

การพัฒนาแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์
จังหวัดนครศรีธรรมราช

The development of a referral model for unplanned pregnant women
seeking medical termination of pregnancy in Nakhon Si Thammarat Province.

อมรทิพย์ วงศ์เมือง* ชีวรัตน์ บุญวงศ์ และวรลักษณ์ คีรินทร์นนท์

Amornthip Wongmuang* Cheewarut Boonwong and Woralak Keerinnon

ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

*Corresponding author, e-mail: amornthip29122520@gmail.com

Received: 2 May 2025; Revised: 17 May 2025; Accepted: 21 May 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2) ผลการพัฒนา
รูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาแบบ มีการศึกษา 4 ระยะ
โดยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม
ระยะที่ 3 ประเมินผลของรูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และระยะที่ 4 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการ
พัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม เครื่องมือ
ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง
.67 – 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ในปี 2566 และ 2567 หญิงตั้งครรภ์ที่โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 81.55
และ 31.55 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ KESF-RSA Model ได้แก่ Knowledge (K) การให้ความรู้ Empowerment
(E) การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการเสริมพลัง Service Quality (S) การบริการที่มีคุณภาพ Follow Up (F)
การที่เจ้าหน้าที่ได้ติดตามหลังหญิงตั้งครรภ์ยุติการตั้งครรภ์ และ Referral System for Safe Abortion (RSA) การ
มีหน่วยที่รับส่งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมรวดเร็ว สะดวก และง่าย 3) หลังพัฒนารูปแบบ หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการ
ยุติการตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.001$)
สำหรับด้านความคิดเห็นในการยุติการตั้งครรภ์ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
($p = 0.020$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลส่วนบุคคล และด้านเศรษฐกิจ มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านสังคม และวัฒนธรรม มีคะแนนเฉลี่ยน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.001$) สำหรับด้านครอบครัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.133$) หญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมารับ
บริการได้รับบริการร้อยละ 100 และ 4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ เพิ่มช่องทางในการรับบริการ มีการพัฒนา
คณะทำงาน และมีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ข้อเสนอแนะ
ควรมีการพัฒนาระบบการส่งต่อ มีการพัฒนาช่องทางการติดต่อและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย และการบริการการ
ยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ปลอดภัย

คำสำคัญ : การส่งต่อ, หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม, ยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์

Abstract

This research and development project aimed to study; 1) the situation of unplanned pregnancies, 2) the results of developing a referral model for women with unplanned pregnancies, and 3) the success factors in developing the model. The study was conducted in four phases: 1) studied the situation, problems, and needs; 2) developed the referral model for women with unplanned pregnancies; 3) evaluated the effectiveness of the referral model; and 4) studied the success factors in developing the model. Data was collected through focus group discussions and questionnaires. The tools were validated by three experts, with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00. Data was analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed Ranks Test, and content analysis.

Research findings revealed that: 1) In 2023 and 2024, 81.55% and 31.55% of pregnant women, respectively, were denied abortion services. 2) The developed model is called the KESF-RSA Model, comprising: Knowledge (K) – Providing knowledge Empowerment (E) – Counseling, guidance, and empowerment Service Quality (S) – Quality service Follow-Up (F) – Follow-up by staff after pregnancy Referral System for Safe Abortion (RSA) – A unit that efficiently facilitates quick, convenient, and accessible referrals for unplanned pregnancies. 3) After implementing the model, the average knowledge score of women seeking abortion significantly increased at the 0.05 level ($p < 0.001$). Overall attitudes toward abortion also significantly improved ($p = 0.020$). Specifically, personal information and economic aspects saw significant increases in average scores ($p < 0.001$). Social and cultural aspects saw a significant decrease in scores ($p < 0.001$). Family-related aspects showed no statistically significant change ($p = 0.133$). 100% of women with unplanned pregnancies who sought services received them. 3) Success factors included increased service access channels, development of a working team, and strong linkages between service units, ensuring quality, speed, and consistency.

Recommendations: The referral system should be further developed, along with communication channels and provision of information about legal rights and access to safe abortion services.

Keywords : Refer, Woman with an unplanned pregnancy, Medical termination of pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นผลจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเนื่องจากถูกข่มขืน หรือสถานการณ์บรรยากาศนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ จึงไม่ได้มีการเตรียมการคุมกำเนิด หรือแม้กระทั่งระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ปัญหาเหล่านี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลายด้าน ฉะนั้น สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักไม่มีเพียงสาเหตุเดียวเท่านั้น (สายใจ สุวรรณศรี, 2567) ปัจจุบันมีกฎหมายใหม่ออกมาบังคับใช้ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถแสดงเจตนายุติการตั้งครรภ์ได้ภายใต้กรอบของกฎหมาย โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 มาตรา 301 และมาตรา 305 กล่าวคือ มาตรา 301 กำหนดให้หญิงอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้โดยถูกกฎหมาย และมาตรา 305 วางหลักให้ทำแท้งโดยไม่มี ความผิด (จรรยาพร เหมรังษี, 2564)

สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมพบได้ทั้งในวัยทำงานและวัยรุ่น สำหรับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558–2564 หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี คลอดบุตรประมาณร้อยละ 15 ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 90 เกิดในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี เท่ากับ 28.7 ต่อประชากรพันคน และยังพบอุบัติการณ์ว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อายุ 15–19 ปี มีการทำแท้งประมาณร้อยละ 29 (อุษมา ชื่อนนาค และ วีรวิทย์ ปิยะมงคล, 2566) ทั้งนี้ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดจากการไม่ได้วางแผนและเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น อายุ การศึกษา จำนวนบุตร เศรษฐฐานะ สถานภาพสมรส และการคุมกำเนิดที่ไม่มี

ประสิทธิภาพ จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการตัดสินใจทำแท้งหรือละเลยการดูแลครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมจะมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้า ไม่มีการบำรุงครรภ์ ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ (Barrow, Jobe, Barrow, Touray, & Ekholuenetale, 2022) ส่วนการตั้งครรภ์ในกลุ่มสตรีวัยทำงาน พบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์อายุมากของประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ โดยปี พ.ศ. 2546 จากร้อยละ 9.76 เป็นร้อยละ 12.78 ในปี พ.ศ. 2553 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2557 พบอัตราสตรีตั้งครรภ์อายุ 35–39 ปี ร้อยละ 29.6 อายุ 40–44 ปี ร้อยละ 6.9 อายุ 45–49 ปี ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ (จิรวัฒน์ พลภักดี, 2567)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นภาพสะท้อนให้เห็นการที่ผู้หญิงไทยไม่สามารถเลือกตัดสินใจในเรื่องการเจริญพันธุ์ของตนเองได้ หลายคนสามารถปรับตัวและหาหนทางแก้ปัญหาได้ หลายคนไม่สามารถหาทางออกได้ ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวนมากก็จะเลือกยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งโดยมากเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe abortion) (กุลภา วจนสาร และ เบญจมาศ รอดภัย, 2558) สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า ปี พ.ศ. 2565 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 234 คน แยกเป็นช่วงวัยรุ่น 79 คน (ร้อยละ 33.76) วัยทำงาน 155 คน (ร้อยละ 66.24) ปี พ.ศ. 2566 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 88 คน แยกเป็นช่วงวัยรุ่น 38 คน (ร้อยละ 43.19) วัยทำงาน 50 คน (ร้อยละ 56.81) และปี พ.ศ. 2567 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 138 คน แยกเป็นช่วงวัยรุ่น 36 คน (ร้อยละ 26.09) วัยทำงาน 102 คน (ร้อยละ 73.91) (ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช, 2567)

จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีทุกกลุ่มอายุ โดยมากสาเหตุคือไม่ได้คุมกำเนิดแล้วทำให้ตั้งครรภ์ ทั้งนี้ ระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ ถึงแม้จะเริ่มพัฒนาระบบบริการเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย แต่ยังพบว่า การดำเนินงานยังขาดการประสานงานของระบบบริการที่จะช่วยให้การให้บริการยุติการตั้งครรภ์รวดเร็วและปลอดภัยตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศไว้ใน “นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์” ซึ่งระบุว่า “คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” (เครือข่ายอาสา RSA, 2563) ซึ่งจะต้องรวมถึงการมีสิทธิที่จะได้รับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองอย่างเท่าเทียมกันทั้งชายและหญิง ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการในด้านนี้อย่างทั่วถึง จากการดำเนินการงานการยุติการตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ไม่กล้าที่จะเข้ามาใช้บริการเพราะกลัวคนรู้จัก เจ้าหน้าที่ไม่รับรู้เกี่ยวกับการบริการ อีกทั้งมีความเชื่อและอคติของเจ้าหน้าที่ ในส่วนของเครือข่ายการส่งต่อ พบว่าโรงพยาบาลที่รับส่งต่อยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าและพันอายุครรภ์ และยังถูกปฏิเสธการส่งต่อเนื่องจากขาดการประสานเชิงระบบ และศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชยังไม่มีคำสั่งการดำเนินงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร จึงทำให้การดำเนินงานไม่เป็นระบบที่ชัดเจน สาเหตุเหล่านี้ทำให้การยุติการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ล่าช้า ไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องกลับไปกลับมาจนอายุครรภ์เกิน/อายุครรภ์ใกล้ 12 สัปดาห์ ฉะนั้น การปรับเปลี่ยนการบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งเป็นปัญหาที่สะสมมาเป็นเวลานาน ควรต้อง

เริ่มจากความเข้าใจปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประสงค์ จากมุมมองของหญิงตั้งครรภ์นั่นเอง ไม่ว่าจะเป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ต่อไป หรือการยุติการตั้งครรภ์เพื่อนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รวมไปถึงทัศนคติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อีกทั้งการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นยังไม่เป็นระบบและมีความเข้าใจไม่ตรงกัน

ดังนั้น เพื่อให้การยุติการตั้งครรภ์เป็นไปอย่างปลอดภัย จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช อันส่งผลช่วยให้การให้บริการยุติการตั้งครรภ์รวดเร็วและปลอดภัยแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

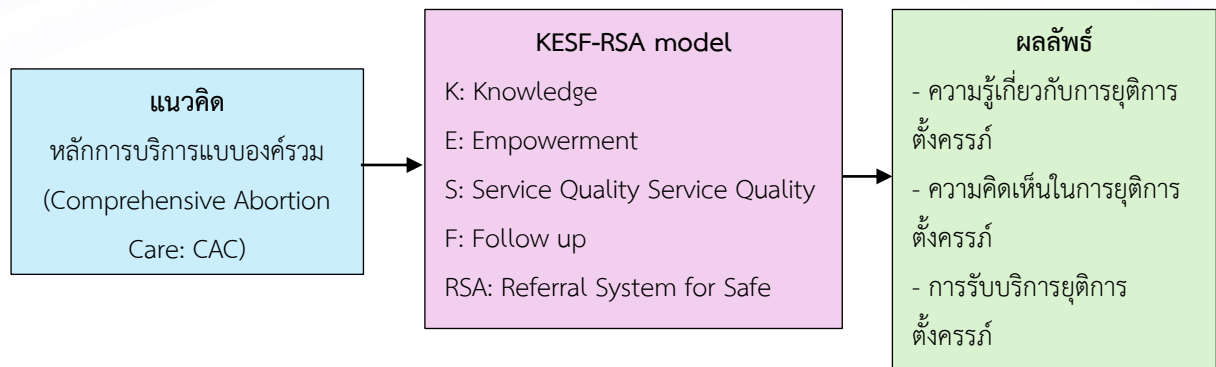
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ โดยเริ่มจากการปรึกษาทางเลือก การตัดสินใจและความต้องการของตนเอง หากผู้รับบริการเลือกยุติการ

ตั้งครรภ์ ก็จะประเมินข้อบ่งชี้ และเข้าสู่กระบวนการ
ปรึกษาให้ข้อมูลก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ทั้งนี้ หน่วย
บริการจะต้องมีช่องทางและกลยุทธ์เพื่อสื่อสารบริการ

ยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้รับบริการที่
ตัดสินใจยุติโดยเร็วที่สุด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา
(Research and Development) มีขั้นตอนการ
ดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และ
ความต้องการในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่
ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัด
นครศรีธรรมราช โดยใช้การวิเคราะห์จากเอกสารและ
การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1) ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ
(Secondary Data) ปี พ.ศ. 2566–2567 จากข้อมูล
การมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการ
ยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุป
เนื้อหา จัดหมวดหมู่ นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ เพื่อ
เป็นข้อมูลสนับสนุนในการยกร่างเป็นรูปแบบการส่ง
ต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์
ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานหญิงตั้งครรภ์
ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน เลือกผู้ให้
ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดย
กำหนดคุณสมบัติ คือ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานคลินิกหญิง
ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทาง
การแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี
2) ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์
ทางการแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัย
สร้างขึ้นเอง มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ(1) ท่านมี
ปัญหาในการให้บริการและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่
พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์อย่างไร
(2) ท่านมีความต้องการในการบริการและส่งต่อหญิง
ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทาง
การแพทย์อย่างไร

2) เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก
สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการให้บริการและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปฏิบัติงานการให้บริการและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยจัดกลุ่มสนทนา มีแนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30–2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ เป็นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2) ผู้วิจัยนำข้อมูลและผลจากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) นำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ 2 คน และแพทย์ประจำคลินิกให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67–1.00 ได้เสนอแนะในประเด็น ได้แก่ ต้องการให้มีระบบการส่งต่อและมีศูนย์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมทุกโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเพิ่มให้มีการประชุมการทำงานเพื่อรับทราบปัญหา และอุปสรรคพร้อมหาทางแก้ไข อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง

4) นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้น หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการจากการบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 27 คน ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power และทดสอบด้วยสถิติ One sample t-test ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5) นำรูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ประเมินผลของรูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ขั้นตอนนี้เป็นการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ที่มาใช้บริการในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2568 จำนวน 277 คน

กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched pairs), เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่อ่านหนังสือเขียนภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้ 2) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอาการไม่พึงประสงค์บางประการ เช่น หูหนวกหรือขาดสติสัมปชัญญะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย K: การให้ความรู้ (Knowledge) E: การเสริมพลัง (Empowerment) S: การบริการที่มีคุณภาพ (Service Quality) F: การติดตามการดูแล (Follow-up) RSA: ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร (Referral System for Safe Abortion)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ โดยให้ตอบ “ใช่”, “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” โดยถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (ถ้าตอบว่าไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน)

การแปลผล ในภาพรวมแบ่งระดับความรู้โดยการนำคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิดของ Bloom (1986) คือ ความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80 ; 8 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79; 6-7 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60 ; น้อยกว่า 6 คะแนน)

2.2 แบบประเมินความคิดเห็นที่มีต่อการตั้งครรภ์: ยุติหรือดำรงการตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง จำนวน 29 ข้อ โดยคำถามเป็นลักษณะสเกล 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล: จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความพึงพอใจดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00)

3. แบบบันทึกการรับบริการยุติการตั้งครรภ์
ได้แก่ “ได้รับ” หรือ “ถูกปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความ
เที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำ
แบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่
พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม
ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ 2 คน และ
แพทย์ประจำคลินิกการยุติการตั้งครรภ์ 1 คน เพื่อ
พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
(Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อ
คำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67–1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย
นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับหญิง
ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทาง
การแพทย์ที่มารับบริการในเครือข่ายของจังหวัด
นครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ โดยข้อคำถามมีความ
ยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.41–0.72 และมีค่าอำนาจ
จำแนกอยู่ระหว่าง 0.20–0.80 นำมาวิเคราะห์ค่า
ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน
(Kuder-Richardson KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.71

แบบประเมินความคิดเห็นที่มีต่อการ
ตั้งครรภ์: ยุติหรือดำรงการตั้งครรภ์ นำมาวิเคราะห์หา
ความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1) ผู้วิจัยได้จัดทำโครงร่างวิจัย เพื่อขอ
พิจารณาการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์
อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

2) ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย วิธีการเข้า
ร่วมวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย
โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อม
ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

3) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างสอบถาม และผู้วิจัยตอบข้อ
สงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ และประเมินความคิดเห็น
ที่มีต่อการตั้งครรภ์: ยุติหรือดำรงการตั้งครรภ์
(Pretest)

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยนำรูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่
พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัด
นครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ดังนี้

รูปแบบ	กิจกรรม	หน่วยงานที่ดำเนินการ
K (Knowledge) การให้ความรู้	- การส่งเสริมและให้ความรู้แก่ หญิง ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสิทธิและกฎหมาย เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์	- หน่วยบริการคลินิกยุติการตั้งครรภ์
E (Empowerment) การเสริมพลัง	- การเสริมพลังเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตัดสินใจและสร้างมีตรภาพที่ดีให้กับหญิง ตั้งครรภ์ไม่พร้อม	- คลินิกยุติการตั้งครรภ์

รูปแบบ	กิจกรรม	หน่วยงานที่ดำเนินการ
S (Service Quality) การบริการที่ดีมีคุณภาพ	การบริการที่มีคุณภาพ โดยให้บริการ ได้แก่ วิธีการที่ปลอดภัย ทันสมัย และการอัลตรา ซาว์ก่อนการรับบริการในการยุติการ ตั้งครรภ์	- หน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์
F (Follow up) การติดตามการดูแล	- ติดตามดูแล ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของ หญิงตั้งครรภ์	- คลินิกยุติการตั้งครรภ์
RSA (Referral System for Safe Abortion) ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร	- มีหน่วยรับข้อมูลสำหรับเป็นช่องทางให้ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมปรึกษา และส่งต่อ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้กับเจ้าหน้าที่	- เครือข่ายอาสาบริการยุติการตั้งครรภ์

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามความรู้อยู่เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ และประเมินความคิดเห็นที่มีต่อการตั้งครรภ์: ยุติหรือดำรงการตั้งครรภ์ (Post-test) และการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, $p\text{-value} < .001$)

(1) แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการตั้งครรภ์: ยุติหรือดำรงการตั้งครรภ์ โดยด้านข้อมูลส่วนบุคคล

(2) ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านวัฒนธรรม ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, $p\text{-value} < .001$) สำหรับในภาพรวมและด้านครอบครัว ใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลแจก

แจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, $p\text{-value} = 0.801$ และ 0.088)

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ที่ส่งต่อ ด้วยสถิติจำนวน และร้อยละของปี พ.ศ. 2566–2567 กับระยะเวลาที่อยู่ในช่วงที่ทำวิจัย

ระยะที่ 4 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้วิธีเชิงคุณภาพ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ

1) เป็นผู้ปฏิบัติงานคลินิกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

(1) ท่านมีข้อเสนออย่างไรในการพัฒนา
รูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติ
การตั้งครรภ์ทางการแพทย์

(2) ท่านคิดว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จมี
อะไรบ้าง

2) เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก
สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจ
คุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย
พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการให้บริการและ
ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์
ทางการแพทย์ 3 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try
Out) กับผู้ปฏิบัติงานการให้บริการและส่งต่อหญิง
ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทาง
การแพทย์ 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อน
นำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง
คุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group)
จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 โดยจัด
กลุ่มสนทนา มีแนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดง
ความคิดเห็น โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความ

คิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขอ
อนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่ม
ประมาณ 1.30–2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุป
ใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความ
ถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ
Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การ
ลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้าง
หมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่
การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมวิจัยใน
มนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 11 รหัสโครงการ
HPC11-28/2567 วันที่รับรอง 27 พฤศจิกายน 2567
ถึง 28 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิง
ตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 11
นครศรีธรรมราช จากการทบทวนข้อมูล ปี พ.ศ. 2566
– 2567 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 11
นครศรีธรรมราช

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2566 (N=85)		ปี 2567 (N=168)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 18 ปี	17	20.00	26	15.48
19 – 24 ปี	28	32.94	48	28.57

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2566 (N=85)		ปี 2567 (N=168)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากกว่า 24 ปี	40	47.06	94	55.95
อาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	33	38.82	51	30.36
แม่บ้าน	52	61.18	117	69.64
ประวัติการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	36	42.35	65	38.69
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	49	57.65	103	61.31
อายุครรภ์				
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	73	85.88	137	81.55
มากกว่า 12 สัปดาห์	12	14.12	31	18.45
การรับบริการยุติการตั้งครรภ์				
ยุติการตั้งครรภ์	16	18.82	115	68.45
โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์	69	81.18	53	31.55

จากตารางที่ 1 พบว่า ปี 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ เกือบครึ่งมีอายุมากกว่า 24 ปี (ร้อยละ 47.06) ประมาณ 3 ใน 5 มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 61.18) มากกว่าครึ่งมีประวัติตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 57.65) มากกว่า 4 ใน 5 มีอายุน้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 85.88) และมากกว่าร้อยละ 80 โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 81.18)

สำหรับในปี 2567 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ มากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า

24 ปี (ร้อยละ 55.95) มากกว่า 2 ใน 3 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 69.64) ประมาณ 3 ใน 5 มีประวัติตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 61.31) ประมาณ 4 ใน 5 มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 81.55) และเกือบ 1 ใน 3 โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 31.55)

เมื่อแยกสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช ที่ถูกปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชที่ถูกปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2566 (N=69)		ปี 2567 (N=53)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 18 ปี	16	23.19	11	20.75
19 – 24 ปี	19	27.54	18	33.96
มากกว่า 24 ปี	34	49.27	24	45.29

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2566 (N=69)		ปี 2567 (N=53)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	28	40.58	16	30.19
แม่บ้าน	41	59.42	37	69.81
ประวัติการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	28	40.58	29	54.72
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	41	59.42	24	45.28
อายุครรภ์				
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	62	89.86	51	96.23
มากกว่า 12 สัปดาห์	7	10.14	2	3.77

จากตารางที่ 2 พบว่า ปี 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ เกือบครึ่งมีอายุมากกว่า 24 ปี (ร้อยละ 49.27) มากกว่าครึ่งมีอาชีพแม่บ้านและมีประวัติตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 59.42) และเกือบร้อยละ 90 มีอายุน้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 89.86) สำหรับในปี 2567 มีหญิงตั้งครรภ์ที่โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ มากกว่า 2 ใน 5 มีอายุมากกว่า 24 ปี (ร้อยละ 45.29) มากกว่า 2 ใน 3 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 69.81) มากกว่าครึ่งมีประวัติครรภ์แรก (ร้อยละ 54.72) และเกือบทั้งหมดมีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 96.33) สำหรับปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงานคลินิกการยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยผู้ปฏิบัติได้สะท้อนปัญหาและความต้องการ สามารถจัดไป 5 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ การเสริมพลังในการตัดสินใจ การแนะนำการบริการที่มีคุณภาพ การติดตาม/ดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ และการมีศูนย์ข้อมูล ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล เช่น

“จากที่ทำงานมา คนท้องไม่รู้เลยว่าสามารถทำได้ พอถาม ๆ บอกว่า ที่บ้านไม่รู้ อันนี้หมายถึงสามี” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ทางโรงพยาบาลที่เราส่งไป เคื่อบอกไม่มีข้อบ่งชี้ที่จะยุติ ะ” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ทีมงานเยี่ยมที่โรงพยาบาลด้วยบ้างก็ดี มันเป็นการเยี่ยมเสริมพลังหน่วยบริการทั้งรูปแบบออนไลน์ และ On Site อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“เราพูดอยู่นานนะ กว่าที่เค้าจะตัดสินใจกลัวบาบ้าง แต่ถ้าไม่เอาออก เค้าก็ว่าเลี้ยงไม่รอด ตรงนี้แหละบางทีการให้คำปรึกษาเคื่อบในทางบวก เราอาจจะต้องมีหลักในการพูดกับเคื่อบน้อย” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ที่เจอคนไข้จะบอกว่า ไปที่โรงพยาบาลที่ส่งไปแล้ว เค้าแนะนำดิเนะ ว่าตอนเอาออกต้องทำอะไรบ้าง” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ดิฉันต้องการให้มีคณะทำงานเพื่อส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมทุกโรงพยาบาล และก็ควรมีระบบการติดตามส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ต้องการให้มีระบบติดตามเยี่ยมหลังยุติการตั้งครรภ์ที่ชัดเจนนะ พี่ว่ามันดีกับหลาย ๆ โรงพยาบาล” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“บางทีคนในยังไม่รู้เลยว่า ต้องไปตรงไหน ที่เห็นนะ บางทีคนไข้ก็ไม่กล้าถาม ถ้ามีป้ายหรือลูกศรที่ชัดเจนเลย ก็จะทำให้การส่งต่อสะดวก รวดเร็ว

สามารถเข้าถึงหน่วยยุติการตั้งครรภ์ได้ง่าย” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“เราขาดการประชุมอยู่นะ ถ้ามีการประชุมติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานทุก 3 เดือน 4 เดือน ก็จะทำให้เราแก้ไขปัญหาก็ได้ อย่างลึมนะ คนที่ห้องจะมาทำแท้ง มันไม่ได้ง่ายนะ บางทีปัญหาจากที่ส่งไปส่งมา มันทำให้คนที่จะทำ ไม่ทำก็ได้ ชุมบ่อๆ ก็ดี ออนไลน์บ้าง ที่นี้บ้าง ก็ดีนะ” — ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

2. รูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ KESF-RSA Model รายละเอียดดังนี้

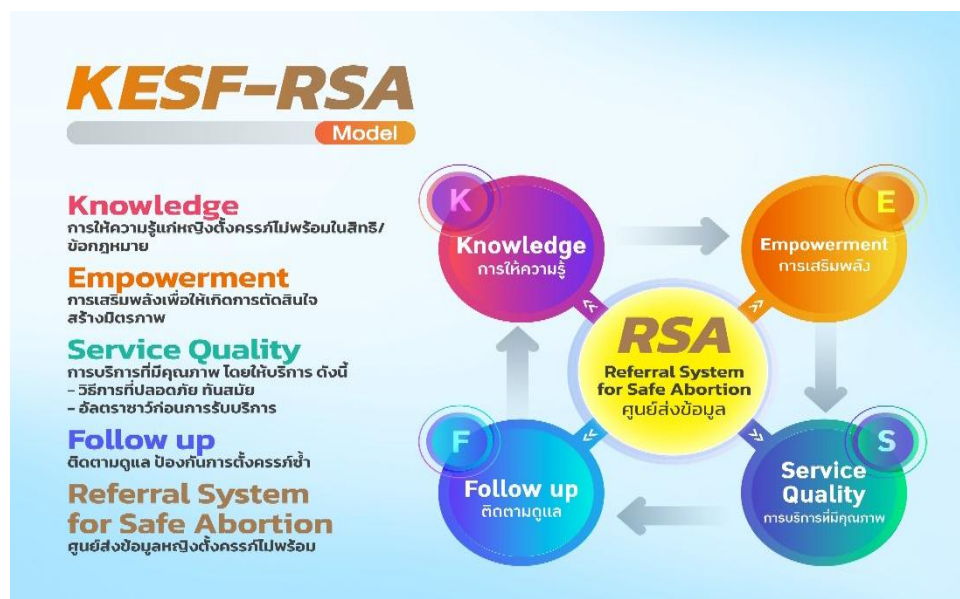
K – Knowledge หมายถึง การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับสิทธิและกฎหมายในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

E – Empowerment หมายถึง การให้คำปรึกษา คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการสร้างมิตรภาพที่ดี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมตัดสินใจ

S – Service Quality หมายถึง การบริการที่มีคุณภาพของหน่วยบริการ โดยหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมทุกคนจะได้รับบริการวิธีที่ปลอดภัย ทันสมัย และจะต้องอัลตราซาวด์ก่อนรับบริการทุกราย

F – Follow Up หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่ได้ติดตามหลังหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการยุติการตั้งครรภ์ และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ

RSA – Referral System for Safe Abortion หมายถึง การมีหน่วยที่รับส่งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวดเร็ว และหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถเข้าถึงที่สะดวก และง่าย



ภาพที่ 2 รูปแบบ KESF-RSA Model

3. ผลการพัฒนาแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ และความคิดเห็นในการยุติการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ และความคิดเห็นในการยุติการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		IQR	Z/t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
ความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์	5.20	1.59	9.00	0.00	0.00	-5.923	<0.001
ความคิดเห็นในการยุติการตั้งครรภ์	2.84	0.21	2.97	0.20	-	-2.424	0.020
- ด้านข้อมูลส่วนบุคคล	1.26	0.41	2.86	0.39	0.50	-5.737	<.001
- ด้านครอบครัว	2.72	0.60	2.54	0.39	-	1.530	0.133
- ด้านสังคม	3.96	0.74	3.11	0.93	0.60	-4.473	<.001
- ด้านเศรษฐกิจ	4.02	0.15	4.81	0.30	0.38	-5.576	<.001
- ด้านวัฒนธรรม	3.45	0.63	2.12	0.30	0.20	-5.893	<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.001$) สำหรับด้านความคิดเห็นในการยุติการตั้งครรภ์ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p = 0.020$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลส่วนบุคคล และด้าน

เศรษฐกิจ มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านสังคม และวัฒนธรรม มีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับด้านครอบครัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.133$)

3.3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ จำนวน และร้อยละการได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ ปี 2566 – เมษายน 2568

ปี	จำนวน (คน)	ได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์		ถูกปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2566	85	16	18.82	69	81.18
2567	168	115	68.45	53	31.55
2568 (มกราคม - เมษายน)	277	277	100.00	0	0.00

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้
4.1 ด้านการเพิ่มช่องทางในการรับบริการ เน้นช่องทางที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมติดต่อเพื่อขอรับบริการหลากหลายช่องทาง ทั้งจากการประชาสัมพันธ์

ที่หน่วยบริการ โดยมีป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ และจุดประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน ทั้งนี้ ช่องทางเหล่านี้จะต้องสามารถให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสิทธิตามกฎหมาย

ซึ่งประเด็นทางกฎหมายจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ตัดสินใจได้ดีขึ้น

4.2 ด้านการพัฒนาคณะกรรมการยุติการตั้งครรภ์ เน้นการพัฒนาทักษะด้านความรู้ และทักษะการเสริมพลังให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีทัศนคติที่ดีต่อการยุติการตั้งครรภ์

4.3 ด้านรูปแบบการส่งต่อที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยเน้นการเชื่อมต่องานระหว่างหน่วยบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่รวดเร็วและมีความปลอดภัย

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 24 ปี มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป สอดคล้องกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 5 ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน (นภสร คงมีสุข, รัชณี ลักขิตานนท์ และพรรณงาม สุนทร, 2562) โดยในปี พ.ศ. 2566 โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 81.18 แต่ในปี พ.ศ. 2567 โดนปฏิเสธลดลงเหลือร้อยละ 31.55 ทั้งนี้ถึงแม้ว่าเครือข่ายบริการยุติการตั้งครรภ์ จังหวัดนครศรีธรรมราชจะมีการประชุมกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ถูกส่งไปยังหน่วยบริการอื่น โดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเกิดจากความไม่เข้าใจในการส่งต่อ หรือการสื่อสารระหว่างเครือข่ายไม่ตรงกันของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ในการยุติการตั้งครรภ์จะเริ่มต้นด้วยการปรึกษาทางเลือกสำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีการประเมินข้อบ่งชี้ทางสุขภาพตามกฎหมาย การปรึกษา

ก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งในสามข้อแรกนี้อาจดำเนินการโดยผ่านทางการศึกษาตัวต่อตัว หรืออาจมีการปรึกษาทางโทรศัพท์ หลังจากนั้น หน่วยบริการปรึกษา หรือหน่วยบริการสุขภาพที่ไม่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานบริการ ก็จะส่งต่อผู้รับบริการมายังสถานบริการที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้บริการตามขั้นตอนต่อไป คือ การซักประวัติทางการแพทย์และตรวจร่างกาย การยุติการตั้งครรภ์ด้วยหัตถการทางการแพทย์ หรือด้วยยา และการปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) หากขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งที่ผู้ให้บริการมีความเข้าใจไม่ตรงกัน อาจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดนปฏิเสธการยุติการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ โกมลศิริสุข (2561) ที่พบว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการให้บริการที่ไม่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการ ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของเฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์ และสุวรรีย์ ดำเนินวุฒิ (2566) ที่พบว่า วัยรุ่นขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศวิถี ขาดการมีส่วนร่วม เข้าไม่ถึงความรู้ บริการ และสวัสดิการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการศึกษาของพัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) พบว่า สถานการณ์ของจังหวัดจันทบุรีมีการเข้าถึงบริการที่มีความยุ่งยาก ขาดการสนับสนุนทางจิตใจและคำปรึกษาทางเลือก และการขาดการดูแลต่อเนื่องหลังการยุติการตั้งครรภ์

2. รูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ KESF-RSA Model โดยรูปแบบที่เด่นชัดคือ การให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกี่ยวกับสิทธิและกฎหมาย การเสริมพลังของเจ้าหน้าที่สร้างมิตรภาพที่ดี ซึ่งตรงกับความต้องการของเครือข่ายบริการยุติการตั้งครรภ์ จังหวัด

นครศรีธรรมราช ที่มีความต้องการให้หญิงตั้งครรภ์ทราบเกี่ยวกับกฎหมายเพื่อการตัดสินใจในการยุติการตั้งครรภ์ รวมทั้งการเพิ่มทักษะให้กับเจ้าหน้าที่ในการเป็นที่ปรึกษาของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยขั้นตอนนี้ จะมีความสำคัญมาก ผู้รับบริการต้องตัดสินใจจากเงื่อนไขชีวิตและความต้องการของตนเอง ผู้ให้บริการปรึกษาจึงต้องไม่ใช้วิธีโน้มน้าวให้ตัดสินใจตามความเชื่อหรือทัศนคติของผู้ให้บริการปรึกษา และหากผู้รับบริการเลือกยุติการตั้งครรภ์ที่อาจไม่สอดคล้องกับทัศนคติของตนเอง ก็ไม่ควรมีอคติ ตัดสินคุณค่า และตีตราการตัดสินใจของผู้รับบริการ ทั้งนี้ยังเห็นได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเชื่อมโยงไปยังขั้นตอนการบริการยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม มีการส่งต่อบริการครบวงจร มีการติดตามการรักษาจนกระทั่งมีการยุติการตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์ และการนัดหมาย ติดตามผล ดูแลภาวะแทรกซ้อน และการคุมกำเนิด ตลอดจนการมีหน่วยที่รับส่งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวดเร็ว และหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถเข้าถึงที่สะดวกและง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พรแสน และวันยรัตน์ คุณาพันธ์ (2567) ที่พบว่า บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะต้องให้ความรู้ ความเข้าใจประเด็นปัญหาด้านการตั้งครรภ์จากความไม่พร้อมทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของเฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์ และสุวรรีย์ ดำเนินวุฒิ (2566) ที่พบว่า วัยรุ่นในสถานศึกษาได้เรียนรู้ ได้รับการดูแลช่วยเหลือปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ ส่งต่ออย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับพัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) พบว่า ข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบจะต้องดำเนินกิจกรรมสนับสนุนการจัดบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการจัดบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยครอบคลุมทั้งระยะก่อนยุติการตั้งครรภ์ ระยะยุติการตั้งครรภ์ และระยะหลังยุติการตั้งครรภ์

3. หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.001$) อาจจะเป็นเพราะว่า ในขั้นตอนการยุติการตั้งครรภ์ ขั้นตอนแรกเจ้าหน้าที่จะต้องให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ รวมถึงให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งพัชรวิพรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) ได้พัฒนารูปแบบฯ โดยจัดอบรมให้คำปรึกษาทางเลือกเพื่อเพิ่มพูนพัฒนาทักษะของบุคลากร สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบมาก่อนพัฒนา ข้อที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมตอบข้อคำถามถูกมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 15 ปี สามารถตัดสินใจเข้ารับบริการโดยจะต้องมีผู้ปกครองเซ็นรับรอง (ร้อยละ 97.78) ซึ่งจำเป็นต้องมีกระบวนการเสริมพลัง (Empower) ให้สามารถสื่อสารกับผู้ปกครองจากเจ้าหน้าที่ ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและอายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์ ยืนยันจะยุติการตั้งครรภ์ภายหลังได้รับคำปรึกษาโดยไม่ผิดกฎหมาย (ร้อยละ 95.56) แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังไม่ทราบว่ากฎหมายสามารถให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ แต่หลังพัฒนารูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะตอบถูกทุกข้อ ร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับการศึกษาของภทรพงศ์ ชูเศษ (2559) ที่พบว่า ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงจังหวัดนนทบุรี เช่นเดียวกับการศึกษาของปติมา หิริสัจจะ (2565) ที่พบว่า กลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ควรมีช่องทางรับเรื่องที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย สำหรับความคิดเห็นในการยุติการตั้งครรภ์ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$) อาจจะเป็นเพราะว่า ก่อนให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ได้สร้าง

สัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม แสดงท่าทางให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดความไว้วางใจ ในประเด็นนี้อาจเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นประจำทุกปี จึงเกิดความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา จนทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ และเจ้าหน้าที่จะพิจารณาเกณฑ์ต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจ ของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เป็นมูลเหตุแห่งความไม่พร้อมที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และแนวโน้มไปสู่การฆ่าตัวตาย รวมทั้งการประเมินในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับสติปัญญา ความพิการ ต้องไม่ละเลยความต้องการของผู้ประสบปัญหาดังครรภ์ไม่พร้อมด้วย ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากที่สุด การศึกษานี้สอดคล้องกับพัชรพรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) ที่พบว่าพื้นที่นำร่องในการพัฒนารูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถตัดสินใจเข้ารับบริการได้เร็วขึ้น

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ด้านเศรษฐกิจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.001$) อาจจะมีเนื่องจากว่า ในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่จะเปิดให้ผู้ให้บริการได้เล่าหรือระบายถึงลักษณะความกังวลที่มีอยู่ให้มากที่สุด และพูดคุยเพื่อแสวงหาแนวทางการคลี่คลายความกังวลนั้น ๆ และเจ้าหน้าที่จะต้องตระหนักในประเด็นการเงิน เพื่อแสวงหาวิธีการหรือแหล่งให้ความช่วยเหลือ เพื่อไม่ให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ต้องล่าช้าออกไป ซึ่งหลังการพัฒนารูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความคิดเห็นที่เป็นไปในทิศทางบวก สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่าหากดำรงการตั้งครรภ์ต่อไปจะไม่ทำให้อาการคลุ้มคลั่ง ($M = 3.76, SD = 0.91$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนด้านเศรษฐกิจพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยเรียนยังสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ จึงไม่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์

($M = 4.22, SD = 1.20$) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา เจียวกิก, อลัน สาดิน, คชาวุธ แสงอรุณ, ไมสาเราะ บือดำ และ สกุลรัตน์ เทพสุทา (2567) ที่พบว่า มิติทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมารดาต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ด้านสังคม และด้านวัฒนธรรม มีค่าเฉลี่ยที่น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.001$) ถึงแม้ว่าการยุติการตั้งครรภ์จะมีกฎหมายมารองรับให้สามารถทำได้ แต่การยุติการตั้งครรภ์ยังคงเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักรู้สึกว่าคุณเองเปราะบางเมื่อต้องเข้ารับบริการ บางคนอาจมีความกังวลต่อคนรอบข้าง เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครอง สามี คู่ ญาติพี่น้อง หรือคนในชุมชน อาจจะไม่มีความกล้าที่จะถูกตีตราหรือถูกตัดสินเมื่อตนเองตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ กลัวคนในครอบครัว/สามีจะรับไม่ได้ หลังการยุติการตั้งครรภ์เสร็จแล้ว อาจจะไม่มีความกังวลกลัวที่จะถูกนินทาจากคนรอบข้าง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่ามีความเฉลี่ยลดลง ($M = 1.82, SD = 1.28$) ในส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยเท่าเดิม คือ การยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องปกติและสังคมยอมรับได้ ($M = 4.73, SD = 1.01$) และการยุติการตั้งครรภ์เป็นการช่วยลดปัญหาของสังคม ($M = 4.82, SD = 0.83$) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชยา เจียวกิก, อลัน สาดิน, คชาวุธ แสงอรุณ, ไมสาเราะ บือดำ และ สกุลรัตน์ เทพสุทา (2567) ที่พบว่า มิติทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมารดาต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนด้านวัฒนธรรม อาจจะเป็นเพราะว่าศาสนาทุกศาสนา สอนให้ทุกคนไม่ฆ่าสัตว์ การยุติการตั้งครรภ์ถือเป็นการทำลายตัวอ่อนซึ่งมีชีวิตแล้ว รู้สึกบาปที่ทำลายตัวอ่อนในท้อง ซึ่งอาจจะส่งผลต่อภาวะจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่มีข้อที่มีความคิดเห็นไม่เปลี่ยนแปลง คือ การดำรงการตั้งครรภ์เป็นเรื่องปกติ ($M = 4.53, SD = 0.89$) นั้นแสดงว่า หาก

จะดำรงครรภ์ไว้ต่อก็ถือว่าไม่ผิดศีลธรรม แตกต่างกับการศึกษาของ พัชวีวรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) ที่พบว่า หลังพัฒนารูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความเห็นในความผิดและกลัวบาปลดลง

ส่วนด้านครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อาจจะเป็นเพราะว่าในการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ เป้าหมายในการปรึกษานี้คือ ให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเลือกทางออกที่สอดคล้องกับความต้องการและเงื่อนไขของชีวิตและสภาพทางสังคมของตนเอง ฉะนั้น เมื่อหญิงตั้งครรภ์ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์แน่นอนแล้ว และรู้สึกว่าการตั้งครรภ์นี้ไม่พร้อมด้วยสาเหตุต่าง ๆ กัน และยังไม่ชัดเจนในเรื่องทางเลือกและทางออก ผู้ให้บริการมีความจำเป็นที่จะต้องเป็นที่ปรึกษาในการตัดสินใจดำรงหรือยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะประเด็นผลกระทบต่อตนเอง คู่สมรส พ่อแม่ หรือญาติ

ในประเด็นดังกล่าวจากงานวิจัยพบว่า เมื่อครอบครัวทราบว่ามีการตั้งครรภ์ จะยอมรับการตั้งครรภ์หากจะดำรงการตั้งครรภ์ต่อไป ($M = 1.09$, $SD = 1.09$) คิดว่าเป็นเรื่องที่ดีสำหรับคนในครอบครัว ($M = 2.16$, $SD = 1.09$) และการดำรงการตั้งครรภ์ไม่ใช่เรื่องผิดหวังหรือหน้าอาย ($M = 3.13$, $SD = 1.39$) ซึ่งประเด็นที่กล่าวมามีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากัน จึงอาจจะส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน แตกต่างกับการศึกษาของ พิชารณ์ จันทนกุล, สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ และ สุกฤดา ตะการีย์ (2560) ที่พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชยา เจียวกิก, อลัน สาดิน, คชาวุธ แสงอรุณ, ไมสาเราะ บุษิตำ และ สุกฤตน์ เทพสุทา (2567) ที่พบว่า มิติทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมารดาต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

3. หลังพัฒนารูปแบบฯ หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการบริการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 100 (มกราคม – เมษายน พ.ศ. 2568) เมื่อเปรียบเทียบการได้รับการยุติการตั้งครรภ์ก่อนการพัฒนาารูปแบบ (ปี พ.ศ. 2566 – 2567) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่อาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย เนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความซับซ้อน มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและด้านวัฒนธรรม ฉะนั้น ในการบริการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ ปรับทัศนคติของตนเอง และต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม หากมีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการหน่วยบริการที่รับจำเป็นต้องมีความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่หน่วยบริการส่งต่อ สอดคล้องกับ พัชวีวรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการร้อยละ 100

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เน้นการเพิ่มช่องทางในการรับบริการ การพัฒนาคณะทำงาน มีการส่งต่อที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมสอดคล้องกับการดำเนินงานของจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีคณะทำงานการยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราชเป็นแม่ข่าย มีการประชุมและติดตามงานอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฟื้นฟูความรู้จากกรมอนามัยเป็นประจำ ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ และสามารถสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการอื่นเมื่อมีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปติมา หิริสัจจะ (2565) ที่พบว่า องค์ประกอบสำคัญของกลไกการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น

ระดับจังหวัด ควรประกอบด้วยคณะทำงานดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ระดับจังหวัด เช่นเดียวกับ พช รีวรรณ เจนสาริกรณ์ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ คือ การสร้างความเข้าใจต่อผู้รับบริการ เพื่อลดการตีตรา มีการดูแลต่อเนื่องหลังการยุติการตั้งครรภ์ และการสร้างช่องทางการติดต่อและส่งต่อ โดยการพัฒนาช่องทางการติดต่อสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ไม่พร้อมช่วยให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อ มีการพัฒนาช่องทางการติดต่อและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย และการบริการการยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงพื้นที่เดียวเท่านั้น ฉะนั้น ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว และมีการวิจัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

จรวยพร เหมรังสี. (2564). กฎหมายการทำแท้งกับจริยธรรมในสังคมไทย. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(11), 483–498.

จิรวัฒน์ พลภักดี. (2567). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ที่มาคลอดในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรี

สะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 3(1), 115–126.

จิรัชยา เจียวกิก, อลัน สาดิน, คทาจุธ แสงอรุณ, ไมสา เราะ บือดำ, และสกุลรัตน์ เทพสุทา. (2567). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมารดาต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 20(1), 40–62.

จุฑามาศ โกมลศิริสุข. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(2), 253–267.

เฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์, และสุวรรีย์ ดำเนินวุฒิ. (2566). การประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 46(2), 69–84.

นภสร คงมีสุข, รัชนี ลักษิตานนท์, และพรรณงาม สุนทร. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และผลกระทบในการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 5. สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2568, จาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20210113173110_4468/20210113173128_2539.pdf

ปติมา หิริสัจจะ. (2565). การพัฒนารูปแบบกลไกดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 45(1), 27–38.

- พิชาภรณ์ จันทนกุล, สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์, และสุกฤดา ตะการีย์. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(43), 62–76.
- พัชรวิพรรณ เจนสาริกม. (2567). การพัฒนาระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จังหวัดจันทบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 33(1), B104–B115.
- ภัทรพงศ์ ชูเศษ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดนนทบุรี (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพร พรแสน, และวันยรัตน์ คุณาพันธ์. (2567). การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป). *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี*, 12(1), 73–84.
- ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. (2567). ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สายใจ สุวรรณศรี. (2567). การศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์เครือข่ายจังหวัดหนองคาย. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(1), 287–297.
- อุษมา ช้อนนาค, และวีรวิทย์ ปิยะมงคล. (2566). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy). สืบค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2567, จาก <http://w.1.med.cmo.ac.th/obgyn/lectures/topics/49484>
- เครือข่ายอาสา RSA. (2563). แฉลงการณ์ข้อเท็จจริงเรื่องการทำแท้งในประเทศไทยจากเครือข่ายอาสา RSA. สืบค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2567, จาก <https://rsathai.org/contents/17600/>
- กุลภา วรรณสาระ, และเบญจมาศ รอดภัย. (2558). รายงานสรุปการประชุมเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ครั้งที่ 36. ณ ห้องประชุม 201 ชั้น 2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ. เอกสารอัดสำเนา.
- Barrow, A., Jobe, A., Barrow, S., Touray, E., & Ekholuenetale, M. (2022). Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in The Gambia: Findings from 2018 population-based survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04336-0>
- Bloom, B. S. (1986). What we are learning about teaching and learning: A summary of recent research. *Principal*, 66(6), 6–10.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research: Multiple strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/5746

