการ โรงพยาบาลก็จะคีย์ข้อมูลเข้าระบบได้เลย”

“เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมานานแล้ว เริ่มตั้งแต่ การมีลูกมากจะยากจน ซึ่งได้มีการดำเนินงานมายาวนาน โดยมีผลการดำเนินงานเป็นอย่างดี”

“เห็นด้วยกับการมีนโยบายนี้ เพราะเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการให้กับภรรยาทหารซึ่งอยู่ในวัยทำงานที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตร รวมถึงเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการให้กับวัยทำงานซึ่งอยู่ในภาคอุตสาหกรรม มีประโยชน์กับวัยทำงานที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตร และแรงงานต่างด้าวที่ต้องการคุมกำเนิด”

(ประมวลความเห็นจากผู้บริหารโรงพยาบาลทุกประเภท)

อย่างไรก็ตาม มีผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนหนึ่งให้ความเห็นต่อนโยบายด้านการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในภาพรวมเพิ่มเติมว่า ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันอัตราการเกิดของประชากรลดน้อยลง อันเนื่องมาจากความสำเร็จของการดำเนินงานนโยบายดังกล่าวในช่วงระยะที่ผ่านมา ประกอบกับบริบทสังคมที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่วนกลางอาจจะต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนนโยบายโดยการส่งเสริมให้มีการเพิ่มอัตราเกิดเพื่อให้มีประชากรที่มีคุณภาพทดแทนเพิ่มขึ้น รวมทั้งประเด็นการจัดบริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลซึ่งจะเน้นนโยบายลดความเหลื่อมล้ำ โดยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่อาจทำให้ประชาชนไม่เห็นคุณค่าของยาที่ได้รับ ตลอดจนส่วนกลางควรพิจารณาใช้นโยบายลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ ในลักษณะการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมจ่าย (co-pay) ซึ่งจะช่วยลดภาระของรัฐ

“นโยบายอาจตอบสนองไม่เร็วกับสังคมปัจจุบัน ซึ่งเด็กเกิดน้อยอยู่แล้ว หากยังมามุ่งเรื่องวางแผนครอบครัวจะสวนทางกัน ... ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยน พอเด็กเกิดน้อย เราก็เลยปรับตัวไม่ทัน กรมอนามัย อาจจะต้องปรับเปลี่ยนส่งเสริมให้มีลูกเพิ่มขึ้น”

“นโยบายการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวที่ให้ในโรงพยาบาลโดยเน้นเรื่องการเข้าถึงบริการมากเกินไป ทำให้ประชาชนไม่เห็นคุณค่าของยาที่ได้รับไป เพราะได้ฟรีได้ง่าย น่าจะเป็นระบบ co-pay มากกว่า ไม่ควรใช้นโยบายลดความเหลื่อมล้ำ แต่ควรใช้นโยบายที่ลดช่องว่าง ไม่เช่นนั้นภาระค่าใช้จ่ายจะต้องเป็นของรัฐ”

(ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไปและเอกชน)

1.1.2 นโยบายของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลภาครัฐเกือบทุกแห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) รับนโยบายการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวมาจากส่วนกลาง ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยไม่มีนโยบายใหม่ที่กำหนดขึ้นเองเป็นการเฉพาะ และมีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งที่ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบาย/แนวทางการจัดบริการนอกเหนือจากการรับนโยบายมาจากส่วนกลาง ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามศักยภาพ เช่น

- โรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นการจัดบริการการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวตามนโยบายการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์ หรือ จังหวัด) จัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ⁴ ส่วนโรงพยาบาลขนาดเล็ก (เช่น โรงพยาบาลชุมชน) เน้นการจัดบริการเชิงตั้งรับเป็นหลัก

โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินนโยบายการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวมาจากกรมต้นสังกัด เนื่องจากเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมานานแล้ว เริ่มตั้งแต่ “การมีลูกมากจะยากจน” ซึ่งได้มีการดำเนินงานมายาวนาน โดยมีผลการดำเนินงานเป็นอย่างดี ซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นนโยบายหลักของกรม ที่ต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดให้มีนโยบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวเป็นการเฉพาะ โดยโรงพยาบาลส่วนหนึ่งจะดำเนินงานตามนโยบาย/แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งดำเนินงานในลักษณะงานประจำที่มีการให้ความรู้ การให้การปรึกษา และการจัดบริการคุมกำเนิด (บางประเภท เช่น ถุงยางอนามัย ยาฉีดคุมกำเนิด) ให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการ

⁴ การจัดบริการเชิงรุก : การจัดให้มีหน่วยบริการหรือทีมงานลงไปปฏิบัติการในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย เช่น การรณรงค์เรื่องการคุมกำเนิดในกลุ่มที่เสี่ยง (การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น) รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ต่างๆ ที่สามารถช่วยในเรื่องการคุมกำเนิดได้

การจัดบริการเชิงรับ : การจัดบริการในโรงพยาบาล

“โรงพยาบาลไม่ได้กำหนดนโยบายนี้เป็นการเฉพาะ แต่จะเป็นในลักษณะการดำเนินงานประจำที่มีการให้ความรู้ การปรึกษา และจัดบริการยาฉีดสำหรับการคุมกำเนิดเท่านั้น”

“โรงพยาบาลไม่ได้กำหนดนโยบาย แต่ดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข”

(ผู้บริหารและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

ส่วนนโยบายของโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างมีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่เป็นการจัดให้มีบริการตามนโยบายของผู้บริหาร ส่วนหนึ่งปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ (สปสช.) แต่ไม่เคร่งครัดมากนัก ในขณะที่บางส่วนไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายให้บริการวางแผนครอบครัว/คุมกำเนิดเป็นการเฉพาะ แต่จะเน้นการให้บริการการรักษาโดยทั่วไป ซึ่งมีการให้บริการวางแผนครอบครัว การให้ความรู้ การให้การศึกษา และการจัดบริการยาฉีดคุมกำเนิดสำหรับการคุมกำเนิดตามที่ได้รับบริการต้องการรวมอยู่ด้วย หนึ่งโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปส่วนใหญ่จะไม่รับผู้มาใช้บริการที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และสิทธิประกันสังคม

“โรงพยาบาลไม่ได้กำหนดเป็นนโยบาย แต่เป็นบริการที่โรงพยาบาลจัดไว้”

“ทำตามนโยบายของรัฐ แต่ไม่ได้เป็นลายลักษณ์อักษร และโรงพยาบาลไม่รับ 30 บาท และประกันสังคม”

“ทำตามนโยบายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้อำนวยการโรงพยาบาล”

(ผู้บริหารและผู้ให้บริการ โรงพยาบาลเอกชน)

กล่าวโดยสรุป โรงพยาบาลทุกแห่งมีความเห็นว่่านโยบายจากส่วนกลางเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในด้านการให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่ดี เพราะจะช่วยลดปัญหาทางสังคมได้ สามารถแก้ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มต่างๆ ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม รวมทั้งช่วยลดขั้นตอนการให้บริการ ทำให้สะดวกรวดเร็วขึ้น

ส่วนการกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันตามประเภทและศักยภาพของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับนโยบายการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวมาจากส่วนกลาง ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยอาจมีหรือไม่มีนโยบายใหม่ที่กำหนดขึ้นเองเป็นการเฉพาะ โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับนโยบายจากกรมต้นสังกัด รวมทั้งดำเนินงานตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวเป็นการเฉพาะ โดยมีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งดำเนินงานตามนโยบาย/แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และส่วนหนึ่งดำเนินงานในลักษณะเป็นการให้บริการตามปกติซึ่งไม่ครอบคลุมทุกวิธีการให้บริการคุมกำเนิด สำหรับโรงพยาบาลเอกชนมักเป็นการ

จัดให้มีบริการตามนโยบายของผู้บริหาร ซึ่งส่วนหนึ่งปฏิบัติตามเป็นนโยบายของรัฐ (สปสช.) และมีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายการให้บริการวางแผนครอบครัว/คุมกำเนิด แต่จะเน้นการให้บริการรักษาโดยทั่วไป ซึ่งมีการให้บริการวางแผนครอบครัวรวมอยู่ด้วย อนึ่ง เนื่องจากการรับบริการวางแผนครอบครัวจากโรงพยาบาลเอกชนต้องเสียค่าใช้จ่าย และโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปไม่รับผู้มาใช้บริการที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ทำให้มีผู้มารับบริการไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ

1.2 การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล

การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลตามนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในด้านวิธีการจัดการบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิ ผลการศึกษามีดังนี้

1.2.1 ด้านสิทธิ

ภาพรวมการจัดการบริการคุมกำเนิดตามสิทธิต่างๆ ของโรงพยาบาลทุกประเภท จำนวนทั้งหมด 591 แห่ง มีการจัดการบริการคุมกำเนิดครบทุกสิทธิ โดยเฉพาะสิทธิการจ่ายค่าบริการเองทุกโรงพยาบาลมีจัดการบริการครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) สำหรับสิทธิ สปสช. และสิทธิข้าราชการ มีจำนวนโรงพยาบาลจัดการบริการเท่ากัน คือร้อยละ 88.8 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 87.0, 74.8 ตามลำดับ ส่วนสิทธิประกันเอกชนมีจำนวนโรงพยาบาลจัดการบริการน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 46.7

เมื่อจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดการบริการตามสิทธิต่างๆ ดังนี้

- โรงพยาบาลศูนย์ มีการจัดการบริการสิทธิ สปสช. สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ เท่ากัน คือ ร้อยละ 100.0 จัดบริการตามสิทธิประกันแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 91.7 และสิทธิประกันเอกชน ร้อยละ 58.3

- โรงพยาบาลทั่วไป มีการจัดการบริการสิทธิ สปสช. สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ เท่ากัน คือ ร้อยละ 100.0 สิทธิประกันแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 97.6 และสิทธิประกันเอกชน ร้อยละ 56.1

- โรงพยาบาลชุมชน มีการจัดการบริการสิทธิ สปสช. และสิทธิข้าราชการ เท่ากัน คือ ร้อยละ 100.0 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 96.9 สิทธิประกันแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 88.5 และสิทธิประกันเอกชนมีเพียง ร้อยละ 50.8

โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดการบริการสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 81.8 สิทธิ สปสช. และสิทธิประกันสังคมเท่ากัน คือ ร้อยละ 63.6 จัดบริการสิทธิประกันแรงงานต่างด้าว และสิทธิประกันเอกชนเท่ากัน คือ ร้อยละ 18.2

ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดบริการสิทธิข้าราชการ และสิทธิ สปสช. ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันตามลำดับคือ ร้อยละ 83.8 และ 81.1 ตามลำดับ สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 67.6 สิทธิแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 29.7 และสิทธิประกันเอกชน ร้อยละ 16.2

โรงพยาบาลเอกชน มีการจัดบริการสิทธิประกันเอกชน และสิทธิประกันสังคม ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันตามลำดับคือ ร้อยละ 35.2 และ 32.4 ตามลำดับ สิทธิ สปสช. ร้อยละ 22.5 สำหรับสิทธิ ข้าราชการและสิทธิประกันแรงงานต่างด้าวมีการจัดบริการน้อย เพียงร้อยละ 18.3 และ 9.9 ตามลำดับ

ผลการศึกษาการจัดบริการคูกำเนิดตามสิทธิต่างๆ ของโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคูกำเนิดจำแนกตามสิทธิ และประเภทของโรงพยาบาล

ประเภท โรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล	ประเภทสิทธิ					
		สปสช.	ประกัน สังคม	ข้าราชการ	ประกันแรงงาน ต่างด้าว	ประกัน เอกชน	จ่ายเอง
โรงพยาบาลศูนย์	12	12 (100.0)	12 (100.0)	12 (100.0)	11 (91.7)	7 (58.3)	12 (100.0)
โรงพยาบาลทั่วไป	41	41 (100.0)	41 (100.0)	41 (100.0)	40 (97.6)	23 (56.1)	41 (100.0)
โรงพยาบาลชุมชน	419	419 (100.0)	406 (96.9)	419 (100.0)	371 (88.5)	213 (50.8)	419 (100.0)
โรงพยาบาลนอก สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	11	7 (63.6)	7 (63.6)	9 (81.8)	2 (18.2)	2 (18.2)	11 (100.0)
โรงพยาบาลนอก สังกัดกระทรวง สาธารณสุข	37	30 (81.1)	25 (67.6)	31 (83.8)	11 (29.7)	6 (16.2)	25 (67.6)
โรงพยาบาลเอกชน	71	16 (22.5)	23 (32.4)	13 (18.3)	7 (9.9)	25 (35.2)	71 (100.0)
รวม	591	525 (88.8)	514 (87.0)	525 (88.8)	442 (74.8)	276 (46.7)	591 (100.0)

1.2.2 วิธีการจัดบริการคูกำเนิด

วิธีการจัดบริการคูกำเนิดในการศึกษานี้ ได้แก่ ยาเม็ดคูกำเนิดฮอร์โมนรวม ยาเม็ดคูกำเนิด ชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร ยาเม็ดคูกำเนิดแบบฉุกเฉิน ยาฉีดคูกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัยฮอร์โมน ห่วงอนามัย Cu T 380 A ห่วงอนามัย ML Cu 375 ยาฝังคูกำเนิดชนิด 1 หลอด ยาฝังคูกำเนิดชนิด 2 หลอด หมันหญิง และหมันชาย

ภาพรวมผลการศึกษาวิธีการจัดบริการคูกำเนิดของโรงพยาบาลทุกประเภทและทุกสิทธิ พบว่า วิธีการคูกำเนิดที่โรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก คือ ยาฉีดคูกำเนิด ยาเม็ด

คุมกำเนิดฮอร์โมนรวม ฤๅยงอนามั๓ (ร้อยละ 96.4, 94.4 และ 85.3 ตามลําดับ) รองลงมาคื๑ การทํามันหญิง ร้อยละ 64.1 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้๓บุตร ร้อยละ 52.6 ยาฝั๑คุมกำเนิดชนิด 1 หลอด ร้อยละ 46.0 ห่วงอนามั๓ ML Cu 375 ร้อยละ 43.5

วิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลจัดบริการน้อยที่สุดหรืออีกนัยหนึ่งคื๑ เป็นวิธีการที่โรงพยาบาลจํานวนมาก**ไม่มีการให้บริการ** คื๑ วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ได้แก่ ยาฝั๑คุมกำเนิดชนิด 2 หลอด ร้อยละ 19.3 ห่วงอนามั๓ Cu T 380 A ร้อยละ 13.0 และห่วงอนามั๓ฮอร์โมน ร้อยละ 12.2 และเป็นที่นําสงเกตว่า วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวชนิดยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน เป็นวิธีการที่โรงพยาบาลร้อยละ 72.8 ไม่มีการจัดบริการ

การที่ห่วงอนามั๓ฮอร์โมนเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลจัดบริการน้อยที่สุดเนื่องจากห่วงอนามั๓ฮอร์โมนใช้ในการรักษากวาระที่เลือดประจำเดือนออกมากผิดปกติ อาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง หรือปวดประจำเดือนจากภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ มากกว่าการคุมกำเนิด และมีราคาอันละประมาณ 6,000 บาท ซึ่งสูงกว่าห่วงอนามั๓ชนิดอื่น ห่วงอนามั๓ฮอร์โมนคุมกำเนิดได๓นาน 5 ปี เช่นเดียวกับ ห่วงอนามั๓ ML Cu 375 ราคาอันละ 225 บาทเท่านั้น

โดยเหตุผลที่ไม่มีการจัดบริการตามลําดับจากมากไปน้อย คื๑ มีปริมาณการใช้หรือจํานวนผู้มารับบริการน้อย ราคาสูง และไม่มีบุคลากรให้บริการ นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นๆ ที่ไม่มีการจัดบริการ ได้แก่ ไม่มีการนําสอนยาเข้าคณะกรรมกรเมลั๓กรรมและการบําบัด (PTC) และ PTC ไม่อนุมัติเพราะไม่มีในบัญชียารายการของโรงพยาบาล ราคาขายเกินราคากลางทําคให้ผิ๓ระเบียบ ไม่มีบริษัทยามาเสนอขาย ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และผู้รับบริการไม่ร้องขอ (ตารางที่ 4.7)

สำหรับข้อมูลการจัดบริการวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวชนิดยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน จากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันทึ๑ 29 มิถุนายน 2542 ได้เห็นชอบให้มีการจัดบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤ๓จากความรุนแรงขึ้นในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขจึงได้รับนโยบายดังกล่าวไปดําเนินการ โดยสั่งการให้โรงพยาบาลในสังกัด จัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤ๓จากความรุนแรงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “ศูนย์ฟั๑ได้” (One Stop Service Crisis Center หรือ OSCC) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทําคู่มือแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ขึ้นในปี พ.ศ. 2544 เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดําเนินการปรับปรุงครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2547 และปรับปรุงเนื้อหาครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อให้สอดคล้องกับการดําเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ตามแนวทางปฏิบัติในกรณีเด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรงทางเพศเกี่ยวกับการป้องกันการจัดกรรมในวัยรุ่น โรงพยาบาลจะต้องจัดเตรียมยาป้องกันการตั้งครรภ์ คื๑ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินไว้ให้บริการ แต่ในทางปฏิบัติแต่ละปีจะมีจํานวนผู้รับบริการน้อยมากหากโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนจัดเตรียมยาไว้จะหมดอายุท้๑ๆ ที่ยังไม่ได้ใช้และมีราคาสูงกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม โรงพยาบาลสามารถใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

แทนยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ให้ใช้แทนกันได้ นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งได้ส่งต่อผู้รับบริการไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป

จากข้อมูลที่พบว่า มีโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดต่างๆ โดยให้เหตุผลว่าไม่มีบุคลากรให้บริการ จะพบในโรงพยาบาลบางแห่งของโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้สมัครเป็นหน่วยบริการของ สปสช. โรงพยาบาลเหล่านี้จะไม่มีบุคลากรเฉพาะที่มีความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการวางแผนครอบครัว เมื่อผู้รับบริการมาขอรับบริการจะไม่มีบริการ

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคุมกำเนิด จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิด	การจัดบริการ		เหตุผลที่ไม่มีการจัดบริการ*		
	จัดบริการ	ไม่มีจัดบริการ	ผู้มารับบริการน้อย	ราคาสูง	ไม่มีบุคลากรให้บริการ
วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว					
ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม	558 (94.4)	33 (5.6)	18 (54.5)	5 (15.2)	3 (9.1)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว สำหรับสตรีให้นมบุตร	311 (52.6)	280 (47.4)	127 (45.4)	65 (23.2)	11 (3.9)
ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	161 (27.2)	430 (72.8)	177 (41.2)	51 (11.9)	16 (3.7)
ยาฉีดคุมกำเนิด	570 (96.4)	21 (3.6)	7 (33.3)	-	3 (14.3)
ถุงยางอนามัย	504 (85.3)	87 (14.7)	28 (32.2)	5 (5.7)	5 (5.7)
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร					
ห่วงอนามัยฮอร์โมน	72 (12.2)	519 (87.8)	199 (38.3)	95 (18.3)	80 (15.4)
ห่วงอนามัย Cu T 380 A	77 (13.0)	514 (87.0)	214 (41.6)	68 (13.2)	72 (14.0)
ห่วงอนามัย ML Cu 375	257 (43.5)	334 (56.5)	154 (46.1)	45 (13.5)	56 (16.8)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด	272 (46.0)	319 (54.0)	125 (39.2)	106 (33.2)	43 (13.5)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด	114 (19.3)	477 (80.7)	165 (34.6)	119 (24.9)	65 (13.6)
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร					
ทำหมันหญิง	379 (64.1)	212 (35.9)	-	-	-
ทำหมันชาย	213 (36.0)	378 (64.0)	-	-	-

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล และมีโรงพยาบาลบางแห่งไม่ระบุเหตุผล

เฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลที่ระบุว่ามีการจัดบริการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ นั้น มีรายละเอียดการจัดบริการจำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด ดังนี้

ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 558 แห่ง พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีจัดบริการครบทุกแห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 17 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 58 แห่ง

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 311 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 25 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 219 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 42 แห่ง

ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 161 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 13 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 105 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 28 แห่ง

ยาฉีดคุมกำเนิด มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 570 แห่ง พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีจัดบริการครบทุกแห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 23 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 64 แห่ง

ถุงยางอนามัย มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 504 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 11 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 37 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 392 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 24 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 32 แห่ง

ห่วงอนามัยฮอร์โมน มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 72 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 30 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 26 แห่ง

ห่วงอนามัย Cu T 380 A มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 77 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 50 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 9 แห่ง

ห้วงอนามัย ML Cu 375 มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 257 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 167 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 11 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 38 แห่ง

ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 272 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 21 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 199 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 9 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 11 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 27 แห่ง

ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 144 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 13 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 72 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 14 แห่ง

หมันหญิง มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 379 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์จัดบริการครบทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 40 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 249 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 6 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 19 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 53 แห่ง

หมันชาย มีโรงพยาบาลที่จัดบริการคุมกำเนิดวิธีการนี้ จำนวน 213 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 10 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 35 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 102 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4 แห่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 14 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 48 แห่ง

โดยภาพรวมพบว่าวิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดบริการมากใน 3 อันดับแรกในสิทธิทุกประเภท คือ ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม กุญแจอนามัย รองลงมาคือ หมันหญิง ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด ห่วงอนามัย ML Cu 375 หมันชาย ส่วนวิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลให้บริการน้อยที่สุดคือ ห่วงอนามัยฮอร์โมน Cu T 380 A และยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดบริการคุมกำเนิด จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภท โรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล	วิธีการจัดบริการคุมกำเนิด											
		ยาเม็ด คุมกำเนิด ฮอร์โมนรวม	ยาเม็ดคุม กำเนิดชนิด ฮอร์โมนเดี่ยว สำหรับสตรีให้ นมบุตร	ยาเม็ด คุมกำเนิด แบบฉุกเฉิน	ยาฉีด คุมกำเนิด	ถุงยาง อนามัย	ห่วง อนามัย ฮอร์โมน	ห่วงอนามัย Cu T 380 A	ห่วงอนามัย ML Cu 375	ยาฝังคุม กำเนิดชนิด 1 หลอด	ยาฝังคุม กำเนิดชนิด 2 หลอด	หมันหญิง	หมันชาย
โรงพยาบาลศูนย์	12	12 (100.0)	5 (41.7)	4 (33.3)	12 (100.0)	11 (91.7)	1 (8.3)	3 (25.0)	7 (58.3)	5 (41.7)	4 (33.3)	12 (100.0)	10 (83.3)
โรงพยาบาลทั่วไป	41	41 (100.0)	25 (61.0)	13 (31.7)	41 (100.0)	37 (90.2)	5 (12.2)	9 (22.0)	26 (63.4)	21 (51.2)	13 (31.7)	40 (97.6)	35 (85.4)
โรงพยาบาลชุมชน	419	419 (100.0)	219 (52.3)	105 (25.1)	419 (100.0)	392 (93.6)	30 (7.2)	50 (11.9)	167 (39.9)	199 (47.5)	72 (17.2)	249 (59.4)	102 (24.3)
โรงพยาบาลนอกสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	11	11 (100.0)	8 (72.7)	3 (27.3)	11 (100.0)	8 (72.7)	3 (27.3)	2 (18.2)	8 (72.7)	9 (81.8)	4 (36.4)	6 (54.6)	4 (36.4)
โรงพยาบาลนอกสังกัด ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	37	17 (45.9)	12 (32.4)	8 (21.6)	23 (62.2)	24 (64.9)	7 (18.9)	4 (10.8)	11 (29.7)	11 (29.7)	7 (18.9)	19 (51.4)	14 (37.8)
โรงพยาบาลเอกชน	71	58 (81.7)	42 (59.2)	28 (39.4)	64 (90.1)	32 (45.1)	26 (36.6)	9 (12.7)	38 (53.5)	27 (38.0)	14 (19.7)	53 (74.7)	48 (67.6)
รวม	591	558 (94.4)	311 (52.6)	161 (27.2)	570 (96.4)	504 (85.3)	72 (12.2)	77 (13.0)	257 (43.5)	272 (46.0)	114 (19.3)	379 (64.1)	213 (36.0)

เมื่อพิจารณาวิธีการจัดบริการตามสิทธิประเภทต่างๆ พบว่า สิทธิ สปสช. สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ วิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลทุกประเภทจัดบริการมากที่สุดใน 3 อันดับแรก คือ ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม ยาฉีดคุมกำเนิด สิทธิประกันแรงงานต่างด้าว วิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลทุกประเภทจัดบริการมากที่สุดใน 3 อันดับแรก คือ ถุงยางอนามัย ยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม สิทธิประกันเอกชน และสิทธิจ่ายเอง วิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลทุกประเภทจัดบริการซึ่งจะแตกต่างจากสิทธิอื่นๆ สำหรับสิทธิประกันเอกชน วิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลทุกประเภทจัดบริการมากที่สุดใน 3 อันดับแรก คือ ห่วงอนามัย Cu T 380 A ถุงยางอนามัย หมันชาย และสิทธิจ่ายเอง ที่จัดบริการมากที่สุดใน 3 อันดับแรก คือ ห่วงอนามัย ฮอร์โมน ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ห่วงอนามัย Cu T 380 A รองลงมาวิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลทุกประเภทจัดบริการตามสิทธิประเภทต่างๆ คือ การทำหมันหญิง ยกเว้นสิทธิจ่ายเอง วิธีการคุมกำเนิดที่โรงพยาบาลทุกประเภทจัดบริการคือ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของประเภทสิทธิจำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิด	ประเภทสิทธิ						รวม
	สปสช.	ประกันสังคม	ข้าราชการ	ประกันแรงงานต่างด้าว	ประกันเอกชน	จ่ายเอง	
วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว							
ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม	496 (88.9)	491 (88.0)	480 (86.0)	420 (75.3)	273 (48.9)	434 (77.8)	558 (100.0)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร	258 (83.0)	257 (82.6)	251 (80.7)	224 (72.0)	149 (47.9)	250 (80.4)	311 (100.0)
ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	127 (78.9)	124 (77.0)	122 (75.8)	107 (66.5)	79 (49.0)	135 (83.9)	161 (100.0)
ยาฉีดคุมกำเนิด	504 (88.4)	502 (88.0)	489 (85.8)	434 (76.1)	275 (48.3)	439 (77.0)	570 (100.0)
ถุงยางอนามัย	476 (94.4)	458 (90.9)	446 (88.5)	403 (78.0)	258 (51.2)	363 (72.0)	504 (100.0)
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร							
ห่วงอนามัยฮอร์โมน	33 (45.8)	31 (43.0)	33 (45.8)	26 (36.1)	26 (36.1)	62 (86.1)	72 (100.0)
ห่วงอนามัย Cu T 380 A	64 (83.1)	59 (76.6)	58 (75.3)	53 (68.8)	40 (52.0)	63 (81.8)	77 (100.0)
ห่วงอนามัย ML Cu 375	208 (80.9)	196 (76.3)	193 (75.1)	159 (61.9)	122 (47.5)	206 (80.2)	257 (100.0)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด	232 (85.3)	192 (70.6)	192 (70.6)	145 (53.3)	104 (38.2)	191 (70.2)	272 (100.0)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด	91 (79.8)	79 (69.3)	77 (67.5)	61 (53.5)	51 (44.7)	89 (78.0)	114 (100.0)
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร							
หมันหญิง	327 (86.3)	317 (83.6)	300 (79.2)	265 (69.9)	186 (49.1)	280 (73.9)	379 (100.0)
หมันชาย	163 (76.5)	160 (75.1)	155 (72.8)	132 (62.0)	107(50.2)	171 (80.3)	213 (100.0)

* ตอบได้มากกว่า 1 สิทธิ

1.2.3 ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ในการศึกษานี้ หมายถึง ชนิดเวชภัณฑ์ที่มีการจัดซื้อ ผู้ดำเนินการจัดซื้อ วิธีการจัดซื้อ และผู้ตัดสินใจจัดซื้อ

ภาพรวมผลการจัดหาเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการคุมกำเนิดวิธีการต่างๆ นั้น จะสอดคล้องกับวิธีการที่โรงพยาบาลมีจัดบริการ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัยฮอร์โมน ห่วงอนามัย Cu T 380 A ห่วงอนามัย ML Cu 375 ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด โดยพบว่า การจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบชั่วคราว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดทุกชนิด และยาฉีดคุมกำเนิด โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 67 ดำเนินการจัดซื้อเอง ยกเว้นถุงยางอนามัย ที่โรงพยาบาลมีการจัดซื้อเองร้อยละ 39.7 ส่วนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) พบว่า ห่วงอนามัย ML Cu 375 และยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 70 ดำเนินการจัดซื้อเอง สำหรับการจัดซื้อโดยวิธีอื่นๆ คือ จัดซื้อโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้วส่งต่อมายังโรงพยาบาลอำเภอ/ชุมชน ผู้ดำเนินการจัดซื้อคือ กลุ่มงานเภสัชกรรม/เภสัชกร หัวหน้าพัสดุ/เจ้าหน้าที่พัสดุด้านยา/แผนกคลังยาและเวชภัณฑ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด
จำแนกตามชนิดเวชภัณฑ์คุมกำเนิด

ชนิดเวชภัณฑ์	จำนวนโรงพยาบาล ที่จัดบริการ	ผู้ดำเนินการจัดซื้อ	
		จัดซื้อเอง	อื่นๆ
วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว			
ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม	558	416 (74.6)	142 (25.4)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร	311	209 (67.2)	102 (32.8)
ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	161	108 (67.1)	53 (32.9)
ยาฉีดคุมกำเนิด	570	419 (73.5)	151 (26.5)
ถุงยางอนามัย	504	200 (39.7)	304 (60.3)
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร			
ห่วงอนามัยฮอร์โมน	72	31 (43.1)	41 (56.9)
ห่วงอนามัย Cu T 380 A	77	39 (50.7)	38 (49.3)
ห่วงอนามัย ML Cu 375	257	184 (71.6)	73 (28.4)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด	272	199 (73.2)	73 (26.8)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด	114	70 (61.4)	44 (38.6)

กล่าวเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลที่ระบุว่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดเองนั้น มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการจัดซื้อและผู้ตัดสินใจจัดซื้อ จำแนกตามชนิดเวชภัณฑ์การคุมกำเนิด ดังนี้

ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 416 แห่ง โดยจัดซื้อกับบริษัทโดยตรง จำนวน 363 แห่ง (ร้อยละ 87.3) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 204 แห่ง (ร้อยละ 49.0) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 297 แห่ง (ร้อยละ 71.4) และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 211 แห่ง (ร้อยละ 50.7)

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 209 แห่ง โดยจัดซื้อกับบริษัทโดยตรง จำนวน 202 แห่ง (ร้อยละ 96.7) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 63 แห่ง (ร้อยละ 30.1) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 168 แห่ง (ร้อยละ 80.4) และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 88 แห่ง (ร้อยละ 42.1)

ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 108 แห่ง โดยจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง จำนวน 108 แห่ง (ร้อยละ 100.0) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 19.4) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 80 แห่ง (ร้อยละ 74.1) และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 45 แห่ง (ร้อยละ 41.7)

ยาฉีดคุมกำเนิด มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 419 แห่ง โดยจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง จำนวน 351 แห่ง (ร้อยละ 83.8) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 218 แห่ง (ร้อยละ 52.0) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 294 แห่ง (ร้อยละ 70.2) และผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ จำนวน 204 แห่ง (ร้อยละ 48.7)

ถุงยางอนามัย มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 200 แห่ง โดยจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง จำนวน 200 แห่ง (ร้อยละ 100.0) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 78 แห่ง (ร้อยละ 39.0) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 160 แห่ง (ร้อยละ 80.0) และผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ จำนวน 118 แห่ง (ร้อยละ 59.0)

ห่วงอนามัยฮอริโมน มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 31 แห่ง เป็นการจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง จำนวน 31 แห่ง (ร้อยละ 100.0) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 9.7) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 80.6) และผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 35.5)

ห่วงอนามัย Cu T 380 A มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 39 แห่ง เป็นการจัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 39 แห่ง (ร้อยละ 100.0) จัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง 12 แห่ง (ร้อยละ 30.8) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ จำนวน 22 แห่ง (ร้อยละ 56.4) และคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 21 แห่ง (ร้อยละ 53.8)

ห่วงอนามัย ML Cu 375 มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 184 แห่ง เป็นการจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง จำนวน 184 แห่ง (ร้อยละ 100.0) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 23 แห่ง (ร้อยละ 12.5) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 119 แห่ง (ร้อยละ 64.7) และผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ จำนวน 72 แห่ง (ร้อยละ 39.1)

ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 199 แห่ง โดยจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง จำนวน 199 แห่ง (ร้อยละ 100.0) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 13.6) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 129 แห่ง (ร้อยละ 64.8) และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 91 แห่ง (ร้อยละ 45.7)

ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดซื้อเองจำนวน 70 แห่ง โดยจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง จำนวน 67 แห่ง (ร้อยละ 95.7) จัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด จำนวน 18 แห่ง (ร้อยละ 25.7) ผู้ตัดสินใจจัดซื้อคือคณะกรรมการโรงพยาบาล จำนวน 54 แห่ง (ร้อยละ 77.1) และผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 38.6)

โดยสรุปการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาลต่างๆ มากกว่าร้อยละ 80 เป็นการจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรง มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งการจัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด และมีโรงพยาบาลจำนวนไม่มากนักที่จัดซื้อโดยใช้ทั้ง 2 วิธี คือจัดซื้อกับบริษัทยาโดยตรงและจัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยาระดับเขตและจังหวัด ผู้ตัดสินใจจัดซื้อมากกว่าร้อยละ 60 คือคณะกรรมการโรงพยาบาล รองลงมาเป็นการจัดซื้อโดยการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาล ยกเว้นห้วงอนามัย Cu T 380 A จัดซื้อโดยการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาล รองลงมาคณะกรรมการโรงพยาบาล อนึ่ง นอกจากผู้บริหารและคณะกรรมการโรงพยาบาลที่เป็นผู้ตัดสินใจในการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแล้ว มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ผู้ให้บริการ เช่น แพทย์หรือเภสัชกร เป็นผู้ตัดสินใจในการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิด ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาล จำแนกตามชนิดเวชภัณฑ์คุมกำเนิด

ชนิดเวชภัณฑ์คุมกำเนิด	จำนวนโรงพยาบาล ที่จัดซื้อเวชภัณฑ์ คุมกำเนิดเอง	การจัดซื้อ / จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด					
		วิธีการจัดซื้อ			ผู้ตัดสินใจจัดซื้อ		
		ซื้อตรงกับบริษัทยา	ซื้อตามราคาที่ตกลงโดย คณะกรรมการยาระดับ เขตและจังหวัด	ทั้ง 2 วิธี	ผู้บริหาร โรงพยาบาล	คณะกรรมการ โรงพยาบาล	อื่นๆ
<u>วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว</u>							
ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม	416	363 (87.3)	204 (49.0)	7 (1.7)	211 (50.7)	297 (71.4)	9 (2.2)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว สำหรับสตรีให้นมบุตร	209	202 (96.7)	63 (30.1)	2 (1.0)	88 (42.1)	168 (80.4)	3 (1.4)
ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	108	108 (100.0)	21 (19.4)	–	45 (41.7)	80 (74.1)	1 (1.0)
ยาฉีดคุมกำเนิด	419	351 (83.8)	218 (52.0)	3 (0.7)	204 (48.7)	294 (70.2)	8 (1.9)
ถุงยางอนามัย	200	200 (100.0)	78 (39.0)	10 (5.0)	118 (59.0)	160 (80.0)	9 (4.5)
<u>วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร</u>							
ห่วงอนามัยฮอร์โมน	31	31 (100.0)	3 (9.7)	1 (3.2)	11 (35.5)	25 (80.6)	–
ห่วงอนามัย Cu T 380 A	39	39 (100.0)	12 (30.8)	2 (5.1)	22 (56.4)	21 (53.8)	1 (2.6)
ห่วงอนามัย ML Cu 375	184	184 (100.0)	23 (12.5)	2 (1.1)	72 (39.1)	119 (64.7)	4 (2.2)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด	199	199 (100.0)	27 (13.6)	3 (1.5)	91 (45.7)	129 (64.8)	4 (2.0)
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด	70	67 (95.7)	18 (25.7)	4 (5.7)	27 (38.6)	54 (71.1)	2 (2.9)

อนึ่ง กรมอนามัยโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ได้เคยทำการสำรวจการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2553 ภายใต้โครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย (สุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล, 2554) ดังนั้น เพื่อให้เห็นพัฒนาการเชิงการเปลี่ยนแปลง การวิจัยนี้จะทำการเปรียบเทียบผลการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นผลจากการสำรวจครั้งนี้ เฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบผลการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 และ ปี พ.ศ. 2558

ชนิดเวชภัณฑ์คุมกำเนิด	ปีที่ทำการสำรวจ		การเปลี่ยนแปลง (+ เพิ่ม/-ลด)
	2553* (n=517)	2558** (n=472)	
วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว			
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม	517 (100.0)	472 (100.0)	ไม่เปลี่ยนแปลง
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร	322 (62.3)	249 (52.8)	-15.2
ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	96 (18.6)	122 (25.8)	+38.7
ยาฉีดคุมกำเนิด	517 (100.0)	472 (100.0)	ไม่เปลี่ยนแปลง
ถุงยางอนามัย	492 (95.2)	440 (93.2)	-2.1
วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร			
ห่วงอนามัย	52 (10.1)	234 (49.6)***	+391.1
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด	31 (6.0)	225 (47.7)	+695.0
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด	13 (2.5)	89 (18.9)	+656.0

* ที่มา: โครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย (สุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล, 2554)

** โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

ไม่รวมโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

*** รวมห่วงอนามัยทุกประเภท

จากตารางข้างต้น การจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบชั่วคราว โดยพบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีดคุมกำเนิด เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นบริการพื้นฐานที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ให้บริการเป็นปกติ ประกอบกับเป็นเวชภัณฑ์ที่มีราคาไม่สูงนัก สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตร มีการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 15.2

ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้เพิ่มขึ้นกว่าปี 2553 ร้อยละ 38.7 สำหรับถุงยางอนามัยมีจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้ลดลงร้อยละ 2.1 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553

ในส่วนของการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) พบว่า ภาพรวมมีจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้เพิ่มขึ้นสูงมาก กล่าวคือ ห่วงอนามัยมีจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้เพิ่มขึ้นกว่าปี 2553 ร้อยละ 391.1 ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้เพิ่มขึ้นกว่าปี 2553 ร้อยละ 695.0 ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอดมีจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้เพิ่มขึ้นกว่าปี 2553 ร้อยละ 656.0 และเมื่อทำการเปรียบเทียบผลการศึกษารั้งนี้ กับการศึกษาของกรมอนามัยฯ ในปี พ.ศ. 2553 (สุชน ปัญญาติลล และเรณู ชูนิล, 2554) โดยจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า ภาพรวมมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.1 โดยโรงพยาบาลศูนย์มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.0 โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.4 และโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นร้อยละ 126.3 ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบผลการจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาลในสังกัด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553 และ ปี พ.ศ. 2558

ประเภทโรงพยาบาล	ปีที่สำรวจการจัดซื้อเวชภัณฑ์กึ่งถาวร						การเปลี่ยนแปลง การจัดซื้อ เวชภัณฑ์กึ่งถาวร (+ เพิ่ม/- ลด)
	2553*			2558			
	จำนวน ที่สำรวจ (แห่ง)	จัดซื้อ	ไม่จัดซื้อ	จำนวน ที่สำรวจ (แห่ง)	จัดซื้อ	ไม่จัดซื้อ	
โรงพยาบาลศูนย์	18	13 (72.2)	5 (27.8)	12	11 (91.7)	1 (8.3)	+27.0
โรงพยาบาลทั่วไป	61	41 (67.2)	20 (32.8)	41	34 (82.9)	7 (17.1)	+23.4
โรงพยาบาลชุมชน	438	135 (30.8)	303 (69.2)	419	292 (69.7)	127 (30.3)	+126.3
รวม	517	189 (36.6)	328 (63.4)	472	337 (71.4)	135 (28.6)	+95.1

* ที่มา: โครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย (สุชน ปัญญาติลล และเรณู ชูนิล, 2554)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เรื่องการจัดบริการกุมกำเนิดของโรงพยาบาลสำหรับประชากรทุกสิทธิ

ด้านสิทธิและวิธีการจัดบริการกุมกำเนิด ผลการศึกษาที่รวบรวมจากแบบสอบถาม พบว่า ภาพรวมการจัดบริการกุมกำเนิดตามสิทธิต่างๆ ของโรงพยาบาลทุกประเภท มีการจัดบริการกุมกำเนิดครบทุกสิทธิ โดยเฉพาะสิทธิการจ่ายค่าบริการเองซึ่งทุกโรงพยาบาลมีบริการ ส่วนสิทธิประเภทอื่นๆ พบว่าประเภทสิทธิที่มีจำนวนโรงพยาบาลจัดบริการมากที่สุดในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันตามลำดับคือ สิทธิ สปสช. สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ รองลงมาคือ สิทธิประกันแรงงานต่างด้าว และสิทธิประกันเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการให้บริการของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการ กล่าวคือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรับนโยบายการวางแผนครอบครัวและกุมกำเนิดตามที่ส่วนกลางกำหนด จึงมีการจัดบริการตามสิทธิต่างๆ ที่ครอบคลุม ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน แม้ส่วนใหญ่จะมีได้มีการกำหนดให้มีนโยบายการวางแผนครอบครัวและกุมกำเนิดเป็นการเฉพาะ แต่ก็มีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งที่ดำเนินการตามนโยบายส่วนกลาง และ สปสช. รวมทั้งมีการจัดบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง โรงพยาบาลจึงมีศักยภาพและสามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกสิทธิได้เช่นเดียวกัน แม้จะไม่ครอบคลุมทุกวิธีการจัดบริการกุมกำเนิด ทั้งนี้ขึ้นกับเงื่อนไขด้านสิทธิ การจัดซื้อเวชภัณฑ์กุมกำเนิดที่หลากหลาย และความต้องการของผู้มารับบริการ อนึ่ง นอกจากการจัดบริการตามสิทธิที่ครอบคลุมแล้ว ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ ผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มประชากร ซึ่งรวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติด้วย

ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์กุมกำเนิด หมายถึงการจัดซื้อเวชภัณฑ์กุมกำเนิดสำหรับการจัดบริการ ซึ่งการบริหารจัดการเวชภัณฑ์กุมกำเนิดนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่มีการปฏิรูประบบสุขภาพและมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์กุมกำเนิด เนื่องจากนโยบายในการบริหาร สนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ระดับจังหวัด โดยแต่ละจังหวัดจะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งงบประมาณดังกล่าวจังหวัดนำไปจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ และโรงพยาบาลนั้นสามารถบริหารจัดการงบประมาณเอง เพื่อให้การทำงานคล่องตัวเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนไทยทุกสิทธิคือ กลุ่มประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามวิธีการวางแผนครอบครัวที่ระบุเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และการทำหมัน ซึ่งบริการวางแผนครอบครัวนี้อยู่ในงาน

สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดและงบประมาณ รวมทั้งบริการจึงต้องสอดคล้องกับเรื่องสิทธิประโยชน์

ผลการศึกษาครั้งนี้ (ปี พ.ศ. 2558) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรที่เพิ่มสูงขึ้น อันเป็นผลมาจากนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในด้านการให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ที่เน้นการให้บริการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณด้านสิทธิและวิธีการจัดบริการของโรงพยาบาลที่นำเสนอมาก่อนหน้า รวมทั้งยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) มีการให้บริการคุมกำเนิดตามชุดสิทธิประโยชน์ครบทุกวิธี ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามนโยบาย และไม่พบปัญหาอุปสรรคในการจัดซื้อเวชภัณฑ์เพื่อให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว โดยสามารถให้บริการทุกกลุ่มอายุตามสิทธิ แต่ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นวัยเจริญพันธุ์ และมีกลุ่มวัยรุ่นมาใช้บริการอยู่บ้าง ส่วนการคุมกำเนิดแบบถาวรคือ หมันหญิง หมันชาย โรงพยาบาลจะให้บริการตามที่ร้องขอ ซึ่งอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายบ้างเป็นค่าบริการทางการแพทย์

“ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. ครบทุกวิธี หากวิธีใดที่ สปสช.สนับสนุน/จ่ายให้ก็จะให้บริการฟรี ส่วนการคุมกำเนิดแบบถาวร ได้แก่ หมันหญิง หมันชาย และหมันหลังคลอดจัดบริการตามร้องขอ อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายบ้าง”

“กลุ่มผู้รับบริการที่มาขอรับบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดพบว่าในทุกกลุ่ม ทั้งนี้ไม่พบปัญหาอุปสรรคในการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์”

“ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ โดยวัยรุ่นจะมีจำนวนน้อย ”

“ให้บริการ ดังนี้ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด หมันหญิง ยาคูมฉกฉิน ยกเว้น หมันชาย มีการให้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ คนโสด และวัยรุ่น”

(ประมวลความเห็นจากผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการ
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน)

แม้ว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่จะไม่พบปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์และการจัดบริการคุมกำเนิดตามชุดสิทธิประโยชน์มากนัก แต่

ก็พบว่า ยังมีโรงพยาบาลบางแห่งที่พบปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและการจัดบริการบางประการ อาทิเช่น ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสิทธิที่ตนพึงได้ ผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งไม่ให้ความสำคัญ โดยไม่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อให้บริการ เมื่อมีผู้มาขอรับบริการจึงไม่สามารถให้บริการได้ หรือบางโรงพยาบาลมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดสนับสนุนสำรองไว้ แต่ไม่มีผู้มารับบริการ จนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดใกล้จะหมดอายุ และต้องนำไปกระจายเพื่อใช้ในโรงพยาบาลอื่นแทน รวมทั้งกรณีเวชภัณฑ์คุมกำเนิดบางประเภท เช่น ยาฝังคุมกำเนิดที่มีราคาแพง โรงพยาบาลต้องสำรองจ่ายเงินก่อน และจัดซื้อได้ในจำนวนจำกัด ผู้รับบริการต้องรอคิวนานจนเกิดการตั้งครรภ์เพราะไม่สามารถฝังยาคุมกำเนิดได้ เป็นต้น

“ประชาชนยังไม่ทราบสิทธิที่ตนพึงได้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ประชาชนสามารถไปรับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฟรีได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ”

“ผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ให้ความสำคัญ ไม่มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยเฉพาะการจัดซื้อสำหรับกลุ่มวัยอื่นๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มวัยรุ่น”

“บางโรงพยาบาลมีการซื้อเวชภัณฑ์สนับสนุน แต่ผู้รับบริการไม่ยอมมารับบริการ จนเวชภัณฑ์ใกล้จะหมดอายุ ซึ่งต้องนำไปกระจายเพื่อใช้ในโรงพยาบาลอื่นแทน”

“ยาฝังคุมกำเนิดมีราคาแพง โรงพยาบาลต้องสำรองจ่ายเงินก่อน จึงไม่สามารถสนับสนุนให้ได้ตามความต้องการของผู้รับบริการได้ทั้งหมด คนไข้ต้องรอคิวนาน บางคนรอคิวนานมากก็ท้องมาก่อน เนื่องจากทางโรงพยาบาลสามารถจัดซื้อยาฝังได้เดือนละ 10 ชุดเท่านั้น”

(ประมวลความเห็นจากผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการโรงพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข)

โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากไม่มีนโยบายกำหนดไว้อย่างชัดเจน แม้จะมีการให้บริการคุมกำเนิดแต่ไม่ครอบคลุมทุกวิธี บางแห่งมีบริการเฉพาะยาเม็ดคุมกำเนิด ในขณะที่บางแห่งมีบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร คือ ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด อีกทั้งบางแห่งให้บริการหมั้นชาย หมั้นหญิง ขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการ สำหรับการให้บริการโดยทั่วไป อาจมีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการในบางวิธี โดยผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในช่วงอายุ 30-40 ปี ส่วนวัยรุ่นพบว่ามีจำนวนน้อยหรือบางแห่งไม่มีวัยรุ่นมารับบริการเลย

“ปัญหาคือนโยบายไม่ชัดเจน ให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด เพื่อการรักษาเท่านั้น เช่น ปรับฮอร์โมน ประจำเดือนมาไม่ปกติ”

“ทางโรงพยาบาลจัดบริการคุมกำเนิดชนิดนี้ค่อนข้างเดียว”

“มีให้บริการ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด หมันหญิง หมันชาย”

“โรงพยาบาลจัดให้มีบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร คือ ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด สำหรับการให้บริการโดยทั่วไป มีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ”

“ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ อยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี โดยวัยรุ่นที่มีอายุที่ต่ำกว่านี้จะพบว่ามีจำนวนน้อย”

(ประมวลความเห็นจากผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

โรงพยาบาลเอกชน ไม่มีปัญหาในการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิด เนื่องจากเป็นการให้บริการพื้นฐาน เช่น ให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด หรือวิธีการอื่นอันเป็นการให้บริการตามที่ผู้รับบริการต้องการ ซึ่งผู้รับบริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ประกอบกับมีผู้มารับบริการไม่มากนักหรือบางแห่งไม่มีผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีให้บริการทำหมันหญิง หมันชาย ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิ สปสช. หรือบัตรทองได้ ยกเว้นใช้สิทธิประกันสังคม ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งระบุว่ายินดีร่วมมือกับภาครัฐในการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรและถาวร หากทั้งสองฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกันและโรงพยาบาลไม่ขาดทุน หรือหากมีงบประมาณสนับสนุน ทางโรงพยาบาลพร้อมช่วยเหลือและดำเนินการให้บริการ

“การมารับบริการคุมกำเนิดจากโรงพยาบาลเอกชนก็จะมีขั้นตอนมากกว่า มีค่าบริการแพงกว่าการไปโรงพยาบาลรัฐหรือซื้อจากร้านขายยาข้างนอกมาก”

“เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเอกชน ไม่ได้จัดบริการตามที่ สปสช. กำหนด แต่จัดบริการตามที่คนใช้ต้องการ แต่มีคนใช้มารับบริการน้อย”

“โรงพยาบาลให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด สำหรับวิธีอื่นๆ ก็จะมีให้บริการ แต่พบว่าไม่มีผู้รับบริการ กรณีหมันหญิง หมันชาย สิทธิบัตรทองจะเบิกไม่ได้ ยกเว้นใช้สิทธิประกันสังคม”

“ยินดีให้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน โดยทั้ง 2 ฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน และโรงพยาบาลไม่ขาดทุนก็ยินดี”

“เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ทุกการดำเนินงานมีค่าใช้จ่าย โดยโรงพยาบาลไม่ได้มุ่งหวังกำไร แต่ขอเพียงให้มีงบประมาณสนับสนุน ซึ่งทางโรงพยาบาลพร้อมช่วยเหลือและดำเนินการให้บริการ

(ประมวลความเห็นจากผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน)

2. การจัดบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

ผลการศึกษาส่วนนี้ ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามการสำรวจการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทยที่ได้รับการตอบกลับจากโรงพยาบาล จำนวน 591 ชุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และบุคลากรผู้ให้บริการ จากโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน 57 แห่ง ในพื้นที่ 12 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

2.1 ด้านนโยบาย

นโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น พิจารณาใน 2 ระดับคือ นโยบายจากส่วนกลาง และนโยบายในระดับพื้นที่หรือนโยบายเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีข้อค้นพบสำคัญดังนี้

2.1.1 นโยบายสนับสนุนจากส่วนกลาง

จากข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นได้เพิ่มสูงขึ้น และการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นนโยบายระดับประเทศ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นขึ้น ได้เริ่มต้นในวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ต้องมีการคุมกำเนิดหลังคลอด และหลังแท้ง ได้เว้นช่วงการมีบุตรด้วยการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรที่ออกฤทธิ์ได้นาน 3, 5 และ 10 ปี โดยการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาในการจัดบริการคุมกำเนิด และเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการจัดบริการที่หลากหลายและครอบคลุมตามความต้องการของวัยรุ่นมากขึ้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องฝ่ายต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ถึงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าทุกฝ่ายมีความเห็นว่าเป็นนโยบายที่ดีมาก เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อม จะพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร รวมถึงด้วยปัญหาเศรษฐกิจของวัยรุ่นและครอบครัว ส่งผลให้เด็กที่คลอดออกมาไม่ได้รับการดูแลที่ดี หรือในบางรายได้ส่งลูกกลับไปให้ปู่ย่าตายายเป็นคนเลี้ยงแทน รวมถึงบางรายได้แยกกันอยู่กับสามี/เพื่อนชาย การมีนโยบายนี้จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดปัญหาทางสังคม และปัญหาของกลุ่มวัยรุ่น ในเรื่องการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม และการคลอดแล้วทิ้งบุตร

“เป็นนโยบายที่ดี เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อม จะพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร”

“เป็นนโยบายที่ดีมาก ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจัดบริการได้”

“เป็นนโยบายที่ดี เหมาะสมกับวัย เพราะถ้าใช้ยาเม็ดวัยรุ่นอาจจะลืมกิน”

“เป็นนโยบายที่ดีที่ช่วยแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้”

(ประมวลความเห็นจากผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลทุกประเภท)

2.1.2 นโยบายของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกือบทุกแห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) ที่เข้าร่วมโครงการ รับทราบนโยบาย/โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นจากหลายช่องทาง อาทิเช่น รับนโยบายโดยตรงจากกรมอนามัย สปสช. รับทราบจากการเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพจากส่วนกลางและศูนย์อนามัยเขต รับทราบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น หลังรับทราบนโยบายและเข้าร่วมโครงการแล้ว โรงพยาบาลบางแห่งนำไปกำหนดเป็นนโยบาย/แนวทางการให้บริการของโรงพยาบาล โดยดำเนินงานตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานที่แตกต่างกันไปตามศักยภาพโดยดำเนินการทั้งเชิงรับ และเชิงรุก

ตัวอย่างการทำงานเชิงรุก เช่น มีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม การสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต โดยลงไปให้ความรู้และทำกิจกรรมในโรงเรียน/สถานศึกษา ประชาสัมพันธ์คลินิกวัยรุ่น ผ่านเครือข่ายทางสังคม (social network เช่น facebook, line และ website ของโรงพยาบาล) เปิดโอกาสให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ขยาย Teen center ลงในชุมชนเพื่อให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจและกล้าที่จะเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลมากขึ้น เป็นต้น

ตัวอย่างการทำงานเชิงรับ เช่น เปิดให้บริการคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาและวางแผนครอบครัว การให้บริการผ่านระบบ One Stop Service ของโรงพยาบาล จัดให้มีบริการรับฝากครรภ์วัยรุ่น รวมถึงให้ความสำคัญในการดูแลกลุ่มวัยรุ่นเป็นพิเศษ เป็นต้น

“รับทราบนโยบายจากเข้าร่วมการอบรมและส่วนกลาง จากนั้นมาเตรียมการโดยการรณรงค์ให้ความรู้ผู้รับบริการที่ walk in เข้ามาใช้บริการ มีการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติม”

“การดำเนินงานเชิงรุก จะมีการลงไปให้ความรู้ในโรงเรียน สถานศึกษา โดยมุ่งเน้นในสถานศึกษามากกว่าชุมชน”

“รับทราบจากหนังสือราชการจากกรมอนามัย มีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล และเน้นให้คำแนะนำการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรกับคุณแม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาล”

“มีการรับรู้นโยบายผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและในเว็บไซต์ มีการจัดกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผ่านโครงการนักเรียนรุ่นใหม่ ใส่ใจสุขภาพ”

(ประมวลความเห็นจากผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดให้มีนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น แต่จะให้บริการเป็นงานปกติเชิงตั้งรับ ทั้งนี้โรงพยาบาลบางแห่งดำเนินงานตามโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของ สปสช. โดยทราบว่าได้รับการสนับสนุนงบประมาณเป็นรายหัว เช่น ยาฝังคุมกำเนิด สามารถเบิกค่าบริการได้ 2,500 บาท อนึ่ง โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลของสถาบันการศึกษาบางแห่ง มีการดำเนินการติดตามนักศึกษาในหอพักมหาวิทยาลัยและหอพักในกำกับของมหาวิทยาลัยเพื่อให้ความรู้ในเรื่องการดูแลและการป้องกันตนเอง

“ไม่มีนโยบาย เพราะโรงพยาบาลจะทำงานเชิงตั้งรับมากกว่า จะมีวัยรุ่นน้อยมากที่มาใช้บริการ โดยส่วนใหญ่จะมาฝากครรภ์”

“ทราบนโยบายจากงานประกันสุขภาพ มีการดำเนินงานให้ความรู้แก่นักศึกษา การติดตามนักศึกษาในหอพักมหาวิทยาลัยและหอพักในกำกับของมหาวิทยาลัย”

(ผู้บริหารโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น แต่โรงพยาบาลไม่ได้ให้น้ำหนักความสำคัญต่อการดำเนินงานตามนโยบายนี้ เนื่องจากผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ไม่มีหรือมีวัยรุ่นมารับบริการน้อย อย่างไรก็ตาม ยังมีโรงพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งที่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีการกำหนดเป็นนโยบายการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ

“รับรู้นโยบาย แต่ทางโรงพยาบาลไม่ได้มีนโยบายเรื่องนี้ เพราะกลุ่มผู้มารับบริการเป็นกลุ่มที่ทำงานแล้ว และอายุมากกว่า 20 ปี”

“โรงพยาบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องตามนโยบายของรัฐบาล”

“ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของสตินรีเวช เพื่อนำไปอธิบายกลุ่มวัยเรียน เพื่อน ญาติพี่น้อง ถึงวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง รวมทั้งออกหน่วยร่วมกับชุมชน เช่น เทศบาล โรงเรียน เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น นักเรียน เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และกฎหมาย การทำแท้ง เป็นต้น”

(ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน)

กล่าวโดยสรุป โรงพยาบาลทุกแห่งมีความเห็นตรงกันว่านโยบาย/โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น เป็นนโยบายที่ดีมาก เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อม จะพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร การมีนโยบายนี้จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดปัญหาทางสังคม และปัญหาของกลุ่มวัยรุ่น ในเรื่องการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการคลอดแล้วทิ้งบุตร

ส่วนการกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันตามประเภทและศักยภาพของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่รับนโยบายจากหลายช่องทาง และจัดบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกในหลากหลายวิธีการ ส่วนโรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีนโยบายในเรื่องนี้ แต่มีการดำเนินงานโดยผนวกเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. สำหรับโรงพยาบาลเอกชนนั้น แม้ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่ามีความจำเป็นนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นและโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินงานตามนโยบายนี้ เนื่องจากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยทำงาน ไม่มีหรือมีวัยรุ่นมารับบริการน้อย แต่ยังมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และกำหนดเป็นนโยบายการให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ

2.2 การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

ส่วนนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมก่อนและหลังการมีโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร จำนวนผู้รับบริการ และการเบิกจ่ายค่าบริการผ่านระบบ e-claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 การจัดการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

การจัดการบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) ของโรงพยาบาลทุกประเภทที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ในภาพรวมพบว่า มีการจัดการบริการเพิ่มขึ้น โดยวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 (เพิ่มจากร้อยละ 38.6 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 43.8 หลังมีนโยบายฯ) ส่วนวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.2 (เพิ่มจากร้อยละ 40.1 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 53.3 หลังมีนโยบายฯ)

เมื่อพิจารณาเป็นรายประเภทโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลทุกประเภทมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับภาพรวมในสัดส่วนที่แตกต่างกันไป ยกเว้นโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการจัดการบริการเป็นปกติอยู่แล้วก่อนมีนโยบาย รายละเอียดดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์ มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัยมีจำนวนโรงพยาบาลที่จัดบริการในลักษณะคงที่ ไม่มีการจัดบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นอยู่แล้ว

ส่วนวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.0 (เพิ่มจากร้อยละ 50.0 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 75.0 หลังมีนโยบายฯ)

โรงพยาบาลทั่วไป มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.8 (เพิ่มจากร้อยละ 73.2 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 78.0 หลังมีนโยบายฯ) ส่วนวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.3 (เพิ่มจากร้อยละ 68.3 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 75.6 หลัง มีนโยบายฯ)

โรงพยาบาลชุมชน มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.4 (เพิ่มจากร้อยละ 38.9 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 45.3 หลังมีนโยบายฯ) ส่วนวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.7 (เพิ่มจากร้อยละ 42.2 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 58.9 หลังมีนโยบายฯ)

โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนโรงพยาบาลที่จัดบริการในลักษณะคงที่ ไม่มีการจัดบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัยและชนิดยาฝังคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นอยู่แล้ว

โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.7 (เพิ่มจากร้อยละ 27.0 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 29.7 หลังมีนโยบายฯ) ส่วนวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1 (เพิ่มจากร้อยละ 32.4 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 40.5 หลังมีนโยบายฯ)

โรงพยาบาลเอกชน มีการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.4 (เพิ่มจากร้อยละ 12.7 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 14.1 หลังมีนโยบายฯ) ส่วนวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด ลดลงร้อยละ 1.4 (ลดลงจากร้อยละ 9.9 ก่อนมีนโยบายฯ เป็นร้อยละ 8.5 หลังมีนโยบายฯ) เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ สปสช. ปรับนโยบายการสนับสนุนงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพให้กับโรงพยาบาลเอกชน

สรุปการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) ของโรงพยาบาล ก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) ก่อนและหลังมีโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล	การจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร			
		ห่วงอนามัย		ยาฝังคุมกำเนิด	
		ก่อนมีนโยบาย	หลังมีนโยบาย	ก่อนมีนโยบาย	หลังมีนโยบาย
โรงพยาบาลศูนย์	12	9 (75.0)	9 (75.0)	6 (50.0)	9 (75.0)
โรงพยาบาลทั่วไป	41	30 (73.2)	32 (78.0)	28 (68.3)	31 (75.6)
โรงพยาบาลชุมชน	419	163 (38.9)	190 (45.3)	177 (42.2)	247 (58.9)
โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	11	7 (63.6)	7 (63.6)	7 (63.6)	7 (63.6)
โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	37	10 (27.0)	11 (29.7)	12 (32.4)	15 (40.5)
โรงพยาบาลเอกชน	71	9 (12.7)	10 (14.1)	7 (9.9)	6 (8.5)
รวม	591	228 (38.6)	259 (43.8)	237 (40.1)	315 (53.3)

2.2.2 บุคลากรผู้ให้บริการ

บุคลากรผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในภาพรวมของโรงพยาบาลทุกประเภทที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นจะเป็นแพทย์เป็นผู้ให้บริการ ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรจะเป็นพยาบาล ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละบุคลากรผู้ให้บริการวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล	บุคลากรผู้ให้บริการ			
		ห้วงอนามัย		ยาฝังคุมกำเนิด	
		แพทย์	พยาบาล	แพทย์	พยาบาล
โรงพยาบาลศูนย์	12	10 (83.3)	2 (16.7)	10 (83.3)	2 (16.7)
โรงพยาบาลทั่วไป	41	31 (75.6)	17 (41.5)	31 (75.6)	13 (31.7)
โรงพยาบาลชุมชน	419	80 (19.1)	183 (43.6)	152 (36.3)	173 (41.3)
โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	11	3 (27.3)	7 (63.6)	3 (27.3)	7 (63.6)
โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	37	8 (21.6)	1 (2.7)	13 (35.1)	1 (2.7)
โรงพยาบาลเอกชน	71	17 (23.9)	1 (1.4)	13 (18.3)	1 (1.4)
รวม	591	149 (25.2)	211 (35.7)	222 (37.6)	197 (33.3)

2.2.3 จำนวนผู้รับบริการ

โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น เริ่มเปิดให้บริการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่นในโครงการฯ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2557 เป็นต้นมา

ผลการสำรวจจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ครั้งนี้ เปรียบเทียบจำนวนผู้เข้ารับบริการก่อนที่โรงพยาบาลจะเข้าร่วมโครงการ โดยใช้ข้อมูลผู้รับบริการปีงบประมาณ 2556 (แทนข้อมูลปีงบประมาณ 2557 เนื่องจากปีงบประมาณ 2557 เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของการเข้าร่วมโครงการ ประกอบกับในช่วงเวลาดังกล่าวนี้ ระบบการให้บริการและระบบการเบิกจ่ายยังอยู่ในช่วงปรับปรุงระบบการรายงานข้อมูล) และหลังเข้าร่วมโครงการใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2558 ผลการสำรวจพบว่า มีผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห้วงอนามัยลดลง แต่มีผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น เมื่อจำแนกรายละเอียดการรับบริการตามวิธีการคุมกำเนิด พบว่า

วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรโดยใช้ห้วงอนามัย T Cu 380 A ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2556 มีผู้รับบริการจากโรงพยาบาล (ทุกประเภท) ที่เข้าร่วมโครงการฯ รวม 711 คน หลังเข้าร่วมโครงการฯ ปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนผู้รับบริการ จำนวน 694 คน มีจำนวนผู้รับบริการลดลง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4

วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรโดยใช้ห่วงอนามัย ML Cu 375 ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2556 มีผู้รับบริการจากโรงพยาบาล (ทุกประเภท) ที่เข้าร่วมโครงการฯ รวม 3,691 คน หลังเข้าร่วมโครงการฯ ปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนผู้รับบริการจำนวน 2,686 คน มีจำนวนผู้รับบริการลดลง 1,005 คน คิดเป็นร้อยละ 27.2

วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2556 มีผู้รับบริการจากโรงพยาบาล (ทุกประเภท) ที่เข้าร่วมโครงการฯ รวม 4,320 คน หลังเข้าร่วมโครงการฯ ปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 8,274 ราย มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 3,954 คน คิดเป็นร้อยละ 91.5

วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2556 มีผู้รับบริการจากโรงพยาบาล (ทุกประเภท) ที่เข้าร่วมโครงการฯ รวม 1,762 คน หลังเข้าร่วมโครงการฯ ปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 2,632 ราย มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 870 คน คิดเป็นร้อยละ 49.4

สรุป จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2556 เปรียบเทียบกับ ปีงบประมาณ 2558 ดังตารางที่ 14.16

ตารางที่ 4.16 จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2556 – 2558
จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิด	จำนวนผู้รับบริการ (คน)			การเปลี่ยนแปลง (+ เพิ่ม/-ลด)
	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	
ห่วงอนามัย T Cu 380 A	711	794	694	-2.4
ห่วงอนามัย ML Cu 375	3,691	3,465	2,686	- 27.2
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด	4,320	6,416	8,274	+91.5
ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด	1,762	1,904	2,632	+49.4

2.2.4 ด้านการเบิกจ่ายค่าบริการ

ค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรตามโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ซึ่งกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ การจัดบริการห่วงอนามัย จ่ายในอัตรา 800 บาทต่อราย และกรณีบริการยาฝังคุมกำเนิด จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อราย โดยให้โรงพยาบาลเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลร้อยละ 74.8 ระบุว่ามีปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการในการดำเนินงานตามนโยบายผ่านระบบ e-claim

เมื่อพิจารณารายประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 มีปัญหาในการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim ยกเว้นโรงพยาบาลเอกชนมีปัญหาน้อยกว่า มีเพียงร้อยละ 40

สรุป ปัญหาการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรจากระบบ e-claim ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละปัญหาการเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรจากระบบ e-claim จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ปัญหาการเบิกค่าบริการจากระบบ e-claim		รวม
	มี	ไม่มี	
โรงพยาบาลศูนย์	7 (63.6)	4 (36.4)	11
โรงพยาบาลทั่วไป	19 (73.1)	7 (26.9)	26
โรงพยาบาลชุมชน	192 (79.0)	51 (21.0)	243
โรงพยาบาลนอกสังกัด สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข	3 (60.0)	2 (40.0)	5
โรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	12 (80.0)	3 (20.0)	15
โรงพยาบาลเอกชน	10 (40.0)	15 (60.0)	25
รวม	243 (74.8)	82 (25.2)	325 (100)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์การจัดบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

ด้านการให้บริการ ผลการศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น พบว่า หลังมีนโยบาย/โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น มีบางโรงพยาบาลไม่มีการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากมีปริมาณการใช้น้อย เพราะวัยรุ่นมารับบริการไม่มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการ ดังนี้

“ยาฝังมีผู้มารับบริการจำนวนไม่มากหรือไม่มีผู้มารับบริการเลย”

“ที่ผ่านมามีผู้มารับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรจำนวนไม่มาก สาเหตุที่ไม่เลือกใช้ ส่วนหนึ่งอาจจะกลัวเจ็บ”

(ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน)

ด้านจำนวนผู้รับบริการ พบว่า จำนวนการรับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรโดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิดทั้งชนิด 1 หลอด และ 2 หลอด ของวัยรุ่นในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นให้ความสนใจเข้ารับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด (โดยเฉพาะยาฝังชนิด 1 หลอด) ในจำนวนที่สูงกว่าวิธีการอื่นๆ นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่พบยังสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่ระบุว่า การเลือกใช้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้มารับบริการห้วงอนามัยจำนวนไม่มากนักเมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ ในขณะที่ในโรงพยาบาลหลายแห่งมีผู้มารับบริการยาฝังคุมกำเนิดเป็นจำนวนที่สูง ซึ่งผู้ให้บริการตั้งข้อสังเกตว่าในช่วงที่ผ่านมามีวัยรุ่นไม่เลือกใช้วิธีการฝังยาคุมกำเนิด สาเหตุเนื่องจากกลัวเจ็บ และมีค่าใช้จ่ายสูง แต่เมื่อมีโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นเกิดขึ้น และโรงพยาบาลมีการดำเนินงานเชิงรุก ทั้งการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงชุมชนให้ความรู้ และมีการติดตามผล ทำให้วัยรุ่นให้ความสนใจเข้ารับบริการด้วยการฝังยาคุมกำเนิดจำนวนมาก และคาดว่าจะหากยังคงมีการดำเนินโครงการฯ นี้ต่อไป จะมีวัยรุ่นเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น

“ปีที่ผ่านมามีโรงพยาบาลให้บริการห้วงอนามัยน้อยมาก”

“ให้บริการห้วงอนามัย จำนวน 15 ราย ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด จำนวน 44 ราย”

“ที่ผ่านมามีผู้มารับบริการ สาเหตุที่ไม่เลือกใช้ยาฝัง ส่วนหนึ่งอาจจะกลัวเจ็บ และค่าใช้จ่ายสูง แต่หลังจากมีโครงการนี้ วัยรุ่นให้ความสนใจต่อการรับบริการด้วยการฝังยาคุมกำเนิด จำนวนมากขึ้น และอาจจะมากขึ้นอีกเพราะมีการทำกลุ่ม focus group ติดตามผล”

(บุคลากรผู้ให้บริการ)

ด้านการเบิกจ่ายค่าบริการผ่านระบบ e-claim พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่าย สำหรับโรงพยาบาลเอกชนพบว่าปัญหาน้อยกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ เนื่องจากมีผู้มารับบริการน้อยมาก บางแห่งให้บริการปีละไม่ถึง 10 ราย ในส่วนของโรงพยาบาลทุกประเภทที่ไม่มีปัญหาในการเบิกจ่าย ได้ให้เหตุผลว่า ระบบ e-claim นี้มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกให้โรงพยาบาลได้มาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากมีผู้มารับบริการมากกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ

“การรับเงินคืนจาก สปสช. ค่อนข้างล่าช้า”

“การเคลมเงินเบิกจ่ายได้ แต่ข้อมูลที่ตั้งเบิกไปตั้งแต่เดือนตุลาคม 57 ยังไม่ได้รับเงินคืน แต่ในส่วนข้อมูลหลังตุลาคม 57 ได้รับเงินคืนแล้ว”

“หากจะใช้ระบบเบิกคืนจาก E-claim น่าจะเปิดช่องให้เบิกได้ง่ายขึ้น ลดขั้นตอนในการเบิกเบิกได้เร็ว”

(บุคลากรผู้ให้บริการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

“มีการจัดซื้อบ้างแต่ไม่มาก เพราะมีผู้มารับบริการน้อยมาก”

“ไม่มีปัญหาผู้มารับบริการน้อย บางรายการปีละไม่ถึง 10 ราย”

(ผู้ให้บริการโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน)

โรงพยาบาลทุกประเภทที่พบว่ามีปัญหาในการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบเป็นปัญหาเชิงเทคนิค สามารถแก้ไขได้ อาทิเช่น ความชัดเจนของคู่มือในการดำเนินงาน ความเข้าใจในระบบการบันทึก e-claim ในการบันทึกสิทธิการจ่าย การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในการลงข้อมูลในระบบ มีปัญหาเรื่องการลงวันและเวลาในการเบิกจ่าย ทำให้การเบิกจ่ายล่าช้า เป็นต้น

“การเบิกเงินจากระบบ e-claim บางครั้งบันทึกไม่ครบก็เบิกไม่ได้ แต่ในปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่คัดกรองข้อมูลก่อนส่งเบิก ถ้าข้อมูลส่วนไหนไม่ครบก็จะส่งกลับมาให้แก้ไขก่อน”

“การใช้งานในคู่มือข้อมูลไม่ครบถ้วน”

“การลงข้อมูลเบิก ไม่ทราบเงื่อนไขที่ชัดเจน จึงต้องทำการแก้ไขข้อมูลใหม่”

“การลงข้อมูลในระบบมีปัญหาเรื่องการลงวันและเวลาในการเบิกจ่าย”

“อยากให้มีหนังสือคู่มือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การเบิกจ่าย การสนับสนุนเวชภัณฑ์”

(ประมวลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการ)

3. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล ทั้งด้านการจัดบริการตามสิทธิและการจัดบริการในโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น เป็นข้อมูลที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

3.1 การจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลสำหรับประชากรทุกสิทธิ

นอกจากปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ที่ยังคงพบปัญหาอุปสรรคบางประการ เช่น การรับรู้สิทธิของประชาชน การไม่ให้ความสำคัญในการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของผู้บริหาร การจัดซื้อเวชภัณฑ์สำรองไว้แต่ไม่มีผู้มารับบริการหรือมารับบริการน้อย ดังกล่าวนั้นแล้ว ยังมีปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ในด้านการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่สำคัญคือ ด้านความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และความเพียงพอของบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา ส่วนกลางโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลักในการผลิตชุดความรู้และคู่มือการดำเนินงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนการทำงานของพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การให้การสนับสนุนดังกล่าว ปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย โดยเฉพาะในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการและบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่า

ด้านคู่มือ เอกสารเผยแพร่ความรู้ โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนไม่พบว่ามีปัญหาด้านนี้ ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่งระบุว่า คู่มือ เอกสารความรู้ต่างๆ และแผ่นภาพพลิกให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว มีจำนวนจำกัด และไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ประกอบกับเป็นเอกสารคู่มือที่ได้รับสนับสนุนจากส่วนกลางผ่านมาเป็นเวลานานหลายปีแล้ว ข้อมูลอาจไม่ทันสมัย รวมทั้งปัจจุบันสภาพสังคมไทยมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจำนวนมาก ทั้งแรงงานต่างด้าวและแรงงานต่างถิ่น ส่วนกลางโดยกรมอนามัยควรพิจารณาการจัดทำเอกสารความรู้ คู่มือการให้บริการ รวมทั้งสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนแก่โรงพยาบาลต่างๆ โดยควรพิจารณาเนื้อหาให้ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และจัดทำเป็นหลายภาษา ทั้งภาษาถิ่น ภาษาต่างประเทศ โดยเฉพาะภาษาประเทศเพื่อนบ้าน ดังตัวอย่างความเห็น:

“คู่มือ แผ่นพลิกที่กรมฯ ส่งให้ ได้มานานมากแล้ว มีชุดเดียว ไม่พอให้บริการ”

“พื้นที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้ามามาก สื่อที่ไม่ตรงตามความต้องการ และไม่เพียงพอสำหรับการใช้ลงพื้นที่”

“มีแรงงานต่างด้าวมาใช้บริการ มีปัญหาการสื่อสารบ้าง”

“อุปกรณ์หรือสื่อการสอนไม่มี ต้องหากันเอง หรือยืมจากงานอื่น”

(ประมวลความเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการ)

ด้านบุคลากร โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประสบปัญหาด้านบุคลากร เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ในการให้บริการมีน้อย ประกอบกับบุคลากรมีการโยกย้ายสถานที่ทำงาน บุคลากรส่วนหนึ่งมีภาระงานมาก และบุคลากรผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการอบรมอย่างจริงจัง เป็นเพียงการเรียนรู้มาจากผู้ที่เคยผ่านการอบรมมาอีกทอดหนึ่ง ซึ่งผู้บริหารและผู้ให้บริการระบุดคล้องกันว่า บุคลากรยังต้องการการพัฒนา การฝึกทักษะ และองค์ความรู้เพิ่มเติม ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาดังกล่าวนี้อาจไม่รุนแรงนัก เนื่องจากการให้บริการคุมกำเนิดได้เป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาล ประกอบกับมีผู้มารับบริการไม่มากดังกล่ามาแล้ว ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาดังกล่าวนี้น่าจะมีความสำคัญ เพราะมีผู้มารับบริการจำนวนมากและมีแนวโน้มที่จะมารับบริการมากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากความสำเร็จของการให้บริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากขาดแคลนผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญไม่เพียงพอแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ

“จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้รับบริการมีจำนวนมาก”

“มีบุคลากรที่ให้บริการใส่ห่วงอนามัยเพียง 1 ท่าน ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอกับการให้บริการ เพราะคนอื่นไม่สามารถทำแทนได้ จึงต้องนัดผู้มารับบริการให้มาในวันอื่น”

“บุคลากรผู้ให้บริการไม่เพียงพอ บุคลากรแต่ละคนงานเยอะ ไม่มีเวลามาทำเรื่องการวางแผนครอบครัวอย่างจริงจัง”

“หาบุคลากรทดแทนได้ยาก ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไปราชการหรือลาหยุด จึงต้องสลับผลัดเปลี่ยนกันลา”

“บุคลากรมีการโยกย้ายสถานที่ทำงานตลอด ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ทุกๆ ปี”

(ประมวลความเห็นผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการสถานบริการภาครัฐ)

3.2 การจัดบริการคุมกำเนิดในโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

3.2.1 ด้านการรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลจำนวนมากที่มีวัยรุ่นมารับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในปริมาณน้อย เหตุที่วัยรุ่นไม่เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เนื่องจาก

1) **ทัศนคติและความเชื่อของวัยรุ่น** : รับความเชื่อจากผู้ปกครองทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียง กลัวความเจ็บปวด จึงนิยมใช้วิธียาฉีดคุมกำเนิดมากกว่าการใส่ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด

“สาเหตุที่วัยรุ่นไม่รับบริการ คือ ความไม่เข้าใจการคุมกำเนิดวิธีนี้ กลัวเจ็บ กลัวมีผลข้างเคียงมาก”

“วัยรุ่นที่ไม่รับบริการใส่ห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิด เนื่องจากมารดาไม่ยอมให้ฝังยาคุมกำเนิด”

“มีความรู้สึกและความเชื่อที่ไม่ดีต่อยาฝังคุมกำเนิดจากการรับฟังจากบุคคลอื่นในชุมชน”

“มีความเชื่อที่ผิดของผู้ปกครอง กลัวเป็นมะเร็ง เพราะเอาสิ่งแปลกปลอมเข้าร่างกาย ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าฝังยาคุมกำเนิด”

(ประมวลความเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการ)

2) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของวัยรุ่น : วัยรุ่นรับทราบข้อมูลน้อย อีกทั้งยังขาดผู้ที่ให้คำแนะนำปรึกษา ทำให้เวลามารับบริการที่โรงพยาบาล ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจและให้คำแนะนำค่อนข้างมาก

“วัยรุ่นมารับบริการน้อย อาจจะเป็นเพราะการเข้าถึง การรับรู้ รับทราบข้อมูลน้อย การให้ข้อมูลหลังคลอดอาจจะไม่ดี ขาดการให้คำปรึกษาก่อน พอมาถึงงานวางแผนครอบครัว consult จะเสียเวลามาก”

(บุคลากรผู้ให้บริการ)

3) ค่าใช้จ่าย/ค่าบริการ : ปกติการรับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด และแม้ว่าปัจจุบันจะมีโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่ วัยรุ่นให้การสนับสนุนค่าบริการ แต่ผลสืบเนื่องจากการรับรู้ข่าวสารของวัยรุ่นยังจำกัดในวงแคบ ทำให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังคงเข้าใจว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

“ส่วนใหญ่เข้าใจว่ามีค่าใช้จ่ายสูง และผู้มารับบริการต้องชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด”

“วัยรุ่นมารับบริการน้อย เพราะคิดว่าต้องชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด”

(บุคลากรผู้ให้บริการ)

3.3.2 ด้านคู่มือ เอกสารเผยแพร่ความรู้ และบุคลากรผู้ให้บริการ

มีปัญหาเช่นเดียวกับการดำเนินนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในด้านการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งนำเสนอแล้วในส่วนต้น กล่าวคือโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนไม่พบว่ามีปัญหาด้านนี้ เนื่องจากมีวัยรุ่นมาใช้บริการน้อย บางแห่งไม่มีผู้มารับบริการ ส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาด้านความเพียงพอของบุคลากรที่มีความรู้ในการจัดบริการ รวมทั้งเอกสารคู่มือ ชุดความรู้ เนื่องจากเอกสารความรู้/ชุดคู่มือที่ส่วนกลางผลิตขึ้นและให้การสนับสนุน

ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างๆ นั้น ไม่สามารถจะนำไปใช้ได้ทันที ดังนั้นส่วนกลางควรปรับปรุงคู่มือให้ ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง จัดทำสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น VCD เพื่อเปิดให้ผู้รับบริการดูได้

“คู่มือต่างๆที่กระทรวงทำออกมา ไม่สามารถจะนำไปใช้ได้ทันที ควรมีการจัดทำสื่อที่ สามารถนำไปใช้ได้เลย”

“การจัดทำคู่มือไม่ควรทำมาเป็นเล่มเพียงอย่างเดียว ควรให้โรงพยาบาลทำในรูปแบบ VCD เพื่อนำไปเปิดให้ผู้รับบริการดูได้”

(บุคลากรผู้ให้บริการ)

3.3.3 ปัญหาการทำงานเชิงบูรณาการกับเครือข่าย

ปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานไม่ใช่เฉพาะกระทรวง สาธารณสุขเท่านั้น จำเป็นต้องดำเนินงานร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งยังมีข้อจำกัดหลาย ประการ อาทิเช่น ขาดข้อมูลวัยรุ่นที่ตั้งครุฑว่าเป็นวัยรุ่นที่อยู่ในระบบกับนอกระบบการศึกษา เพื่อใช้ ประกอบในการพิจารณาวางแผนทำงานแก้ไขปัญห ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับ หน่วยงานด้านการศึกษาในพื้นที่และท้องถิ่น เป็นต้น

4. ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง

ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง ประกอบด้วย ด้านนโยบาย ด้านงบประมาณ ด้าน การบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลางของโรงพยาบาลทุกประเภท ในภาพรวม พบว่ามีความต้องการการสนับสนุนในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ มีความต้องการสนับสนุนมากกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 75.6 รองลงมาคือด้านนโยบาย ด้านการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านการบริหารจัดการ 74.8, 74.5, 54.3 และ 34.2 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายประเภทโรงพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์ มีความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลางด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ เท่ากับด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร คือร้อยละ 33.3 รองลงมาคือด้านนโยบาย และด้าน งบประมาณมีความต้องการการสนับสนุนเท่ากัน คือ ร้อยละ 16.7 แต่ไม่ต้องการการสนับสนุนด้านการ บริหารจัดการจากส่วนกลาง เนื่องจากผู้รับบริการคึกคักมากจะไปใช้บริการในโรงพยาบาล ชุมชนที่อยู่ใกล้ ทำให้ภาระการจัดบริการจะเป็นบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก การจัดบริการ ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์จึงไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการมากนัก อย่างไรก็ตาม ในด้าน บุคลากรและความรู้ด้านมาตรฐานการให้บริการนั้น โรงพยาบาลยังมีความต้องการ ให้บุคลากรได้รับการอบรมฟื้นฟูวิชาการเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ ตลอดจนต้องการสื่อ/คู่มือ เอกสารต่างๆ ใน การสนับสนุนการทำงาน

โรงพยาบาลทั่วไป มีความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลางด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 80.5 รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านนโยบาย และด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 75.6, 53.7, 51.3 และ 41.5 ตามลำดับ โดยให้รายละเอียดเพิ่มเติม เช่น ต้องการการสนับสนุนคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการที่ทันสมัย ใช้งานง่าย เพื่อให้บุคลากรที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อนได้ศึกษา รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ควรจัดอบรมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ต้องการการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิด รวมถึงอุปกรณ์ให้บริการทางทันตกรรม เนื่องจากปัจจุบันเวชภัณฑ์คุมกำเนิดต่างๆ มีราคาสูงขึ้น ส่วนด้านนโยบายและด้านการบริหารจัดการนั้น ควรกำหนดให้การวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิดทุกวิธีการ รวมทั้งถุงยางอนามัย เป็นบริการที่ครอบคลุมทุกสิทธิ รวมถึงการสนับสนุนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย) สำหรับสตรีทุกกลุ่มอายุ ไม่ควรจำกัดเฉพาะวัยรุ่น เป็นต้น

โรงพยาบาลชุมชน มีความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลางด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมากที่สุด ร้อยละ 86.4 รองลงมาคือ ด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ ด้านงบประมาณ ด้านนโยบาย และด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 86.2, 63.7, 46.8 และ 39.4 ตามลำดับ โดยให้รายละเอียดความต้องการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ควรจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี ต้องการการสนับสนุนคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการที่ทันสมัย ใช้งานได้ทันที ต้องการการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดเพิ่ม เนื่องจากปัจจุบันเวชภัณฑ์คุมกำเนิดมีราคาสูงขึ้น รวมถึงต้องการให้มีการกำหนดให้การวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิดทุกวิธีการเป็นบริการที่ครอบคลุมทุกสิทธิ หรืออย่างน้อยสามารถเบิกจ่ายจากสิทธิ สปสช. (บัตรทอง) ได้ รวมถึงการสนับสนุนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย) สำหรับสตรีในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ โดยเบิกจ่ายจากระบบ e-claim เช่นเดียวกับโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น เป็นต้น

อนึ่ง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 3 ประเภทข้างต้น มีความเห็นตรงกันด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรว่า ควรมีการจัดซื้อจัดหาจากส่วนกลาง และจัดส่งให้โรงพยาบาลโดยตรง เพื่อลดขั้นตอนการจัดการของโรงพยาบาล และลดความแตกต่างด้านราคาในการจัดซื้อ

โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความต้องการการสนับสนุนด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการมากที่สุด คือ ร้อยละ 72.2 รองลงมาคือ ด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ ด้านงบประมาณ ร้อยละ 63.3 และ 36.4 ตามลำดับ และมีความต้องการด้านการบริหารจัดการ และด้านนโยบายเท่ากัน คือ ร้อยละ 18.2

โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความต้องการการสนับสนุนด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ มากที่สุดร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านนโยบาย และด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 48.6, 43.2, 29.7 และ 21.6 ตามลำดับ

โรงพยาบาลเอกชน มีความต้องการการสนับสนุนด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 28.2 รองลงมาคือด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรร้อยละ 23.9 สำหรับด้านนโยบาย ด้านการบริหารจัดการ และด้านงบประมาณ มีความต้องการการสนับสนุนเท่ากัน คือร้อยละ 14.1 โดยมีความเห็นเพิ่มเติมว่า สปสช. ควรสนับสนุนงบประมาณวางแผนครอบครัวแก่โรงพยาบาลในแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ และสามารถเบิกค่าบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมได้ทุกสิทธิการรักษา ให้มีการจัดหาเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นและหายากหรือราคาสูงจากส่วนกลางแล้วกระจายลงพื้นที่ รวมถึงเผยแพร่เอกสารที่เกี่ยวข้องให้กับโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีศักยภาพและความสามารถที่จะดำเนินการในเรื่องการวางแผนครอบครัวได้ เป็นต้น

สรุป ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลางของโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ร้อยละความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล	ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง									
		ด้านนโยบาย		ด้านงบประมาณ		ด้านการบริหารจัดการ		ด้านการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร		ด้านคู่มือ/มาตรฐาน การให้บริการ	
		ต้องการ	ไม่ ต้องการ	ต้องการ	ไม่ ต้องการ	ต้องการ	ไม่ ต้องการ	ต้องการ	ไม่ ต้องการ	ต้องการ	ไม่ ต้องการ
โรงพยาบาลศูนย์	12	2 (16.7)	3 (25.0)	2 (16.7)	3 (25.0)	-	2 (16.7)	4 (33.3)	3 (25.0)	4 (33.3)	3 (25.0)
โรงพยาบาลทั่วไป	41	21 (51.3)	1 (2.4)	22 (53.7)	2 (4.9)	17 (41.5)	1 (2.4)	31 (75.6)	1 (2.4)	33 (80.5)	1 (2.4)
โรงพยาบาลชุมชน	419	196 (46.8)	22 (5.3)	267 (63.7)	21 (5.0)	165 (39.4)	20 (4.8)	362 (86.4)	19 (4.5)	361 (86.2)	19 (4.5)
โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนัก ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	11	2 (18.2)	1 (9.1)	4 (36.4)	1 (9.1)	2 (18.2)	2 (18.2)	8 (72.7)	-	7 (63.6)	1 (9.1)
โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข	37	11 (29.7)	4 (10.8)	16 (43.2)	3 (8.1)	8 (21.6)	4 (10.8)	18 (48.6)	4 (10.8)	22 (59.5)	5 (13.5)
โรงพยาบาลเอกชน	71	10 (14.1)	8 (11.3)	10 (14.1)	8 (11.3)	10 (14.1)	7 (9.9)	17 (23.9)	6 (8.5)	20 (28.2)	7 (9.9)
รวม	591	442 (74.8)	41 (6.9)	321 (54.3)	38 (6.4)	202 (34.2)	51 (8.6)	440 (74.5)	33 (5.6)	447 (75.6)	36 (6.1)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้านความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง

นอกจากข้อค้นพบที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามดังนำเสนอข้างต้น ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาลที่เป็นเป้าหมายในการสำรวจ ได้ระบุความต้องการการสนับสนุนที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานเพิ่มเติม ดังนี้

ด้านสื่อความรู้และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร นอกจากชุดคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการที่โรงพยาบาลทุกแห่งต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลางดังกล่าวแล้ว โรงพยาบาลทุกประเภทยังมีความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนสื่อความรู้และองค์ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่มีรูปแบบหลากหลาย อาทิเช่น คู่มือ แผ่นพับ แบบจำลอง (model) ชุดจัดนิทรรศการ (roll up) รวมทั้งการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอด้วย

“ต้องการให้ส่วนกลางสนับสนุน แผ่นพับ องค์ความรู้ต่างๆ ที่ควรมี”

“ชุดสื่อการสอน โมเดล”

“ช่องทางในการให้คำปรึกษากรณีการตั้งครรภ์/การยุติการตั้งครรภ์”

“การอบรมฟื้นฟูให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ควรทำเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง”

(ประมวลความเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการ)

ด้านความร่วมมือ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีความต้องการให้ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเยาวชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บูรณาการงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือมีแผนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ทุกฝ่ายร่วมมือกันในทุกระดับ ทั้งระดับนโยบายและระดับการทำงานในพื้นที่

“อยากให้ทุกกระทรวงบูรณาการงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งปัจจุบันรู้สึกว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำอยู่ฝ่ายเดียว เช่น ในการทำแผนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยากให้ทุกฝ่ายควรร่วมมือกัน กระทรวงศึกษาธิการควรมีนโยบายลงมาที่โรงเรียนเรื่องการวางแผนติดตามด้วย”

“อยากให้โรงเรียน ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่เด็ก ซึ่งทางโรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ในพื้นที่จะช่วยสนับสนุนด้านบุคลากรในบางส่วน

“อยากให้ อบต. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพราะอยู่ใกล้กับชุมชนมากกว่า ซึ่งถ้า อบต. เห็นความสำคัญของปัญหาจะช่วยให้โรงพยาบาลทำงานง่ายขึ้น”

(ประมวลความเห็นของผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการ)

บทที่ 5

บทสรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558 มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ 2) ศึกษาผลการจัดบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ซึ่งในบทที่ 4 ได้มีการนำเสนอผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในแต่ละประเด็นแล้ว

ในบทนี้จะนำเสนอสรุปผลการศึกษาในภาพรวม พร้อมวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล

1.1.1 การจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ

(1) **ด้านนโยบาย** โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีความเห็นว่่านโยบายเรื่องการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ดี เพราะช่วยลดปัญหาทางสังคม สามารถแก้ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มต่างๆ ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม รวมทั้งช่วยลดขั้นตอนการให้บริการทำให้สะดวก รวดเร็วขึ้น ส่วนการกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันตามประเภทและศักยภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่รับนโยบายการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวจากส่วนกลาง ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหลัก ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแม้ว่าส่วนใหญ่จะไม่ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว แต่ก็มีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งดำเนินงานตามนโยบาย/แนวทางของกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และส่วนหนึ่งดำเนินงานในลักษณะเป็นการให้บริการตามปกติซึ่งไม่ครอบคลุมทุกวิธีการคุมกำเนิด สำหรับโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่เป็นการจัดให้มีบริการตามนโยบายของผู้บริหาร ส่วนหนึ่งปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ (สปสช.) บางส่วนไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายการจัดบริการวางแผนครอบครัว/คุมกำเนิด แต่จะเน้นการให้บริการการรักษาโดยทั่วไป ซึ่งมีการจัดบริการวางแผนครอบครัวรวมอยู่ด้วย

(2) **ด้านการจัดบริการตามสิทธิต่างๆ** พบว่า โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีบริการที่ครอบคลุมสิทธิทุกประเภท แม้จะไม่ครอบคลุมทุกวิธีการคุมกำเนิด ทั้งนี้ขึ้นกับเงื่อนไขด้านสิทธิ การจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาล และความต้องการของผู้มารับบริการ ในส่วนของโรงพยาบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากการให้บริการตามสิทธิที่ครอบคลุมแล้ว ยังให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มประชากร แต่ในทางปฏิบัติพบว่า กลุ่มที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ยังคงเป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์เป็นหลัก

(3) **ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิด** ตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ในส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์คุมกำเนิดและการให้บริการ ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากไม่ได้ดำเนินการตามนโยบาย สปสช. ประกอบกับโรงพยาบาลเองก็ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายไว้อย่างชัดเจน การจัดวิธีการคุมกำเนิดในการให้บริการจึงแตกต่างกันไปตามความต้องการของผู้มารับบริการ

ด้านการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ดำเนินการจัดซื้อเอง โดยเป็นการซื้อกับบริษัทฯ โดยตรง มากกว่าร้อยละ 80 มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งจัดซื้อตามราคาที่ตกลงโดยคณะกรรมการยา และมีโรงพยาบาลจำนวนไม่มากนักที่จัดซื้อโดยใช้ทั้ง 2 วิธี ผู้ตัดสินใจจัดซื้อส่วนใหญ่คือคณะกรรมการของโรงพยาบาล รองลงมาเป็นการจัดซื้อโดยการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาล

ส่วนการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เมื่อเปรียบเทียบผลการจัดซื้อในปี พ.ศ. 2553 กับการจัดซื้อในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.1 อันเป็นผลมาจากนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ สำหรับนโยบายการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนน้อย

1.1.2 การจัดบริการคุมกำเนิดก่อนและหลังโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

(1) **ด้านนโยบาย** โรงพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นมีความเห็นตรงกันว่าเป็นนโยบายที่ดีมาก เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อม จะพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีคุณภาพ การมีนโยบายนี้จึงมีส่วนสำคัญในการช่วยลดปัญหาทางสังคม และปัญหาของกลุ่มวัยรุ่น ส่วนการกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลนั้น พบว่า มีความแตกต่างกันตามประเภทและศักยภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่รับนโยบายจากหลายช่องทาง และจัดบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกในหลากหลายวิธีการ ส่วนโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีนโยบายในเรื่องนี้ แต่มีการดำเนินงานโดยผนวกเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของ สปสช. สำหรับโรงพยาบาลเอกชนนั้น แม้ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่ามีนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่นและโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินงานตามนโยบายนี้ เนื่องจากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวัยทำงาน ไม่มี

หรือมีวัยรุ่นมารับบริการน้อย แต่ยังมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และกำหนดเป็นนโยบายการจัดบริการที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ

(2) **ด้านการจัดบริการ** การจัดบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรแก่วัยรุ่นหลังมีนโยบายฯ พบว่า โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีการให้บริการเพิ่มขึ้น โดยวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 ส่วนวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.2

(3) **บุคลากร** ผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ผู้ให้บริการ ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนบุคลากรผู้ให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล

(4) **จำนวนผู้รับบริการ** เปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรก่อนเริ่มต้นโครงการในปีงบประมาณ 2556 กับหลังจากดำเนินโครงการในปีงบประมาณ 2558 พบว่า มีผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดห่วงอนามัยลดลง แต่มีผู้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น

(5) **การเบิกค่าบริการ** การเบิกค่าบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรตามโครงการฯ ผ่านระบบ e-claim พบว่า โรงพยาบาลร้อยละ 74.8 มีปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการ ซึ่งเป็นเรื่องความเข้าใจในระบบการบันทึกข้อมูล e-claim และความล่าช้าในการเข้าระบบ ซึ่งเป็นปัญหาเชิงเทคนิค ซึ่งสามารถแก้ไขได้ ในขณะที่ร้อยละ 25.2 ไม่มีปัญหา

1.2 ปัญหา อุปสรรคในการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล

1.2.1 การจัดบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับประชากรทุกสิทธิ พบปัญหาในด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์บางประการ เช่น ประชาชนทั่วไปไม่ทราบสิทธิที่ตนพึงได้จึงไม่มารับบริการ ผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งไม่ให้ความสำคัญในการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร หรือโรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรสำรองไว้ แต่ไม่มีผู้มารับบริการ รวมถึงมีข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะความชำนาญ และความเพียงพอของบุคลากรผู้ให้บริการ ตลอดจนความเพียงพอและความทันสมัยของสื่อและเอกสารความรู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

1.2.2 การดำเนินงานโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น พบอุปสรรคด้านการมารับบริการของวัยรุ่นในปริมาณไม่มากนัก อันเนื่องมาจากทัศนคติและความเชื่อที่คลาดเคลื่อน รวมทั้งการรับรู้ข่าวสารที่ยังไม่ทั่วถึง ข้อจำกัดด้านคู่มือ เอกสารเผยแพร่ความรู้ และบุคลากรให้บริการ ตลอดจนการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

1.3 ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง

ความต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลางของโรงพยาบาลทุกประเภทในภาพรวม มีความต้องการการสนับสนุนระดับมากทุกด้าน กล่าวคือด้านที่ต้องการมากที่สุดคือ ด้านคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านนโยบาย และด้านการบริหารจัดการ ตามลำดับ โดยระบุความต้องการที่สำคัญ คือ การสนับสนุนคู่มือ/มาตรฐานการให้บริการที่ใช้งานง่าย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ควรจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี ต้องการการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิด รวมถึงอุปกรณ์ให้บริการทางหัตถการ เนื่องจากปัจจุบันเวชภัณฑ์คุมกำเนิดมีราคาสูงขึ้น สปสช. ควรสนับสนุนงบประมาณวางแผนครอบครัวแก่โรงพยาบาล (ทุกประเภท) ในแนวทางเดียวกันทั่วประเทศและสามารถเบิกค่าบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมได้ทุกสิทธิการรักษา รวมถึงการสนับสนุนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร สำหรับสตรีทุกกลุ่มอายุ ไม่ควรจำกัดเฉพาะวัยรุ่น และให้มีการจัดซื้อจัดหาจากส่วนกลางและจัดส่งให้โรงพยาบาลโดยตรง เพื่อลดขั้นตอนการจัดการของโรงพยาบาล และลดความแตกต่างด้านราคาในการจัดซื้อ

2. ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ

ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จของการดำเนินนโยบายการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในเรื่องการให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น ซึ่งสะท้อนผ่านบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายของผู้บริหารและบุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สรุปได้ดังนี้

1. **การสนับสนุนจากภาครัฐ** การมียุทธศาสตร์ นโยบายและแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน ทำให้บุคลากรทุกระดับมีความมั่นใจ สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับทั้งภายในองค์กรและกับหน่วยงานภายนอกได้

2. **การสร้างภาคีเครือข่าย** ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน จำเป็นต้องมีเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อสนับสนุนและหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน

3. **ปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินงานและจัดบริการมีประสิทธิภาพ** ได้แก่ งบประมาณ โดยการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ สามารถขยายผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนสถานที่ให้บริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจ และพร้อมที่จะกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

4. **การบริหารจัดการบุคลากร** กระบวนการเตรียมบุคลากรเป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บริการมีคุณภาพ ด้วยการพัฒนาบุคลากร ทั้งเรื่องความรู้ ทักษะการให้การปรึกษา นอกจากนี้

บุคลากรในการให้บริการต้องมีใจรักในการให้บริการ มีความเสียสละ อุทิศตน อุทิศเวลา และทำงานเป็นทีม เพื่อเป็นพลังร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

5. การให้ความรู้ที่ถูกต้องและปรับทัศนคติต่อวิธีการคุมกำเนิด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะวัยรุ่นเกิดความตระหนักด้วยตนเอง อีกทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการคุมกำเนิด

3. อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่าการมีนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น เป็นนโยบายที่ดี แต่ยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ได้จัดบริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้บริหารไม่มีนโยบายจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณสำรองที่จะจัดซื้อห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิดมาให้บริการก่อน พร้อมทั้งไม่มีบุคลากรให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล (2454) ที่พบว่าเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้สถานบริการสามารถให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรได้นั้นขึ้นกับการมี/ไม่มีเวชภัณฑ์ให้บริการ นโยบายของผู้บริหารสถานบริการ และความพร้อมของบุคลากร และยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นไม่มารับบริการหรือมารับบริการจำนวนน้อย ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากเหตุผลที่ต้องเสียค่าบริการสูงแล้ว ยังพบสาเหตุมาจากการมีทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่คลาดเคลื่อนของวัยรุ่น ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบปัญหาดังกล่าวนี้เช่นกัน และยังพบปัญหาด้านทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลรัฐอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2547) ที่ระบุว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มักได้รับความรู้เรื่องเพศและการคุมกำเนิดจากเพื่อน ซึ่งเพื่อนก็มีความรู้ที่ไม่ดีพอ นอกจากนั้นร้านขายยาก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่วัยรุ่นหญิงขอความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิด ซึ่งก็อาจได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์ได้ ในส่วนของโรงพยาบาลรัฐวัยรุ่นมารับบริการน้อยยังมีสาเหตุมาจากการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะถ้ามีปัญหาทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ ติดยาเสพติด และมีปัญหาประจำเดือน) จะไม่ไปโรงพยาบาลของรัฐเลย เพราะไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่สะดวกสบาย รอนาน บริการไม่ประทับใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ (2552) ที่พบว่าวัยรุ่นเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพทางเพศของรัฐ เนื่องจากรูปแบบการให้บริการที่ไม่สนองตอบความต้องการของวัยรุ่น

ผลการศึกษาวิธีการจัดบริการคุมกำเนิดของประเภทสิทธิต่างๆ และทุกประเภทของโรงพยาบาลพบว่าวิธีคุมกำเนิดที่ให้บริการมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ยาฉีดคุมกำเนิด รองลงมาคือ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม สำหรับวิธีคุมกำเนิดชนิดห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิดให้บริการน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดโดยแต่ละโรงพยาบาลจะซื้อยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ด

คุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ในปริมาณที่มากกว่าวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เพราะมีราคาถูก ในทางปฏิบัติผู้รับบริการที่ต้องการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองในกรณีฝังยาคุมกำเนิด ต้องเสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 2,500 – 3,000 บาท แม้จะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์การวางแผนครอบครัว ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หากผู้รับบริการต้องการคุมกำเนิดเจ้าหน้าที่จะแนะนำให้ใช้วิธีอื่นแทน เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด หรือ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้บริการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรณู ชูนิล และสุชน ปัญญาติลล (2548) ที่พบว่าเมื่อผู้รับบริการมาขอเปลี่ยนห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิดอันใหม่ โรงพยาบาลไม่มีให้บริการจะแนะนำวิธียาฉีดคุมกำเนิด หรือยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมแทน

ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า การจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่การจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตรในโรงพยาบาลลดลง เมื่อเปรียบเทียบการจัดซื้อเวชภัณฑ์ในปี พ.ศ. 2553 กับปี พ.ศ. 2558 จะเห็นได้ว่าการรับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าการให้บริการคุมกำเนิดชนิดห่วงอนามัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 และชนิดยาฝังคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.2 ทั้งนี้ยังพบว่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นร้อยละ 78.3 เนื่องจากผู้บริหารเห็นความสำคัญของนโยบายป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พร้อมทั้งจะร่วมมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แม้ว่าจะมีการนำนโยบายไปปฏิบัติตามบริบทที่แตกต่างกัน ประกอบกับโรงพยาบาลสามารถเบิกค่าบริการได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่กำหนดไว้ในโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบการจัดซื้อเวชภัณฑ์ในปี พ.ศ. 2553 กับปี พ.ศ. 2558 พบว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้จัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรน้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากคณะกรรมการพิจารณาการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลไม่ได้บรรจุห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิดไว้ในรายการยาที่โรงพยาบาลสามารถจัดซื้อได้ในปีนั้นๆ ประกอบกับบริษัทที่เป็นตัวแทนจำหน่ายห่วงอนามัยได้ยกเลิกการจำหน่าย ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถจัดซื้อห่วงอนามัยมาให้บริการได้ ในขณะเดียวกันมีบริษัทใหม่เป็นตัวแทนจำหน่ายห่วงอนามัยแทน แต่โรงพยาบาลไม่ทราบคิดว่าไม่มีห่วงอนามัยจำหน่ายแล้วในประเทศไทย

ผลการศึกษาการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินในโรงพยาบาลพบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.1 เมื่อเปรียบเทียบการจัดซื้อเวชภัณฑ์ในปี พ.ศ. 2553 กับปี พ.ศ. 2558 อันเป็นผลมาจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับเปิดศูนย์ฟังได้ (One Stop Service Crisis Center หรือ OSCC) เพื่อให้บริการดูแลรักษาเด็กและสตรีที่ถูกระทำความรุนแรงทางเพศตามแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรงทางเพศที่ต้องมียาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินไว้ให้บริการเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดถุงยางอนามัยในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 10.6 เมื่อเปรียบเทียบการจัดซื้อเวชภัณฑ์ในปี พ.ศ. 2553 กับปี พ.ศ. 2558 เนื่องจากการสนับสนุนจากส่วนกลางตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จาก

มติการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 3/2556 เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2556 ให้ สปสช. จัดหาถุงยางอนามัย จำนวน 40 ล้านชิ้น เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่น เพราะเป็นวิธีที่ป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ได้ด้วย และพบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตรในโรงพยาบาล ลดลงร้อยละ 22.7 เมื่อเปรียบเทียบการจัดซื้อเวชภัณฑ์ในปี พ.ศ. 2553 กับปี พ.ศ. 2558 เนื่องจากสามารถใช้ยาฉีดคุมกำเนิดทดแทนได้และยังคุมกำเนิดได้นานถึง 3 เดือนต่อ 1 เข็ม ในขณะที่ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับสตรีให้นมบุตรคุมกำเนิดได้ 1 เดือนต่อ 1 แผง

ผลการศึกษาด้านบุคลากรพบว่า บุคลากรผู้ให้บริการยังคงต้องการการพัฒนาทักษะ และเพิ่มพูนความรู้ แม้จะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ยังคงต้องการความรู้จากการประชุม อบรม หรือสัมมนาเทคโนโลยีใหม่ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชน ปัญญาติลก และเรณู ชูนิล (2454) ที่พบว่าโรงพยาบาลยังต้องการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสูงถึงร้อยละ 94.7 และการศึกษาของ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ (2556) ที่พบว่าระดับนโยบาย เช่น สปสช. ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องการพัฒนาบุคลากร ในฐานะผู้ซื้อบริการที่มีความคาดหวังคุณภาพบริการจากบุคลากรที่มีความพร้อมในการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่หน่วยปฏิบัติในการให้บริการเองก็คาดหวังงบประมาณในการฝึกอบรมจาก สปสช. เป็นต้น

ด้านเอกสาร สื่อชุดความรู้ ที่ผู้ให้บริการต้องการให้ส่วนกลางผลิตเพิ่ม และให้มีเนื้อหาที่ทันสมัย สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ (2556) ที่พบว่า บุคลากรให้ความเห็นว่า คู่มือ องค์ความรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ต้องปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ รวมทั้งพัฒนาด้านการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะปัจจุบันที่เน้นกลุ่มวัยรุ่น

โดยเหตุที่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เงื่อนไขหนึ่งของความสำเร็จคือความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ ดังตัวอย่างการศึกษาของ ศิริพร ปัญญาพฤทธิพงศ์ และบุญช่วย นาสูงเนิน (2555) เป็นการศึกษาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาคีด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชนในจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การมีส่วนร่วมหรือการได้รับการสนับสนุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือสถาบันที่เกี่ยวข้องที่มีการทำงานร่วมกัน สามารถนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพการทำงาน โดยวางระบบการทำงานที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน และนำไปสู่การขยายผลการดำเนินงาน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ายังมีข้อจำกัดในการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานด้านการศึกษาในพื้นที่และท้องถิ่น จำเป็นต้องแสวงหาความร่วมมือต่อไปเพื่อให้การดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นประสบความสำเร็จ

4. ข้อเสนอแนะ

การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนตามนโยบายการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดโดยให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น มีผลการดำเนินงานที่อาจกล่าวได้ว่ามีความก้าวหน้าและตอบสนองนโยบายเป็นอย่างดี รวมทั้งยังมีศักยภาพที่จะสามารถยกระดับคุณภาพการให้บริการให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้ หากมีระบบสนับสนุนที่ดี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการงานวางแผนครอบครัว ดังนี้

4.1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดทำคู่มือการบริหารจัดการและการให้บริการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลทุกประเภทให้ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน สำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการทุกระดับมีความเข้าใจในรายละเอียดของการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ อันจะส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามสิทธิและตามความต้องการ

4.2 จากรายงานสำรวจการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2557 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558) พบว่าผู้ป่วยทำแท้งอายุต่ำกว่า 20 ปี มีร้อยละ 30.0 ช่วงอายุ 20 – 24 ปี มีร้อยละ 27.5 ช่วงอายุ 25 – 29 ปี มีร้อยละ 14.9 ช่วงอายุ 30 – 34 ปี มีร้อยละ 13.8 ช่วงอายุ 35 – 39 ปี มีร้อยละ 8.8 ช่วงอายุ 40 – 44 ปี มีร้อยละ 4.4 และอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 0.6 และเมื่อมีการสอบถามถึงเรื่องการคุมกำเนิดพบว่าใช้วิธีคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ มีร้อยละ 49.5 ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด มีสูงถึงร้อยละ 50.5 หากได้พิจารณาเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้พบว่าผู้ป่วยทำแท้งใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวสูงถึงร้อยละ 79.4 วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรมีเพียงร้อยละ 1.8 (ห่วงอนามัยร้อยละ 1.4 และยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 0.4) สำหรับวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่ใช้ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ร้อยละ 61.0 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 5.4 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ร้อยละ 13.0 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ทำแท้งที่มีอายุมากกว่า 20 ปี มีถึงร้อยละ 70 ได้คุมกำเนิดไม่ถึงร้อยละ 50 วิธีที่นิยมใช้เป็นแบบชั่วคราว หากใช้ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ดังข้อมูลที่ปรากฏ จากข้อมูลดังกล่าวสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนงบประมาณยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุมากกว่า 20 ปี โดยไม่รวมไปกับค่าเหมาจ่ายรายหัว เนื่องจากเป็นเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่มีราคาแพง โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดซื้อไว้ให้บริการ หรือใช้ระบบการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim เช่นเดียวกับโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น นอกจากนี้เพื่อให้ผู้รับบริการคุมกำเนิดเข้าถึงบริการและสามารถไปรับบริการนอกเขตที่ลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการได้

เนื่องจากมีสตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวนมากไปทำงานนอกเขตพื้นที่ของตนเองลงทะเบียนไว้ : **รับบริการได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ**

4.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านนโยบาย ผู้ให้บริการ การจัดบริการ การจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด รวมทั้งประเมินความพึงพอใจการรับบริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรของวัยรุ่น เพื่อนำผลการประเมินมาพัฒนาบริการให้ตรงกับความต้องการ และการดำเนินงานโครงการในระยะต่อไป

4.4 ควรผลิตสื่อชุดความรู้ ที่มีรูปแบบหลากหลาย ครอบคลุมหลายภาษา และทันสมัย ผ่านช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงง่ายและเป็นที่ยอมรับของทุกกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะวัยรุ่น

4.5 พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ

4.5.1 บุคลากรผู้ให้บริการที่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้ว ควรจัดอบรมหลักสูตรฟื้นฟู/ทบทวนความรู้เกี่ยวกับเรื่อง เทคโนโลยีการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้ที่ทันสมัย จะส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4.5.2 บุคลากรที่ยังไม่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ความรู้ใหม่ โดยเฉพาะหลักสูตรการอบรมให้บริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด สำหรับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการแทนแพทย์ได้ เนื่องจากแพทย์มีภาระการรักษาผู้ป่วยที่มีจำนวนมากในแต่ละวัน ทำให้ไม่มีเวลาให้บริการ ส่งผลให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ธรรมวรรณ และคณะ. (2545). **บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม**. กรุงเทพมหานคร: โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สภาประชากร.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ** ครั้งที่ 26 ธันวาคม 2551 ห้องประชุมสมบุญ รัชโรทัย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2548). **ความพึงพอใจของผู้รับบริการวางแผนครอบครัว**. ISBN 974-515-896-8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2549). **10 ปี ICPD ความก้าวหน้าและท้าทายในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของประเทศไทย**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. (2539). **25 ปี นโยบายประชากร**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และคณะ. (2555). **การสำรวจการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย**. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
- จตุพร ไชยสุวรรณ. (2548). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีวัยรุ่น**. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, ปีที่ 23 หน้า 241-248.
- จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์. (2552). **เพศวิถี การรับรู้ความเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของวัยรุ่นชาย: กรณีศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ**. **วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์**, ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2552 หน้า 1-11. (ออนไลน์) ที่มา http://www.uttaradit-hosp.go.th/NEW2012_SOI/varasan/24_1_52.pdf (22 ธันวาคม 2555).
- นุชนาฏ หวนนากลาง และคณะ. (2553). **การศึกษาการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี**. รายงานวิจัย.
- เบญจพร ปัญญา. (2554). **การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ประสิทธิ์ อิมปัญญา. (2550). **ปัจจัยและแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียน** โดยความร่วมมือของชุมชน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง. [ออนไลน์] ที่มา: <http://www.vijai.org/re.asp>. (8 กุมภาพันธ์ 2559).

- พัชรินทร์ ไชยपाल. (2543). **การศึกษาปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภคณัฐ ทองขาว. (2545). **ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน สถานการณ์ความรู้ทัศนคติและการใช้ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาจังหวัดพัทลุง**. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ วิทยานิพนธ์ (ออนไลน์) ที่มา <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=47329> (9 ธันวาคม 2555).
- วรางคณา คุ่มสุข. (2545). **การศึกษาเจตคติการตั้งครรภ์ และแบบแผนการดำเนินชีวิตในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรารัตน์ ภูลายเรียบ. (2547). **พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษา ตรีศึกษา โรงเรียนในเขตอำเภอเมืองยาง กิ่งอำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริพร ปัญญาพทุธิพงศ์ และบุญช่วย นาสูงเนิน (2555) การศึกษาการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภาคีด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชนในจังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์, ฉบับที่ 42 ปีที่ 3.**
- สมพร เตรียมชัยศรี. (2545). “พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น” ใน **พยาบาลสาธารณสุข**. 16 (1): 61–63 (มกราคม–เมษายน 2554)
- สรिता ศรีมะเริง. (2548). **พฤติกรรมทางเพศของแรงงานเด็กหญิงในจังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ (ออนไลน์) ที่มา <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1202548000421> (10 ธันวาคม 2555).
- สุชน ปัญญาดีลก และเรณู ชูนิล. (2554). **โครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย**. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุล. (2548). **พฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของนักเรียน นักศึกษา ในหอพักเขตเทศบาลเมืองน่าน**. [ออนไลน์] ที่มา: <http://gotoknow.org/blog/learn4life>. (8 กุมภาพันธ์ 2559)
- สุศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ. (2556). **โครงการการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการวางแผนครอบครัวเพื่อวางแผนการเกิดอย่างมีคุณภาพในประเทศไทย**. เอกสารอัดสำเนา.
- สุศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล ดำรง เจริญประยูร สมชัย นิรุติศาสตร์ และอรอนพ ใจสำราญ. (2543). **การวางแผนครอบครัวและเทคนิคการคุมกำเนิด**. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). **รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). **การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). **การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555**. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2555). **รายงานประจำปี 2555**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2556). **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2557). **รายงานประจำปี 2557**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2557). **โครงการการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2558). **รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2557**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2547). **สถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย**. รายงานการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น การเสริมสร้างทักษะชีวิต และการให้การปรึกษา. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (ออนไลน์) ที่มา www.klb.dmh.go.th/download_file.php?str_folder...str... (22 ธันวาคม 2555).

อนงค์ ประสานวนกิจ ประณีต ส่งวัฒนา และบุญวดี เพชรรัตน์. (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. **สงขลา นครินทร์เวชสาร, ปีที่ 27** หน้า 369-397.

อนุวรรตน์ อุดมฤทธิ์. (2543). **ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคุมกำเนิดของสตรี**. กรุงเทพมหานคร: การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพวรรณ จิตอารีรัตน์. (2545). **ความพึงพอใจต่อการใช้อยาคคุมกำเนิดของสตรี ณ โรงพยาบาลรามาศิต**. กรุงเทพมหานคร: การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วยตนเอง. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัลญานี สมุห์เสนีโต และคณะ. (2554). **อนามัยเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมปัตตานี : ความแตกต่างที่อาจกลายเป็นชายขอบ**. (ออนไลน์) ที่มา www.2.ipsr.mahidol.ac.th/.../9-RH-ThaiMuslims Pattani-Anlaya.pdf (13 ธันวาคม 2555).

ภาษาอังกฤษ

Best, J. W. (1977). **Research in Education**. Englewood Cliff; New Jersey: Prentice-Hall.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 : การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบช่วงชั้น (Stratified Random Sampling) โดยเริ่มจากแบ่งจังหวัดออกเป็นช่วงชั้นตามความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยทั้ง 12 และสุ่มมา 1 จังหวัดในแต่ละเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัย ร่วมกับกรุงเทพมหานครอีก 1 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด

2. เมื่อได้จังหวัดทั้งหมดจากการสุ่มในช่วงชั้นแรกแล้ว จะแบ่งโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดที่ได้รับการสุ่มออกเป็นช่วงชั้นตามประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

3. จากนั้นจึงทำการสุ่มตามประเภทของโรงพยาบาลที่ได้แบ่งออกเป็นช่วงชั้นดังกล่าว การสุ่มตัวอย่างทำโดยใช้โปรแกรม STATA version 14 รายละเอียดผลการสุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้

ศูนย์อนามัย	จังหวัด	จังหวัดตัวอย่าง	โรงพยาบาลตัวอย่าง
กรุงเทพฯ	ปทุมธานี นนทบุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา	ปทุมธานี	รพ.ปทุมธานี (๓๔๐)
			รพ.ประชาธิปไตย (๖๐)
			รพ.ลำลูกกา (๓๐)
			รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
			รพ.เวชการุณ
			รพ.เฉพาะทางแม่และเด็กแพทย์รังสิต
สระบุรี	ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี นครนายก	สระบุรี	รพ.พระพุทธบาท (๓๑๕)
			รพ.วังม่วงสัทธิธรรม (๓๐)
			รพ.หนองแค (๙๐)
			รพ.ส่งเสริมสุขภาพ เขต 2
			รพ.ค่ายอดิศร
			รพ.ปภาเวช
ชลบุรี	ปราจีนบุรี จันทบุรี ชลบุรี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ระยอง ตราด	ชลบุรี	รพ.ชลบุรี (๘๒๕)
			รพ.สัตหีบ กม 10 (๖๐)
			รพ.หนองใหญ่ (๓๐)
			รพ.ส่งเสริมสุขภาพ เขต 3
			รพ.สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
			รพ.พญาเมเฒะเรียล
			รพ.วิภาราม แหลมฉบัง
ราชบุรี	สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์	นครปฐม	รพ.นครปฐม
			รพ.บางเลน (๖๐)
			รพ.นครชัยศรี (๖๐)
			รพ.กรุงเทพสนามจันทร์

ศูนย์อนามัย	จังหวัด	จังหวัดตัวอย่าง	โรงพยาบาลตัวอย่าง
นครราชสีมา	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	บุรีรัมย์	รพศ.บุรีรัมย์
			รพ.นาโพธิ์ (๓๐)
			รพ.ห้วยราช (๓๐)
			รพ.เอกชนบุรีรัมย์
ขอนแก่น	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม บึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	หนองบัวลำภู	รพ.หนองบัวลำภู
			รพ.โนนสัง (๓๐)
			รพ.สุวรรณคูหา (๓๐)
อุบลราชธานี	อำนาจเจริญ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร ยโสธร นครพนม สกลนคร	อำนาจเจริญ	รพ.อำนาจเจริญ
			รพ.ห้วยตะพาน (๓๐)
			รพ.ปทุมราชวงศา (๓๐)
นครสวรรค์	อุทัยธานี พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท กำแพงเพชร	อุทัยธานี	รพ.อุทัยธานี
			รพ.สว่างอารมณ์ (๓๐)
			รพ.บ้านไร่ (๖๐)
พิษณุโลก	พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ ตาก	สุโขทัย	รพ.สุโขทัย
			รพ.คีรีมาศ (๓๐)
			รพ.สวรรคโลก (๑๒๐)
			รพ.รวมแพทย์สุโขทัย
เชียงใหม่	แพร่ ลำปาง ลำพูน น่าน เชียงใหม่ พะเยา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน	เชียงใหม่	รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์
			รพ.พาน (๑๒๐)
			รพ.เวียงแก่น (๓๐)
			รพ.มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
			รพ.เกษมราษฎร์ศรีบุรินทร์

ศูนย์อนามัย	จังหวัด	จังหวัดตัวอย่าง	โรงพยาบาลตัวอย่าง
นครศรีธรรมราช	ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พังงา ระนอง ภูเก็ต กระบี่	สุราษฎร์ธานี	รพ.สุราษฎร์ธานี
			รพ.เกาะสมุย (๑๖๐)
			รพ.สมเด็จพระยุพราชเวียงสระ (๖๐)
			รพ.ท่าฉาง (๓๐)
			รพ.ไทยอินเตอร์เนชั่นแนล
ยะลา	พัทลุง สงขลา ตรัง สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส	ตรัง	รพ.ตรัง
			รพ.ห้วยยอด (๙๐)
			รพ.ย่านตาขาว (๖๐)
			รพ.วัฒนแพทย์
		กรุงเทพมหานคร	รพ.นพรัตนราชธานี
			รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1
			รพ.ตำรวจ
			รพ.ภูมิพลอดุลยเดช
			รพ.วิชัยยุทธ
			รพ.บางปะกอก 8

ภาคผนวก 2 : แบบสอบถาม
โครงการการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย

คำชี้แจง ผู้ให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามฉบับนี้ได้หลายท่าน กรุณาระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

1. ชื่อ – สกุล ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง.....ระยะเวลาในการทำงาน ณ สถานที่ปัจจุบัน.....ปี
2. ชื่อ – สกุล ผู้ให้ข้อมูล.....
ตำแหน่ง.....ระยะเวลาในการทำงาน ณ สถานที่ปัจจุบัน.....ปี
3. ชื่อ – สกุล ผู้ให้ข้อมูล
ตำแหน่ง.....ระยะเวลาในการทำงาน ณ สถานที่ปัจจุบัน.....ปี

ชื่อสถานบริการ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

โปรดทำเครื่องหมาย (x) ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ท่านต้องการเลือก หรือเติมข้อความให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ส่วนที่ 1 การให้บริการคุมกำเนิดตามสิทธิต่างๆ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. สถานบริการของท่านให้บริการคุมกำเนิดตามสิทธิต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมายดังนี้

(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ☐ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช.
- ☐ สิทธิประกันสังคม
- ☐ สิทธิข้าราชการ
- ☐ สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
- ☐ ประกันเอกชน
- ☐ จ่ายเอง

2. สถานบริการของท่านจัดบริการคุมกำเนิดวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี)

วิธีคุมกำเนิด	สิทธิ						ไม่มี จัดบริการ
	สิทธิประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	สิทธิ ประกันสังคม	สิทธิ ข้าราชการ	สิทธิประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าว	ประกัน เอกชน	จ่ายเอง	
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม							
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว สำหรับสตรีให้นมบุตร							
ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน							
ยาฉีดคุมกำเนิด							
ถุงยางอนามัย							
ห่วงอนามัยฮอร์โมน							
ห่วงอนามัย Cu T 380 A							
ห่วงอนามัย ML Cu 375							
ยาฝังคุมกำเนิด ชนิด 1 หลอด							
ยาฝังคุมกำเนิด ชนิด 2 หลอด							
ทำหมันหญิง							
ทำหมันชาย							
อื่นๆ โปรดระบุ							

ส่วนที่ 2 การจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด

1. การจัดซื้อ/จัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2558

ชนิดเวชภัณฑ์ คุมกำเนิด	ผู้ดำเนินการจัดซื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	วิธีการจัดซื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	ผู้ตัดสินใจจัดซื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	เหตุผลที่ไม่มี บริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด ฮอร์โมนรวม	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด ฮอร์โมนเดี่ยวสำหรับ สตรีให้นมบุตร	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบ ลูกเหิน	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ยาฉีดคุมกำเนิด	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ถุงยางอนามัย	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ห่วงอนามัยฮอร์โมน	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ

ชนิดเวชภัณฑ์ คุมกำเนิด	ผู้ดำเนินการจัดซื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	วิธีการจัดซื้อ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	ผู้ตัดสินใจจัดซื้อ	เหตุผลที่ไม่มี บริการ
ห่วงอนามัย Cu T 380 A	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ห่วงอนามัย ML Cu 375	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ยาฝังคุมกำเนิด ชนิด 1 หลอด	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
ยาฝังคุมกำเนิด ชนิด 2 หลอด	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ
อื่นๆ ระบุ	☐ จัดซื้อเอง ☐ ระบุผู้จัดซื้อ	☐ รพ.จัดซื้อโดยตรงกับบริษัท ☐ จัดซื้อตามราคาที่ตกลง โดยคณะกรรมการยาระดับ เขต/จังหวัด/อำเภอ ☐ อื่นๆ	☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ☐ คณะกรรมการของ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ	☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้ บริการ ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 3 การให้บริการวิธีคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) ตาม
โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีของ สปสช.ร่วมกับกรม
อนามัย

1. ก่อนมีนโยบายป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีโดยสนับสนุนการจ่ายค่าบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร(ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด)สถานบริการของท่านได้มีการจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรให้กับวัยรุ่นหรือไม่

ห่วงอนามัย	ยาฝังคุมกำเนิด
☐ มี	☐ มี
☐ ไม่มี เนื่องจาก ☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้บริการ ☐ อื่นๆ	☐ ไม่มี เนื่องจาก ☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้บริการ ☐ อื่นๆ

2. หลังทราบนโยบายป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยสนับสนุนการจ่ายค่าบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรให้กับวัยรุ่น สถานบริการของท่านได้มีการจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรให้กับวัยรุ่นหรือไม่

ห่วงอนามัย	ยาฝังคุมกำเนิด
☐ มี	☐ มี
☐ ไม่มี เนื่องจาก ☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้บริการ ☐ อื่นๆ	☐ ไม่มี เนื่องจาก ☐ ปริมาณการใช้น้อย ☐ ราคาต่อหน่วยสูง ☐ ไม่มีบุคลากรให้บริการ ☐ อื่นๆ

3. สถานบริการของท่านใครเป็นผู้ให้บริการวิธีคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

ห่วงอนามัย	ยาฝังคุมกำเนิด
☐ แพทย์	☐ แพทย์
☐ พยาบาล	☐ พยาบาล
☐ ไม่มีให้บริการ	☐ ไม่มีให้บริการ

4. จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร

วิธีคุมกำเนิด	จำนวนผู้รับบริการ		
	ปีงบประมาณ 2556	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558
ห่วงอนามัย T Cu 380 A			
ห่วงอนามัย ML Cu 375			
ฝังยาคุมกำเนิด ชนิด 1 หลอด			
ฝังยาคุมกำเนิด ชนิด 2 หลอด			

5. การเบิกค่าบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรจากระบบ e-claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีปัญหาอุปสรรคหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

.....

6. ท่านต้องการสนับสนุนด้านใดจากส่วนกลาง

การสนับสนุน	ความต้องการ			
	มาก	น้อย	ปานกลาง	ไม่ต้องการ
คู่มือ/มาตรฐานการให้บริการ				
พัฒนาศักยภาพด้านคุมกำเนิด				
ด้านงบประมาณ โปรดระบุ				
.....				
.....				
ด้านนโยบาย โปรดระบุ				
.....				
.....				
ด้านบริหารจัดการ โปรดระบุ				
.....				
.....				
อื่นๆ ระบุ				
.....				
.....				

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หากทางสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ต้องการสอบถามรายละเอียด
สามารถติดต่อได้ที่

ชื่อ -สกุล

โทรศัพท์

ขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม

ผนวก 3: แนวคำถามการสัมภาษณ์

โครงการการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย

สัมภาษณ์ผู้บริหาร

1. แนวนโยบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวในจังหวัด /สถานบริการของท่านมีอะไรบ้าง
2. จังหวัดของท่าน มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือไม่
3. ท่านทราบไหมว่า มีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับกรมอนามัย
4. ตามชุดสิทธิประโยชน์งานวางแผนครอบครัวของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานบริการสามารถให้บริการคุมกำเนิดวิธีใดบ้าง
5. ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานมากน้อยเพียงใด
6. จังหวัดของท่านพบปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวหรือไม่ อย่างไร มีข้อเสนอแนะอย่างไร
7. ความสำเร็จของการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในจังหวัด
8. สถานบริการในจังหวัดของท่านมีความต้องการสนับสนุนที่เพิ่มขึ้นจากเดิมเกี่ยวกับการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือไม่ อย่างไรบ้าง

สัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

1. การให้บริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวกับผู้ใช้บริการท่านปฏิบัติอย่างไรบ้าง
2. ผู้ใช้บริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวในสถานบริการของท่านเป็นกลุ่มใดบ้าง
3. ท่านทราบไหมว่ามีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับกรมอนามัย
4. ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา มีวัยรุ่นรับถุงยางอนามัยจากสถานบริการของท่านมากน้อยเพียงใด
5. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีวัยรุ่นใช้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด)
6. ท่านมีวิธีปฏิบัติอย่างไรบ้างในการให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร
7. หน่วยงานของท่านให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินหรือไม่
8. วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี มาใช้บริการหรือไม่ ท่านให้บริการอย่างไร
9. ตามชุดสิทธิประโยชน์งานวางแผนครอบครัวของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถานบริการสามารถให้บริการคุมกำเนิดวิธีใดบ้าง

10. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัว
11. หน่วยงานของท่านมีความต้องการสนับสนุนที่เพิ่มขึ้นจากเดิมเกี่ยวกับการดำเนินงานวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือไม่ อย่างไรบ้าง

คณะผู้ดำเนินการศึกษา

ที่ปรึกษาโครงการ นายแพทย์ ดร.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย

นายแพทย์ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร รองอธิบดีกรมอนามัย

นักวิจัยหลัก นางเรณู ชูนิล สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุวรรณ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย