

1. ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) Feasibility study and economic evaluation on telephone counseling for health promotion and disease prevention related to unplanned pregnancy under the Thai UHC
- คำสำคัญของการวิจัย ความเป็นไปได้, สายด่วน, ตั้งครรภ์, 1663, แท้งปลอดภัย, แท้งไม่ปลอดภัย
- Keyword Feasibility, hotline, pregnant, safe abortion, unsafe abortion

2. รายละเอียดของโครงการ

3.1 หลักการและเหตุผล

การยุติการตั้งครรภ์ หรือ การทำแท้ง โดยทั่วไปมักเกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือเกิดจากการพบความผิดปกติของทารกในครรภ์ จากข้อมูลรายงานเฝ้าระวังการแท้งของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2563⁽¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยทำแท้งมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2562 ที่ร้อยละ 55.8 และลดลงเล็กน้อย ในปีพ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 53.8 จากจำนวนผู้ป่วยแท้งทั้งหมด (แท้งเองและทำแท้ง) ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.8) ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ในครั้งนั้น⁽²⁾ และประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยทำแท้งเป็นนักเรียน/นักศึกษา อย่างไรก็ตาม ปัญหาการทำแท้งไม่ได้พบเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเท่านั้น โดยจำนวนผู้ป่วยทำแท้งกลุ่มอายุ 35-39 ปี และ 40-44 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสาเหตุหลักของการทำแท้ง พบว่า เกี่ยวข้องกับเหตุผลด้านเศรษฐกิจและสังคม และเหตุผลด้านสุขภาพ โดยสัดส่วนของผู้ทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจและสังคม มีแนวโน้มลดลงจาก ร้อยละ 84.6 ใน พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 54.4 ใน พ.ศ. 2563 และเหตุผลด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 15.4 ใน พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 45.6 ใน พ.ศ. 2563

การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้อยู่ในการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพได้ ข้อมูลรายงานเฝ้าระวังการแท้งของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2563⁽¹⁾ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้ง ในปีพ.ศ. 2563 ผู้ป่วยแท้งเองมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงร้อยละ 7.9 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ช็อกจากการเสียเลือด (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือตกเลือดมากจนต้องให้เลือด (ร้อยละ 32.1) และในกรณีที่ผู้ป่วยทำแท้งโดยบุคลากรทางการแพทย์ พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้งร้อยละ 3.1 โดยภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด (ร้อยละ 38.5) รองลงมาคือช็อกจากการเสียเลือด และติดเชื้อในกระแสเลือดพบสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 23.1) นอกจากนี้ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO)⁽³⁾ ยังพบว่า การไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเพื่อยุติการตั้งครรภ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง que เพิ่มความเสี่ยงให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์รายนั้นในอนาคตได้ ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้มีการออกเอกสารคำแนะนำ⁽⁴⁾ ว่าควรมีการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์แก่หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ ตั้งแต่การตัดสินใจก่อนเริ่มกระบวนการ ตลอดจนการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์เพื่อลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดต่อหญิงที่ยุติการตั้งครรภ์

ดังนั้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง และไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จึงควรสนับสนุนให้หญิงที่ต้องการยุติการ

ตั้งครรภ์ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและปลอดภัย และป้องกันการทำแท้งด้วยตนเองหรือการทำแท้งโดยบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นบริการที่มุ่งหวังให้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและต้องการยุติการตั้งครรภ์ เข้าถึงบริการให้คำปรึกษาเพื่อให้ได้รับข้อมูลและทางเลือกสำหรับการตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ปัจจุบันมีการบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่มีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ ทั้งปัญหาด้านการยอมรับ ปัญหาทางด้านกฎหมายหรือปัญหาทางสังคมที่มีการตีตราการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้เพิ่มมากขึ้น⁽⁵⁾

สำหรับประเทศไทย มีการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (สายด่วน 1663) โดยเปิดให้บริการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 เริ่มต้นเป็นบริการปรึกษาและช่วยเหลือส่งต่อเรื่องเอชไอวี/เอดส์ และในปี พ.ศ. 2556 ได้ขยายขอบเขตการบริการให้คำปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนงบประมาณในลักษณะโครงการและไม่มีงบประมาณโดยตรงจากภาครัฐหรือจากระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 26 ก.ย. 2565 เรื่องการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 โดยระบุหญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ ให้แจ้งความประสงค์ต่อหน่วยบริการปรึกษาทางเลือกเพื่อดำเนินการให้หญิงนั้นเข้าสู่กระบวนการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือก และเนื่องจากปัจจุบันมีหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์แต่ขาดกระบวนการให้คำปรึกษาหรือขาดความเข้าใจในการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ดังนั้น การให้การให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (สายด่วน 1663) จึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงผู้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและเสนอทางเลือกให้แก่หญิงตั้งครรภ์ แต่ด้วยงบประมาณที่มีจำกัด จึงมีการลดบริการคู่สายจากเดิม 10 คู่สายต่อวันเป็น 7 คู่สายต่อวัน และให้บริการในช่วงเวลา 9.00-21.00 น. ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการในปัจจุบัน โดยเฉพาะช่วงที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ

ดังนั้น เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจพิจารณาถึงความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการและระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ และความคุ้มค่าของบริการด้านการให้คำปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม จึงควรมีการศึกษาถึงต้นทุน ผลลัพธ์ และความคุ้มค่าของการให้บริการในปัจจุบัน อีกทั้งควรศึกษาความเป็นไปได้ในการเชื่อมต่อระบบการให้คำปรึกษากับระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ครอบคลุม สามารถนำไปใช้ในการพิจารณานโยบายการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นบริการหนึ่งที่ได้รับบริการสนับสนุนงบประมาณรายปี

ทั้งนี้ จากมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เห็นชอบให้ทำการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ (Health Technology Assessment : HTA) สำหรับการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 1663 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการพิจารณาบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบบริการในอนาคต ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ดำเนินการศึกษาวิจัยในหัวข้อดังกล่าวด้วยระเบียบวิธีที่เหมาะสมตามหลัก

วิชาการและนำเสนอผลการศึกษา เพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต่อไป

3.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
2. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
3. เพื่อศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
4. เพื่อศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

3.3 การทบทวนวรรณกรรม

3.3.1 การทบทวนวรรณกรรมในประเทศ

(1) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง

เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ศาลรัฐธรรมนูญมีคำวินิจฉัยที่ 4/2563 ว่ามาตรา 301 ประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งเป็นบทบัญญัติที่กำหนดโทษทางอาญาแก่หญิงที่ทำให้ตนเองแท้งหรือยินยอมให้ผู้อื่นทำแท้ง ขัดต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เนื่องจากกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของหญิงตั้งครรภ์เกินความจำเป็น และวินิจฉัยว่ามาตรา 305 ซึ่งเป็นเหตุยกเว้นความผิดฐานทำแท้ง ไม่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ศาลรัฐธรรมนูญได้มีมติเสียงข้างมากให้มีการปรับปรุงแก้ไขทั้งสองมาตราข้างต้นเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน⁽⁶⁾

คำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญดังกล่าวนับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการทำแท้ง นำไปสู่การเสนอร่างกฎหมายเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา และเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ได้มีการประกาศราชกิจจานุเบกษาให้ตราพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 พ.ศ.2564 และมีผลบังคับใช้วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564⁽⁷⁾ โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

ประการที่หนึ่ง กฎหมายใหม่มีการนำช่วงอายุครรภ์มาเป็นเงื่อนไขสำคัญในการพิจารณาว่าจะสามารถทำแท้งได้โดยไม่มี ความผิดตามกฎหมาย โดยกำหนดอายุครรภ์ไว้ที่ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากฎหมายมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความสมดุลระหว่างสิทธิของตัวอ่อนในครรภ์กับสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งต่างจาก มาตรา 301 เดิมที่กำหนดให้การทำแท้งไม่ว่าในช่วงอายุครรภ์ใดถือเป็นการกระทำความผิดและมีโทษทางอาญา เว้นแต่จะเข้าข้อยกเว้นความผิดตามกฎหมาย

ประการที่สอง มาตรา 301 ที่แก้ไขใหม่กำหนดอัตราโทษลดลงจากเดิม โดยมาตรา 301 เดิมกำหนดให้ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ซึ่งอัตราโทษใหม่นั้นนับว่าเป็นอัตราโทษที่ค่อนข้างเบาเมื่อเทียบกับความผิดอื่น ๆ ตามประมวลกฎหมายอาญา

ประเทศไทยมีการปฏิรูปกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง โดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 มาตรา 301 โดยระบุว่า “หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแท้งลูกขณะมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” และมาตรา 305 ที่หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ โดยไม่มีความผิด

ตามกฎหมาย หากเป็นการกระทำจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ภายใต้เงื่อนไขว่า เป็นปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต หรือการตั้งครรภ์จากการกระทำความผิดอาญาเกี่ยวกับเพศ หรือเสี่ยงคลอดทารกที่มีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง หรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ในกรณีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ หรือ ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ในกรณีอายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์ ภายหลังจากตรวจและรับคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ปัจจุบันมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ เรื่องการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 กำหนดให้หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ต้องได้รับการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นก่อนตัดสินใจยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้การตัดสินใจของหญิงนั้นอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้าน ซึ่งนับเป็นกฎหมายอีกฉบับที่กำหนดแนวปฏิบัติของการยุติการตั้งครรภ์ของหญิงไทย หลังจากที่มีการแก้ไขกฎหมายทำแท้งฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 ให้หญิงที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่เป็นความผิดทางอาญา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในปัจจุบันจะมีกฎหมายรองรับการยุติการตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ และสสช. ได้ตั้งงบประมาณรายหัวสำหรับผู้ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ที่ 3,000 บาท แต่ไม่ใช่ทุกโรงพยาบาลที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ ทั้งนี้การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ขึ้นกับความสมัครใจของโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลตามสิทธิในกรุงเทพมหานครนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลใดที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ นอกจากกรณีที่มีการตั้งครรถ์นั้นเกิดจากการถูกกระทำรุนแรงหรือถูกละเมิดเท่านั้น ซึ่งการให้คำปรึกษาผ่านสายด่วนถือว่ายังมีความจำเป็นในการให้คำปรึกษา เสนอทางเลือกหรือส่งต่อสถานพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง

(2) การให้บริการสายปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม 1663

มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้เริ่มจัดบริการให้คำปรึกษาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ผ่านรูปแบบของสายโทรศัพท์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2534 เนื่องจากผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงการรับบริการได้โดยไม่ตรงเปิดเผยตัวตน ก่อให้เกิดความสบายใจต่อผู้รับบริการ ในปีพ.ศ. 2552 มูลนิธิเข้าถึงเอดส์และองค์กรให้บริการสุขภาพหลายหน่วยงานที่ดำเนินงานให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์ทางโทรศัพท์ เช่น สภาวิชาชีพไทย กรมอนามัย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ได้ร่วมกันเพื่อหารือจัดตั้งสายโทรศัพท์ปรึกษาเรื่องเอดส์ระดับชาติ เพื่อรวมการให้บริการเรื่องเดียวกัน ต่อมาในปีพ.ศ. 2556 มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ได้พบกับเครือข่ายท้องไม่พร้อม กลุ่มคนทำงานที่ขับเคลื่อนประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและผลักดันนโยบายการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยสำหรับผู้หญิงซึ่งทาง เครือข่ายฯ มีแนวคิดอยากเปิดให้บริการสายปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งกลไกการให้คำปรึกษาปัญหาผ่านสายด่วน 1663 จึงเกิดขึ้น โดยหวังให้เป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม สายด่วน 1663 จึงเป็นคู่สายโทรศัพท์ที่เปิดรับปรึกษาเรื่องเอดส์แบบนิรนาม คือ เก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ต่อมาภายใต้การสนับสนุนของ สสส. สายด่วน 1663 ร่วมกับเครือข่ายท้องช่วยเหลือผู้หญิงประสบปัญหาท้องไม่พร้อม มูลนิธิแพชท์ทูเฮลท์ และภาคี จึงได้พัฒนาระบบการให้บริการแก่ผู้หญิงที่ “ท้องไม่พร้อม” ให้สามารถโทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาได้ด้วย และได้ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อการดูแล

ผู้หญิงท้องไม่พร้อมได้อย่างรอบด้านและปลอดภัยที่สุด ซึ่งการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ มีตั้งแต่ระยะก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างการยุติการตั้งครรภ์ และหลังการยุติการตั้งครรภ์⁽⁹⁾

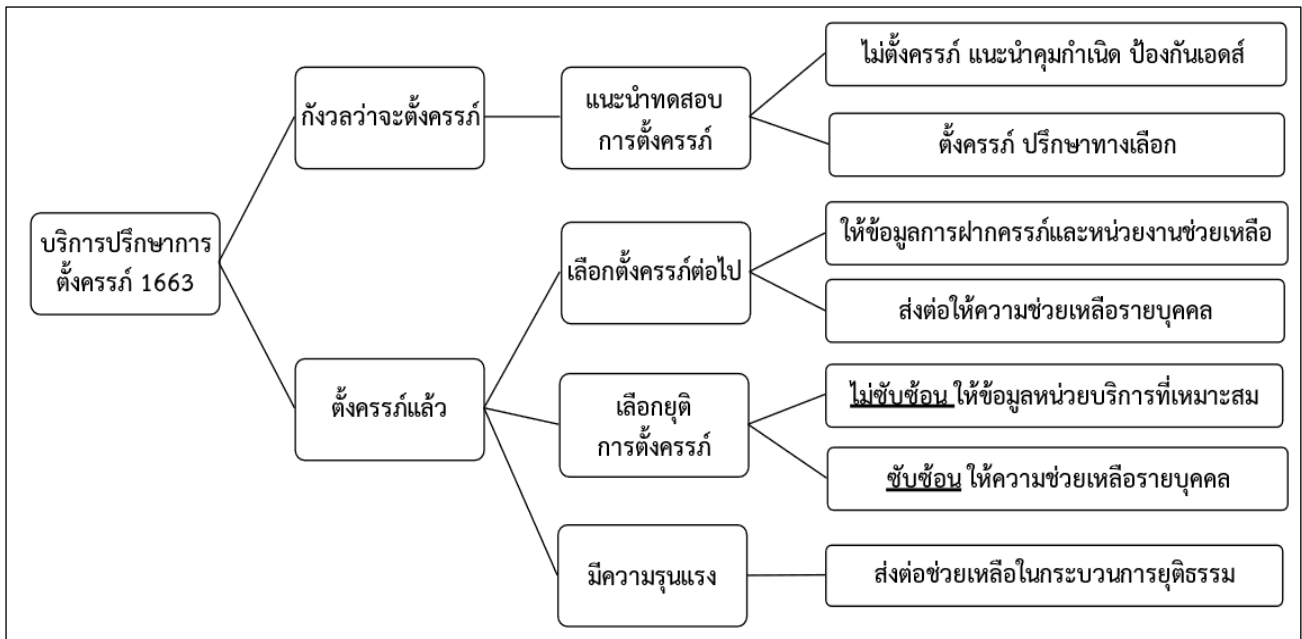
ขั้นตอนและกระบวนการให้บริการช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) เริ่มจากอาสาสมัครที่เป็นผู้ให้บริการปรึกษา ถ้ากรณีไม่มีความซับซ้อนหรือต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ อาสาสมัครจะให้บริการปรึกษาจนเสร็จสิ้น แต่ถ้าในกรณีที่ผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าการโทรศัพท์ อาสาสมัครจะส่งต่อผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือให้แก่เจ้าหน้าที่ต่อไป อาสาสมัครจะแจ้งรหัสการติดต่อของผู้รับบริการ และแจ้งว่าจะมีเจ้าหน้าที่ของสายปรึกษา 1663 โทรศัพท์กลางติดต่อกลับไปเพื่อให้ความช่วยเหลือ และอาสาสมัครจะต้องบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการที่ส่งต่อ เช่น อายุ ภูมิสำเนา ทางเลือกที่ต้องการ สาเหตุหรือความจำเป็นที่ต้องส่งต่อตามเกณฑ์ที่กำหนด และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ ซึ่งจะเป็นช่องทางที่ เจ้าหน้าที่จะติดต่อกลับผู้รับบริการ

2) เจ้าหน้าที่จะได้รับข้อมูลผู้รับบริการที่ส่งต่อจากข้อมูลที่อาสาสมัครบันทึกไว้ให้ ซึ่งหลังจากที่ได้ข้อมูลผู้รับบริการแล้ว เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบจะทบทวนข้อมูลของผู้รับบริการก่อน ทั้งจากข้อมูลที่อาสาสมัครบันทึกมาเบื้องต้น หรืออาจกลับไปฟังเทปบันทึกการสนทนาของสายโทรศัพท์ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและความต้องการของผู้รับบริการก่อนจะติดต่อกลับไปหาผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการมีปัญหาซับซ้อนและอาสาสมัครส่งเรื่องต่อให้เจ้าหน้าที่แล้ว ขั้นตอนการดำเนินงานจะประกอบด้วย การโทรศัพท์ติดตามผลเพื่อพิจารณาความต้องการหรือความจำเป็นเร่งด่วน ให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือให้ความช่วยเหลือที่จำเป็น เช่น พาไปพบแพทย์ ติดต่อบ้านพักหลังคลอดให้ เป็นต้น ซึ่งระบบส่งต่อนั้นขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของแหล่งบริการแต่ละแห่ง โดยจะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไป ทีมงานจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ (ทุกจังหวัดทั่วประเทศ) และประสานงานกับแหล่งบริการที่เหมาะสม

จากข้อมูลเบื้องต้นของการให้บริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม 1663 ในปี 2564 มีการบันทึกข้อมูลผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 36,972 ราย แบ่งเป็นอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 83 และ อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 17 โดยผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 0-12 สัปดาห์ ร้อยละ 71 และได้มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามผู้ใช้บริการ โดยพบว่า ผู้ใช้บริการมีการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 93 ถัดมาเป็นกลุ่มที่ยังไม่ตัดสินใจ ร้อยละ 3 และกลุ่มตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ร้อยละ 2.8 อีกทั้งยังมีข้อมูลแผนการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อแนะนำให้แก่ผู้รับบริการ

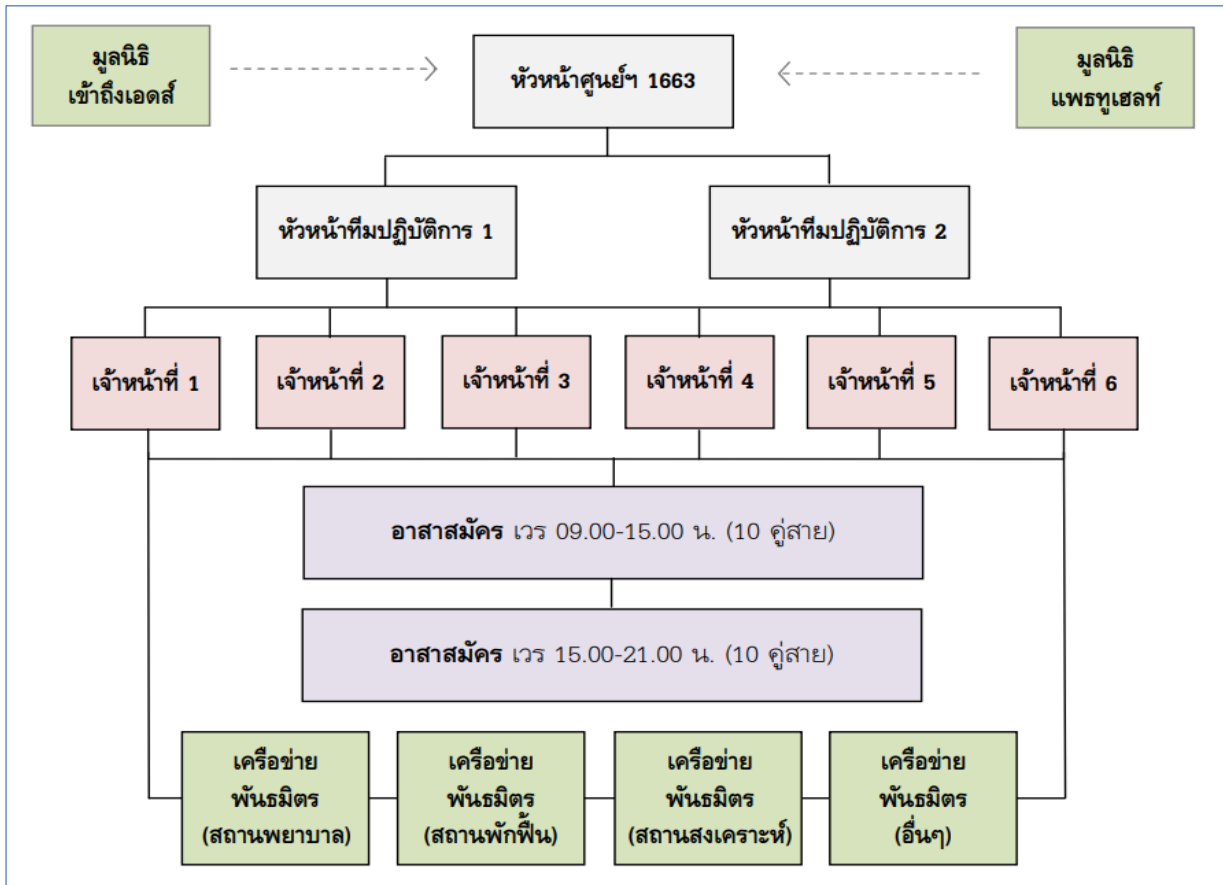
3) เจ้าหน้าที่จะต้องติดต่อกลับผู้รับบริการภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากที่ผู้รับบริการติดต่อมาปรึกษาครั้งแรก หากยังติดต่อภายในหนึ่งวันไม่ได้ ต้องโทรศัพท์ติดต่อผู้รับบริการต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลา 7 วัน และลดความถี่ของการติดต่อเป็น 3 วันต่อครั้ง 7 วันต่อครั้ง และ 1 เดือนต่อครั้ง ซึ่งหาก ยังไม่สามารถติดต่อผู้รับบริการได้ จะยุติการโทรศัพท์ติดตามผู้รับบริการรายนี้ แต่ในกรณีที่ติดต่อผู้รับบริการได้แล้ว เจ้าหน้าที่จะพูดคุย สอบถาม และให้คำปรึกษาในเชิงลึกขึ้น พร้อมกับประเมินความเร่งด่วนของความต้องการผู้รับบริการ หากไม่เร่งด่วนและผู้รับบริการสามารถรอได้ เจ้าหน้าที่จะใช้เวลาประสานงานหน่วยบริการภายใน 1 สัปดาห์แล้วแต่จำนวนความเร่งด่วนของผู้รับบริการ และ ถ้าผู้รับบริการมีไม่มากการประสานงานจะใช้เวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ การพิจารณาความเร่งด่วนของการให้บริการของเจ้าหน้าที่นั้น จะเป็นการปรึกษาร่วมกันกับผู้รับบริการ โดยต้องคำนึงถึงความจำเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้รับบริการจะต้องไปศึกษาต่อต่างประเทศ ย้ายสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับบริการ ซึ่งแนวทางการให้บริการสายปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม สรุปดังภาพที่ 1⁽⁹⁾



ภาพที่ 1 แนวทางการให้บริการสายปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม 1663

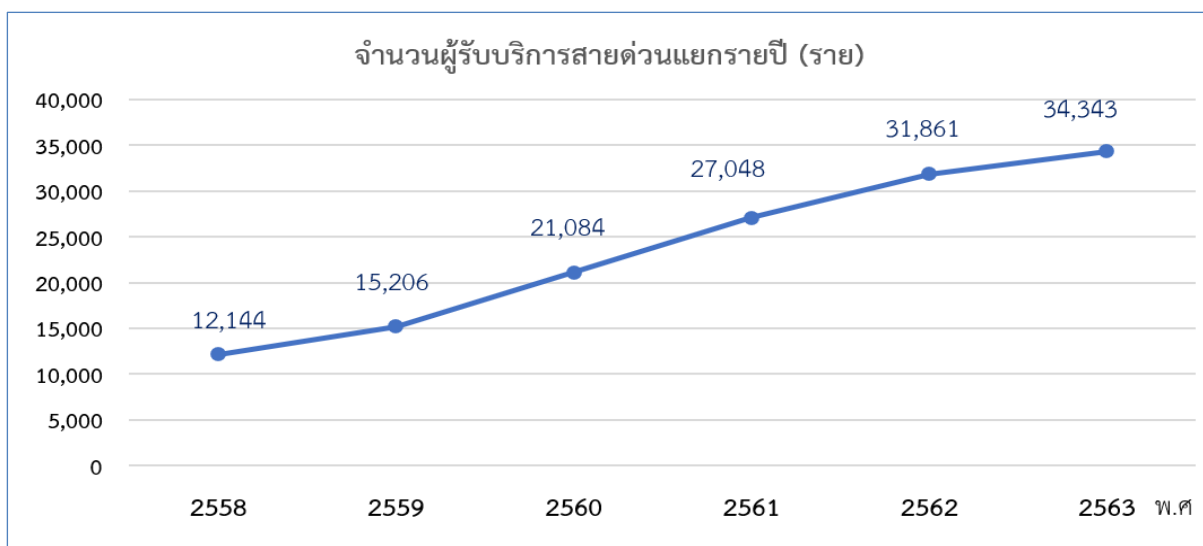
จากภาพที่ 1 เป็นแนวทางการให้บริการทั้งระบบ ซึ่งการศึกษานี้จะไม่รวมถึงกลุ่มที่สงสัยว่าจะตั้งครรภ์ จะศึกษาเฉพาะกลุ่มที่โทรเข้ามาในกรณีที่ตั้งครรภ์แล้วเท่านั้นเพื่อดูข้อมูลของการตัดสินใจเลือกยุติการตั้งครรภ์ หรือตั้งครรภ์ต่อ หรือปรึกษาแล้วหายไปไม่สามารถตามได้ เนื่องจากข้อมูลการรายงานของสายด่วน 1663 พบว่า กลุ่มที่ตั้งครรภ์แล้วโทรเข้ามาจะมีมากกว่ากลุ่มที่สงสัยว่าตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 80 แต่ทั้งนี้ใน ภาพรวมของการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. จะครอบคลุมการบริหารจัดการทั้งระบบ

บุคลากรที่ดำเนินการสายด่วน 1663 มี 2 ส่วน คือ อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ต่างกัน โดยอาสาสมัครเป็นกำลังหลักในการให้คำปรึกษาและข้อมูลทางโทรศัพท์ ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำกับ ควบคุมการทำงานของอาสาสมัคร และให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่จำเป็น ซึ่งโครงสร้างองค์กร ณ ปัจจุบันของ สายปรึกษา 1663 ประกอบด้วยหัวหน้าศูนย์ 1 คน หัวหน้าทีมปฏิบัติการ 2 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ 6 คน และกลุ่มอาสาสมัคร 50 คน ซึ่งผลัดเวียนกันเข้าเวรรับสายวันละ 20 คน หรือเวรกลางวัน 10 คน เวรกลางคืน 10 คน โดยมีมูลนิธิเข้าถึงเอดส์และมูลนิธิแพथทูเฮลท์เป็นที่ปรึกษาและกำลังสนับสนุนหลัก บริการปรึกษาทาง โทรศัพท์และจัดหาบริการอื่นๆ ที่จำเป็นให้ผู้รับบริการทั่วประเทศไทย โดยมีเครือข่ายพันธมิตร ทั้งภาครัฐบาล และเอกชนหนุนเสริม



ภาพที่ 2 โครงสร้างการทำงานของสายปรึกษา 1663⁽⁹⁾

ข้อมูลจากการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) พบว่า ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 – ตุลาคม พ.ศ. 2564 (ปีงบประมาณ) มีจำนวนผู้มาขอรับการปรึกษาทั้งสิ้น 52,229 ราย เป็นการปรึกษาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 79.03 ปรึกษาทางเพจ ร้อยละ 20.97 ซึ่งส่วนใหญ่ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (ร้อยละ 79.98) รองลงมา คือ ปรึกษาเรื่องเอดส์ (ร้อยละ 19.78) และปรึกษาทั้ง 2 ประเด็น (ร้อยละ 0.24) ซึ่งบริการปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปี จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์มีแนวโน้มค่อย ลดลงซึ่งจะแตกต่างกับเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งอาจจะเกิดจากเรื่องเอดส์มีระบบบริการที่ชัดเจนและมีทางเลือกที่หลากหลายและกระจายไปทั่วประเทศ ทั้งในระบบบริการของรัฐและเอกชน ในขณะที่บริการปรึกษาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาระบบ ซึ่งในภาพที่ 3 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เข้ารับบริการ ในระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 ที่ผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี



ภาพที่ 3 แนวโน้มของจำนวนผู้มารับบริการปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อมย้อนหลัง 6 ปี

(3) วิธีการยุติการตั้งครรภ์และสิทธิประโยชน์ภาครัฐ

ประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยเน้นคำว่า “ปลอดภัย” เข้าไปด้วย เนื่องจากยังพบว่าผู้ที่มีปัญหาท้องไม่พร้อมจำนวนมากแสวงหาบริการทำแท้งจากแหล่งบริการที่ไม่ปลอดภัย โดยได้นำแนวทางของคู่มือของนานาชาติประเทศมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของการบริการสุขภาพในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการในประเทศ ซึ่งกระบวนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม เริ่มจาก 1) การปรึกษาทางเลือกสำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้ผู้ประสบปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ตัดสินใจทางเลือกหลังจากได้ข้อมูลอย่างรอบด้าน (กรณีตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์) 2) ประเมินข้อบ่งชี้ทางสุขภาพตามกฎหมาย หากเป็นประเด็นสุขภาพจิตจะอาจใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 3) การปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์ 4) การซักประวัติทางการแพทย์และการตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยหัตถการทางการแพทย์ หรือด้วยยา 6) การปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ 7) ติดตามดูแลหลังให้บริการ 8) ดูแลภาวะแทรกซ้อน และ 9) การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

จากข้อมูลแนวทางการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁽¹⁰⁾ มีวิธีการยุติการตั้งครรภ์ คือ

1) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ควรเลือกใช้เป็นวิธีแรกเนื่องจากปลอดภัยและสะดวก คือ ช่วงอายุครรภ์ก่อน 9 สัปดาห์ (63 วัน) หลังมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย รับประทานยา mifepristone 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด จากนั้น 24-48 ชั่วโมงใช้ยา misoprostol 800 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ด) อมใต้ลิ้น หรืออมในกระพุ้งแก้มหรือสอดเข้าช่องคลอด ซึ่งอัตราการแท้งครบในสองสัปดาห์อยู่ที่ร้อยละ 95 กรณีที่ไม่เกิดการแท้งโดยไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด และอาการแสดงของการตั้งครรภ์ยังคงอยู่ ให้ใช้ยาซ้ำ (อายุครรภ์ยังไม่เกิน 9 สัปดาห์)

- ช่วงอายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์ ให้ทานยา mifepristone 200 มิลลิกรัม จากนั้น 36-48 ชั่วโมงใช้ ยา misoprostol 800 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ด) สอดเข้าช่องคลอด ถ้ายังไม่แท้ง ให้ใช้ misoprostol 400 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 2 เม็ด) อมใต้ลิ้นหรืออมในกระพุ้งแก้มหรือสอดเข้า ช่องคลอดทุก 3 ชั่วโมงจนกว่าจะแท้ง โดยใช้ยาได้อีกไม่เกิน 5 ครั้ง แต่ในกรณีที่ไม่แท้งให้ส่งต่อสูตินรีแพทย์ หรือพิจารณาทำ MVA (manual vacuum aspiration)

- ช่วงอายุครรภ์มากกว่า 12-24 สัปดาห์ ทานยา mifepristone 200 มิลลิกรัม จากนั้น 38-48 ชั่วโมงใช้ยา misoprostol 800 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ด) สอดเข้าช่องคลอด ถ้ายังไม่แท้ง ให้ใช้ misoprostol 400 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 2 เม็ด) อมใต้ลิ้นหรืออมในกระพุ้งแก้มหรือสอด เข้าช่องคลอดทุก 3 ชั่วโมงจนกว่าจะแท้ง โดยใช้ยาได้อีกไม่เกิน 5 ครั้ง แต่ในกรณีที่ไม่แท้งให้ส่งต่อสูตินรีแพทย์

2) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม สามารถทำได้จนถึงอายุครรภ์ 12-14 สัปดาห์ ขึ้นกับความชำนาญของผู้ให้บริการ ซึ่งควรเลือกยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ MVA หรือ เครื่องดูดสุญญากาศ ซึ่งเป็นเกณฑ์ มาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแทนการขูดมดลูกด้วยเครื่องมือขูดมดลูกที่ทำจากเหล็ก หรือ dilatation and curettage (D&C) เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ด้วย MVA ไม่จำเป็นต้องใช้เหล็กขูดซ้ำเพื่อยืนยันว่าแท้งครบ ซึ่งการยุติการตั้งครรภ์โดยการใส่ยา หรือโดยการใช้ MVA เป็นวิธียุติการตั้งครรภ์ที่เป็นที่ยอมรับของผู้หญิง⁽¹¹⁾

สำหรับข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ในประเทศไทย พบการเข้ามาให้บริการปรึกษาทางเลือกท้องไม่พร้อม และปรึกษาทางสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม 1663 ประมาณร้อยละ 70-90 เลือกยุติการตั้งครรภ์^(12, 13) สำหรับการยุติการตั้งครรภ์นี้ จะประสงค์ทำแท้งที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 76.2 โดยมีแพทย์เป็นผู้ยุติการ ตั้งครรภ์สำเร็จในครั้งแรก ร้อยละ 95.9 โดยใช้วิธี Medabon® ร้อยละ 48.3 รองลงมา คือ ใช้เครื่อง สูญญากาศดูดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 45.4

(4) สิทธิประโยชน์ในการสนับสนุนค่าบริการ

การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการเบิกจ่ายค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ มีอัตราค่าบริการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการเบิกจ่ายค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
<p>1. การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิการรักษาที่อยู่ในภาวะหลังคลอด หรือหลังแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิด</p> <p>1.1 บริการห่วงอนามัย เหม่าจ่าย 800 บาทต่อราย</p> <p>1.2 บริการฝังยาคุมกำเนิด เหม่าจ่าย 2,500 บาทต่อราย</p>	<p>1. การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยยา Medabon® หรือ กระบอกดูดสุญญากาศ (MVA) หรือ เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า (EVA) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ในหญิงไทยทุกกลุ่มอายุ ทุกสิทธิการรักษา ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ตามเงื่อนไขของกฎหมาย อาญา และข้อบังคับแพทยสภา</p> <p>1.1 เหม่าจ่าย 3,000 บาทต่อราย</p>	<p>1. การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงไทยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกสิทธิการรักษา กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์</p> <p>1.1 บริการห่วงอนามัย เหม่าจ่าย 800 บาทต่อราย</p> <p>1.2 บริการยาฝังคุมกำเนิด เหม่าจ่าย 2,500 บาทต่อราย</p>	<p>1. การจ่ายยา Misoprostol 200 mcg + Mifepristone 200 mg ชนิด combination pack (Medabon®)</p> <p>1.1 หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการร่วมของ สปสช. ที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย 1.2 การชดเชยยาผ่าน โปรแกรมระบบบัญชียา จ(2) ของ สปสช.</p>

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ โดยการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ห่วงอนามัย หรือยาฝังคุมกำเนิด) ในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ผ่านระบบ e-Claim ของ สปสช. ข้อมูลรายจ่ายดังกล่าว มีอัตราค่าบริการ ดังนี้

ปีงบประมาณ	ใส่ห่วงอนามัย		ยาฝังคุมกำเนิด		รวมให้บริการ	
	จำนวน (ราย)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (ราย)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (ราย)	ค่าบริการ (บาท)
2559	328	260,780	23,408	57,981,697	23,736	58,242,787
2560	111	88,800	36,497	91,882,500	36,608	91,971,300
2561	92	76,800	37,945	95,818,375	38,037	95,895,175
2562	85	68,000	44,069	97,170,750	44,154	97,238,750

ที่มา: ระบบ e-Claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2562)

3.3.2 การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ

(1) ผลกระทบทางสุขภาพจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) อาจเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น การเข้าถึงการรักษาอย่างถูกต้อง ระยะเวลา ข้อจำกัดทางกฎหมาย ค่าใช้จ่าย การให้เกียรติและการเลือกปฏิบัติ ความเชื่อทางศาสนา ความรู้ ฯลฯ โดยประมาณการการยุติการตั้งครรภ์ในทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2010-2014 พบว่า มีจำนวนประมาณ 55.7 ล้านครั้ง และประมาณ 25.1 ล้านครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 45 จากจำนวนการยุติการตั้งครรภ์ทั้งหมดเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และสาเหตุหลัก 1 ใน 3 ของการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นจากบุคคลผู้ให้บริการไม่มีความเชี่ยวชาญและใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่อันตราย ไม่เพียงเท่านั้น การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยยังก่อให้เกิดโอกาสเสียชีวิตของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ได้ โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราการเสียชีวิตที่ 30 คน ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 100,000 ครั้ง และในประเทศที่กำลังพัฒนา จะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 220 คน ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 100,000 ครั้ง โดยประมาณการในปีค.ศ. 2012 พบว่า ประเทศที่กำลังพัฒนาเพียงประเทศเดียว จะมีผู้หญิงถึง 7 ล้านคนที่ต้องเข้ารับการรักษาอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในแต่ละปี^(3, 14, 15)

นอกเหนือจากความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตแล้ว ภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ยังอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ เลือดออก บาดแผลที่ระบบสืบพันธุ์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อยแต่ร้ายแรงมาก ได้แก่ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะไตวาย ลำไส้ทะลุ มดลูกทะลุ การบาดเจ็บที่อวัยวะภายใน เยื่อบุช่องท้องอักเสบ อาการปวดเรื้อรัง การอักเสบของระบบสืบพันธุ์ โรคเกี่ยวกับกระดูกเชิงกรานอักเสบ และโรคทางจิตใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะมีบุตรยาก โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับผู้หญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้นสูงกว่าผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลถึง 4 เท่า ดังนั้น ผลที่ตามมาของการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยจึงทำให้เกิดความต้องการทั้งทางทรัพยากร วัสดุ และการเงินที่มากขึ้น^(16, 17)

(2) ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ มักพบการศึกษาในทวีปละตินอเมริกา และทวีปแอฟริกาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าในทวีปเอเชียซึ่งเป็นทวีปที่มีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก กลับยังไม่ปรากฏงานวิจัยในประเด็นดังกล่าวอย่างแพร่หลาย โดยประมาณการค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ในทวีปละตินอเมริกา และทวีปแอฟริกาอยู่ระหว่าง 159-476 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ขึ้นอยู่กับวิธีการประมาณค่าที่ใช้ และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม 490 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายจำนวนมากนี้เป็นภาระงบประมาณของประเทศที่กำลังพัฒนา^(18, 19)

(3) กฎหมายและหลักจริยธรรม

อัตราความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับสถานะทางกฎหมายที่เข้มงวด ในประเทศเนปาล ได้ประกาศใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ในปี ค.ศ. 2002 โดยอนุญาตให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ที่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และ 18 สัปดาห์ ในกรณีที่ตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืนหรือการร่วมประเวณีระหว่างพี่น้อง ทั้งนี้ต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์ในทุกขั้นตอนและห้ามยุติการตั้งครรภ์แบบเลือกเพศ และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองสำหรับเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 16 ปี โดยในปี ค.ศ. 2004 คลินิกยุติการตั้งครรภ์อย่างถูกกฎหมายแห่งแรกได้เปิดให้บริการ และมี

การขยายจำนวนของคลินิกอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลเนปาลร่วมมือกับองค์กรเอกชนจัดทำโครงการเพื่อฝึกอบรมผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์และควบคุมความปลอดภัยและความพร้อมในการดูแลในขั้นต้นทั่วประเทศ การฝึกอบรมเกี่ยวกับ manual vacuum aspiration (MVA) ซึ่งโดยปกติแล้วจะอนุญาตให้มีการใช้โดยแพทย์เท่านั้น แต่ในปี ค.ศ. 2008 พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์มีสิทธิ์ทำ manual vacuum aspiration (MVA) กับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ 8 สัปดาห์ได้ โดยภายในสิ้นปี ค.ศ. 2011 แพทย์กว่า 1,200 คน และสถานพยาบาล 532 แห่งได้รับการฝึกอบรมและรับรอง และผลจากการศึกษาวิจัยในช่วงปี ค.ศ. 2001-2010 อัตราการเจ็บป่วยจากการยุติการตั้งครรภ์ในระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มว่าการออกกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ในเนปาล มีส่วนทำให้การเสียชีวิตของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในประเทศลดลง⁽²⁰⁾

นอกจากนี้ในหลายประเทศยังมีความพยายามผลักดันการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองโดยใช้ยา misoprostol หรือ misoprostol in combination with mifepristone ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึ่งประสงค์ และยังมีความเสี่ยงที่จะลดอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย อย่างไรก็ตามข้อจำกัดทางกฎหมายในหลายประเทศยังคงเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยาดังกล่าวอย่างถูกต้อง ในประเทศต่าง ๆ เช่น บราซิล อียิปต์ และไทย ยา misoprostol ไม่มีจำหน่ายในร้านขายยาและต้องให้แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้สั่งยาเท่านั้น^(21, 22)

ในประเทศอินเดีย มีกฎหมายว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1971 ซึ่งอนุญาตให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ที่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ภายใต้เงื่อนไข เช่น การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการข่มขืนหรือการร่วมประเวณีระหว่างพี่น้อง และมีการแก้ไขกฎหมายเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 2002 โดยอนุญาตให้ใช้ยา misoprostol และ mifepristone สำหรับยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 7 สัปดาห์ได้ อย่างไรก็ตาม แม้จะมียาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านขายยา แต่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ซึ่งประมาณการการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศอินเดียอยู่ที่ 15.6 ล้านครั้งในแต่ละปี และมากกว่าร้อยละ 73 เป็นการดำเนินการโดยใช้ยายุติการตั้งครรภ์นอกสถานพยาบาล นับเป็นจำนวนที่สูงมากแม้จะมีกฎระเบียบและการติดตามที่เข้มงวดจากเจ้าหน้าที่และรัฐบาลก็ตาม⁽²³⁾

(4) บริบทของการดำเนินงานสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อมในต่างประเทศ

สายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อมจัดตั้งขึ้นเพื่อลดปัญหาการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม อันเนื่องมาจากข้อจำกัดและอุปสรรคทางกฎหมายในการยุติการตั้งครรภ์ การดำเนินการของสายด่วน ไม่สามารถให้ยายุติการตั้งครรภ์ (Medical abortion) ได้ แต่สามารถคัดกรอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ระดับประสิทธิภาพของการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งจะช่วยให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัย โดยข้อจำกัดของสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อมในชุมชน (Community-based hotlines) คือ การที่ไม่สามารถติดตามภายหลังส่งต่อผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่ระบบสุขภาพ และไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลผู้หญิงที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้สำเร็จ ตลอดจนยังมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงของผู้หญิงในเขตชนบท ผู้หญิงต่างดาว และผู้หญิงสูงวัย⁽²⁴⁾

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังสนับสนุนการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยที่ปรึกษากับบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (non-medically trained, skilled abortion counsellors) ว่าเป็นทางเลือกที่อาจมีความปลอดภัยสำหรับผู้หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในบริบทของสังคมที่มีข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย⁽²⁵⁾ และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คลินิก Marie Stopes ในสหราชอาณาจักร มีบริการให้คำปรึกษา และตรวจคัดกรองเบื้องต้นทางโทรศัพท์ หากผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมมีเงื่อนไขตรงตามที่กำหนด

สามารถนัดหมายเข้ารับบริการและรับยาสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองที่คลินิกหรือใช้บริการ Telehealth และรับยายุติการตั้งครรภ์ผ่านทางไปรษณีย์⁽²⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังสนับสนุนการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยที่ปรึกษากับบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (non-medically trained, skilled abortion counsellors) ว่าเป็นทางเลือกที่อาจมีความปลอดภัยสำหรับผู้หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในบริบทของสังคมที่มีข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย⁽²⁵⁾ และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คลินิก Marie Stopes ในสหราชอาณาจักร มีบริการให้คำปรึกษา และตรวจคัดกรองเบื้องต้นทางโทรศัพท์ หากผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมมีเงื่อนไขตรงตามที่กำหนด สามารถนัดหมายเข้ารับบริการและรับยาสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองที่คลินิกหรือใช้บริการ Telehealth และรับยายุติการตั้งครรภ์ผ่านทางไปรษณีย์⁽²⁶⁾

(5) สายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ช่องทางสำคัญในการสื่อสาร

สายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีส่วนในการสนับสนุนกระบวนการสื่อสาร กิจกรรมและเครือข่ายทางสังคมซึ่งช่วยให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ได้มากขึ้น ตลอดจนมีความพยายามในการเปลี่ยนทัศนคติหรือวาทกรรมการยุติการตั้งครรภ์ จากสิ่งที่ต้องพูดคุยกันอย่างลับๆ ผ่านการสร้างพื้นที่ในการสื่อสารระบบออนไลน์ เช่น Twitter, Blog, Facebook หรือ Website ซึ่งนอกจากผู้ใช้บริการจะสามารถติดต่อพูดคุยกับผู้ให้บริการสายด่วนผ่านทางช่อง Chat แล้ว ยังเปิดโอกาสให้ผู้คนนับล้านสามารถเข้าถึงข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์ได้⁽²⁴⁾

(6) การศึกษาความคุ้มค่าของการยุติการตั้งครรภ์และการให้คำปรึกษาทางเลือก

การประเมินความคุ้มค่าของการเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรกในสถานพยาบาล จะเป็นการดูแลผลลัพธ์ต้นทุนต่อการทำแท้งที่สำเร็จ ซึ่งการศึกษาของ Naomi Lince-Deroche และคณะ⁽²⁷⁾ เป็นการศึกษาการบริการยุติการตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์ ด้วยการให้ยาและการทำ MVA (manual vacuum aspiration) โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ฐานข้อมูลและจากการสัมภาษณ์ คำนวณในรูปแบบของ Decision tree ของการตัดสินใจสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการให้ยาและผลลัพธ์ของการทำ MVA ซึ่งค่าใช้จ่ายของการรับบริการ คำนวณจาก micro-costing ของโรงพยาบาล 3 แห่งที่ศึกษา คิดค่าเฉลี่ยในการทำทั้งหมด และศึกษาข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มายุติการตั้งครรภ์ทั้งหมด 1,129 คน พบว่า 886 คนสามารถเลือกวิธีการทำแท้งได้ ส่วนอีก 834 คนเลือกวิธีใช้ยา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งของการใช้ยา คือ 63.91 ดอลลาร์สหรัฐฯ และค่าเฉลี่ยของการทำ MVA จะสูงกว่ายา ราคาประมาณ 69.60 ดอลลาร์สหรัฐฯ และคนที่ทำแท้งด้วยการให้ยามี 3 คนที่ต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน และ 2 คน ยังมีภาวะไม่แท้ง

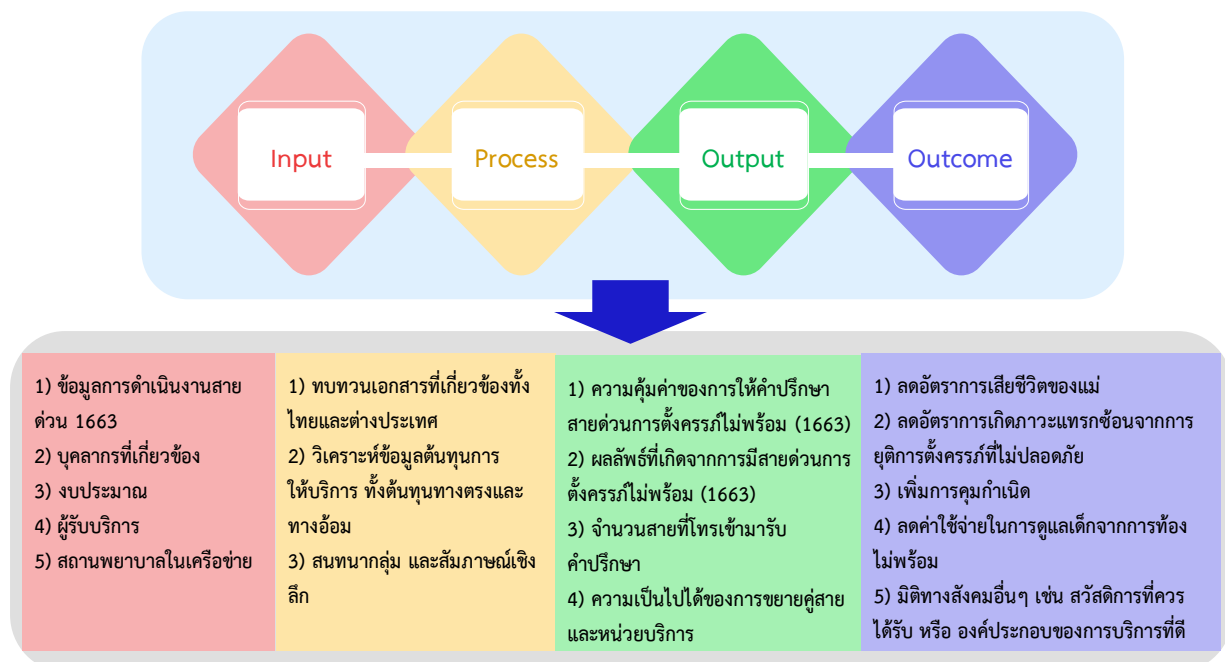
การประเมินภาระงบประมาณของการยุติการตั้งครรภ์ในสาธารณรัฐยูกันดา⁽²⁸⁾ พบว่า ต้นทุนทางสังคมโดยเฉลี่ยต่อการยุติการตั้งครรภ์ (ช่วงความน่าเชื่อถือ 95%) คือ 77 ดอลลาร์สหรัฐฯ (140-223 ดอลลาร์สหรัฐฯ) ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 65 ดอลลาร์สหรัฐฯ (49-86 ดอลลาร์สหรัฐฯ) และค่าใช้จ่ายทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์โดยเฉลี่ยคือ 19 ดอลลาร์สหรัฐฯ (16-23 ดอลลาร์สหรัฐฯ) ต้นทุนทางอ้อม (ผลผลิต) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 92 ดอลลาร์ (57-139 ดอลลาร์) ผู้ป่วยได้รับเงินโดยเฉลี่ย 62 ดอลลาร์สหรัฐฯ (46-183 ดอลลาร์สหรัฐฯ) ร้อยละ 73 ของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล ขณะที่รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 14 ดอลลาร์สหรัฐฯ (10-20 ดอลลาร์สหรัฐฯ) และร้อยละ 17 ของค่ารักษาพยาบาลจากการยุติการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์การยุติการตั้งครรภ์ทำแท้งแบบชักนำในยูกันดาประจำปีคือ 362,000 ราย ดังนั้นรายจ่ายประจำปีของประเทศสำหรับการทำแท้งแบบชักนำในยูกันดาประจำปีคือ 23.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ค่ารักษาพยาบาลโดยตรง 7.0 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ค่ารักษาพยาบาลโดยตรง 33.5 ล้านดอลลาร์

ดอลลาร์สหรัฐฯ ซึ่งต้นทุนทางอ้อม/ผลผลิต ค่าใช้จ่ายภาครัฐ 5.1 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วย 22.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และค่าใช้จ่ายทางสังคม 64.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ

การให้คำปรึกษาทางเลือก (options counseling)⁽²⁹⁾ คือ การที่ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมต่อบริบทและสภาพปัญหาของหญิงรายนั้นได้ โดยกระบวนการจะสนับสนุนให้ผู้เข้ารับคำปรึกษามีการตัดสินใจ ดังนี้คือ 1) ตั้ครรภ์ต่อ 2) ยุติการตั้งครรภ์ หรือ 3) ตั้ครรภ์ต่อแล้วหาผู้มาอุปการะบุตรในอนาคต จากนั้นจึงให้การสนับสนุนในแต่ละทางเลือกที่ตัดสินใจเป็นลำดับถัดไป โดยรูปแบบการให้คำปรึกษามีทั้งการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามศูนย์ให้คำปรึกษาในชุมชนหรือตามสถานพยาบาลต่าง ๆ การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ รวมถึงการให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น ยังไม่พบการศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าในการให้คำปรึกษาทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

3.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดของการศึกษานี้โดยการประยุกต์หลักการของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง หรือ theory of change เพื่อตอบโจทยการดำเนินการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สำหรับเป็นแนวทางการดูแลเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์⁽³⁰⁾ โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงแบบเน้นแสดงเป้าหมาย (Articulating Goals) และนำเสนอในรูปแบบของแผนภาพ เพื่อเข้าใจภาพรวมของการวางแผนร่วมกัน ในการดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ปัจจัยนำเข้า (Input), กระบวนการ (process), ผลผลิต (output) และ ผลลัพธ์ (outcome)



รูปที่ 4 กรอบแนวคิดของการศึกษา

3.5 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

3.5.1 รูปแบบการวิจัย (research design)

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาเป็นแบบผสมวิธี (mixed methods) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative methods) และเชิงคุณภาพ (qualitative methods) โดยมีลักษณะของการวิจัยเชิงสังเคราะห์ร่วมด้วย และการทบทวนวรรณกรรม โดยมีการแบ่งการศึกษาย่อยเป็น 4 การศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
2. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
3. เพื่อศึกษาความคุ้มค่าของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
4. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อดูประสิทธิผลของการให้บริการว่ารูปแบบการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้สอดคล้องในการกำหนดรูปแบบการเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เหมาะสม

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการ รูปแบบการเบิกจ่ายงบประมาณ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ของการให้บริการ และจำนวนผู้เข้ารับบริการ รวมทั้งทบทวนรูปแบบการเบิกจ่ายงบประมาณของ สปสช. ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ทีมวิจัยขออนุญาตผู้เกี่ยวข้องของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อเข้าถึงเอกสาร รายงานประจำปี ข้อมูลการให้บริการ และฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564 รวมทั้งรูปแบบหรือเกณฑ์การเบิกจ่ายงบประมาณของ สปสช.
2. ประสานและนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวคำถามที่กำหนดไว้
3. ทีมวิจัยรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลต่อไป

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 2 เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในประเด็นต้นทุนของผลลัพธ์การให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยอาศัยฐานข้อมูลที่มีการระบุถึงจำนวนของผู้เข้ารับบริการ ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564 และนำไปคำนวณหาค่าใช้จ่ายต้นทุนต่อหนึ่งผลลัพธ์ เพื่อให้ได้ถึงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่มีต่อการให้บริการหนึ่งผลลัพธ์ และสามารถนำไปพิจารณาประกอบถึงความคุ้มค่าในการให้บริการสายด่วน

$$\text{ต้นทุนเฉลี่ยต่อหนึ่งผลลัพธ์} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการสายด่วน}}{\text{จำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วนครบกระบวนการ}}$$

มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้มุมมองทางสังคม (societal perspective)

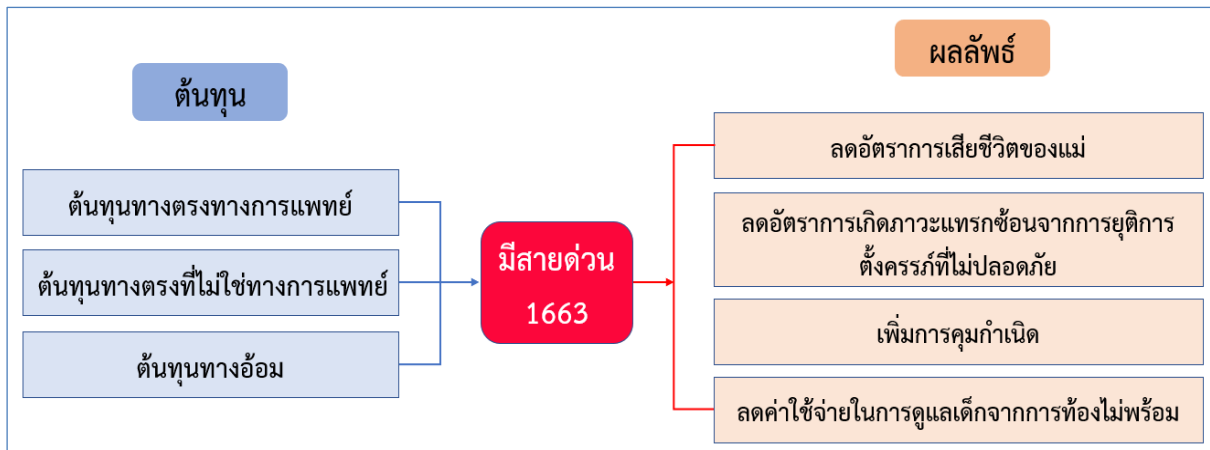
การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยศึกษาข้อมูลที่จัดเก็บไว้บนฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564 เกี่ยวกับจำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ทีมวิจัยขออนุญาตผู้เกี่ยวข้องของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อเข้าถึงฐานข้อมูลการให้บริการ และงบประมาณที่ใช้ในแต่ละปี
2. วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจำนวนผู้เข้ารับบริการ งบประมาณที่ใช้ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 ปี คือ ปีพ.ศ. 2559-2564 จากฐานข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การศึกษาต้นทุน สำหรับการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลเฉพาะต้นทุนของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ซึ่งเป็นต้นทุนในมุมมองทางสังคม เพื่อทราบต้นทุนที่แท้จริงของการให้บริการแต่ละราย เมื่อทีมวิจัยได้ข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) แล้วจะนำมาทำการคำนวณหาต้นทุนเฉลี่ยต่อหนึ่งผลลัพธ์การให้บริการ ซึ่งมุมมองทางสังคมจะครอบคลุมทั้งหมด โดยต้นทุนในมุมมองผู้ให้บริการมีความจำเป็นกับ สปสช. เพื่อใช้พิจารณาโครงสร้างต้นทุนและรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณในอนาคต ส่วนมุมมองทางสังคม จะช่วยเพิ่มความเข้าใจให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้รับบริการมากขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 3 เพื่อศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา ใช้การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยแปลงผลลัพธ์ที่ได้ให้อยู่ในรูปของตัวเงินเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 องค์ประกอบของการประเมินระบบการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของการมีสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เทียบกับการไม่มีสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยต้นทุนที่ศึกษาประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม โดยใช้มุมมองผู้ให้บริการ (Provider Perspective) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเภทของต้นทุนที่วิเคราะห์

ประเภทต้นทุน	ตัวอย่าง รายละเอียดแต่ละประเภทต้นทุน
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (Direct medical cost)	1. ต้นทุนการให้บริการสายด่วน ประกอบด้วย - ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา - ค่าตอบแทนอาสาสมัครให้คำปรึกษา - ค่าบริการคู่สายโทรศัพท์ - ค่าฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่
ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (non-medical cost)	1. ประชาสัมพันธ์การให้บริการ 2. ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าอาหารของผู้ให้บริการและญาติเมื่อไปรับบริการยุติการตั้งครรภ์
ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost)	1. ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก/คน/ปี (กรณีเด็กที่เกิดมาแล้วส่งต่อที่สถานเลี้ยงเด็ก) 2. ค่าเสียโอกาสในการทำงานจากภาวะแทรกซ้อนของการยุติการตั้งครรภ์ 3. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ที่มา คัดแปลงจากข้อมูลการจำแนกประเภทต้นทุน จากหนังสือการวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ

ในการวิเคราะห์ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ใช้วิธีคิดแบบต้นทุนมนุษย์ (human capital method) โดยใช้ค่าแรงจริงของผู้ป่วยหรืออัตราค่าแรงอ้างอิงหรือผลิตผลเฉลี่ยต่อหัวประชากรของประเทศ คูณกับเวลาที่เสียไป

วิธีทุนมนุษย์ ประเมินมูลค่าผลิตผลที่ขาดหายไประหว่างการป่วย คำนวณจากจำนวนวันที่ขาดงาน หรือไม่สามารถดำรงชีวิตได้ปกติคูณด้วยรายได้เฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยหรือใช้แรงงานขั้นต่ำที่กำหนดไว้ กรณีการพิการถาวร หรือเสียชีวิตที่เกิดกับผู้ป่วยในวัยทำงาน คำนวณจากจำนวนปีนับจากอายุที่ต้องทำงานจนถึงอายุที่เกษียณ หรือนับจนสิ้นอายุขัยโดยเฉลี่ย คูณด้วยมูลค่าผลิตผลของประชากรเฉลี่ยของประเทศ ได้แก่ ผลิตภัณธ์มวลรวมประชาชาติต่อหัว (per capita GNP) โดยคำนวณตามสูตร ดังนี้

ต้นทุนของการเสียเวลาจากการป่วย (Cost of morbidity)

$$\text{Cost of morbidity} = N \times E$$

N = จำนวนวันที่ขาดงาน หรือใช้ชีวิตตามปกติไม่ได้

E = ค่ารายได้เฉลี่ยต่อวัน

ต้นทุนของการเสียเวลาจากการเสียชีวิต (Cost of mortality) เป็นการรวมรายได้รายปีนับจากปีที่เสียชีวิตไป จนสิ้นสุดอายุการทำงานหรืออายุขัย อ้างอิงรายได้จากการคาดการณ์ค่ารายได้เฉลี่ยต่อปีที่เป็นค่าอ้างอิงของประเทศ ซึ่งค่าเหล่านี้มาจากปีต่าง ๆ ในอนาคต เมื่อจะรวมเป็นต้นทุน จำเป็นต้องปรับลดค่าของแต่ละปีให้เป็นค่าของปีที่วิเคราะห์ต้นทุนก่อน คำนวณตามสูตร ดังนี้

$$\text{Cost of mortality} = \sum_1^n Y_i (1 + r)^{-i}$$

Y_i = ค่ารายได้เฉลี่ยต่อปี ที่ปี i (พ.ศ.) นับจากปีแรกที่คำนวณ ไปจนถึงปี พ.ศ. ที่คาดว่าจะเสียชีวิตตามอายุขัย

n = จำนวนปีที่สูญเสีย นับจากปีที่เสียชีวิตจนถึงอายุขัย

i = ระยะจากปีหนึ่ง ถึงปีที่ n

r = อัตราลด (Discount rate) ประเทศไทย กำหนดที่ร้อยละ 3

วัตถุประสงค์เฉพาะที่ 4 เพื่อศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยวิธีการทบทวนเอกสารการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภในสถานพยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครรภไม่พร้อม (1663) ผู้แทนของสถานรับเลี้ยงเด็ก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามมาตรา 305(5) (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์) รวมทั้งผู้ให้บริการให้

คำปรึกษาทางเลือกในรูปแบบอื่น ๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยอาจมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมหากได้รับคำแนะนำจากผู้ให้สัมภาษณ์ (snowball technique) โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค คุณภาพของการให้บริการ ภาระงบประมาณที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะ อื่น ๆ รวมทั้งความพร้อมของการให้บริการ

นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) ทั้งในกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค สำหรับศึกษารูปแบบการให้บริการ ๆ จำนวนผู้เข้ารับบริการจากฐานข้อมูลย้อนหลัง 6 ปี (พ.ศ. 2559-2564) เก็บข้อมูลจากหน่วยให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสถานรับเลี้ยงเด็ก โดยพื้นที่กลุ่มตัวอย่างนี้ในเบื้องต้นได้จากการทบทวนข้อมูลของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และเสนอแนะโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเนื่องจากเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายการส่งต่อของบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อยุติการตั้งครรภ์ และเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งมีความครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาค ดังนี้ 1) โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี 2) โรงพยาบาลค่ายวชิราวุธ จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ 4) คลินิกสุขุมวิท 12 กรุงเทพมหานคร 5) โรงพยาบาลคลองตัน กรุงเทพมหานคร 6) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และ 7) สถานรับเลี้ยงเด็ก ซึ่งพื้นที่ตัวอย่างนี้จะต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หากพื้นที่ดังกล่าวไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทีมวิจัยจะพิจารณาเลือกพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเข้ามาเป็นพื้นที่ศึกษาแทน

สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักของการศึกษา ทีมวิจัยเก็บข้อมูลโดย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก บริหาร ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง และ สถานรับเลี้ยงเด็ก 2) การสนทนากลุ่ม ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ดูแลเครือข่ายให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) บางแห่ง และเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ทั้งนี้ผู้วิจัยอาจมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมหากได้รับคำแนะนำจากผู้ให้สัมภาษณ์ (snowball technique) ซึ่งจะพิจารณาตามความเหมาะสม และประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจะต้องมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. จัดประชุมทีมวิจัยเพื่อกำหนดทิศทาง วางแผนการดำเนินงาน มอบหมายงานภายในทีม และสรุปความคืบหน้าการดำเนินงาน โดยจัดประชุมทีมวิจัยเดือนละ 1 ครั้ง
2. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สคม. และ พื้นที่ศึกษา 5 แห่ง คือ 1) โรงพยาบาลสิงห์บุรี 2) โรงพยาบาลค่ายวชิราวุธ 3) โรงพยาบาลบรรพตพิสัย 4) คลินิกสุขุมวิท 12 และ 5) โรงพยาบาลคลองตัน
3. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ โดยข้อมูลในประเทศ ทบทวนจากฐานข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้แก่
 - 1) รายงานประจำปี หรือผลการปฏิบัติงานการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และข้อมูลการให้บริการ
 - 2) ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564
 - 3) รายงานค่าใช้จ่ายในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
 - 4) บัญชีรายชื่อสถานพยาบาลในเครือข่าย
 - 5) บัญชีรายชื่อผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

ส่วนข้อมูลต่างประเทศ เช่น องค์กรอนามัยโลก ฐานข้อมูลบทความวิชาการในระดับสากล (PubMed, ScienceDirect, SCOPUS ฯลฯ) โดยมีประเด็นในการทบทวน คือ รูปแบบและแนวปฏิบัติ มาตรฐานของการดำเนินงานสายด่วนการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทั้งในประเทศไทยและระดับสากล

ข้อมูลส่วนนี้ทบทวนโดยเครือข่ายทีมวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์ฐานข้อมูลและเชี่ยวชาญด้านการทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศ โดยผู้ทบทวนจะต้องสามารถเข้าถึงฐานข้อมูล การให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการสืบค้นได้

4. ทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศ เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ของแต่ละประเทศ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม รวมทั้งผลกระทบทางงบประมาณที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ของแต่ละประเทศ จากฐานข้อมูลบทความวิชาการในระดับสากล เช่น PubMed, ScienceDirect, SCOPUS ฯลฯ

ข้อมูลส่วนนี้ทบทวนโดยเครือข่ายทีมวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศ ซึ่งเคยศึกษาวิจัยด้านต้นทุนหรือทำการศึกษาด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการสืบค้นได้

5. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 1 เพื่อขอความเห็นและข้อเสนอแนะต่อผลการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งการกำหนดขอบเขตของการศึกษาที่ลงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA มูลนิธิแพชทูเฮลท์ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาล ผู้แทนของสถานรับเลี้ยงเด็ก รวมทั้งผู้ให้บริการให้คำปรึกษาทางเลือกในรูปแบบอื่น ๆ

6. ทีมวิจัยประสานกับพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 แห่ง ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายการส่งต่อของบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อยุติการตั้งครรภ์ และเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วย (โดยมีค่าบริการการเข้าถึงฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่) สำหรับศึกษาและดึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการยุติการตั้งครรภ์ทั้งแบบส่งต่อมาจากสายด่วน 1663 และไม่ผ่านขั้นตอนสายด่วน 1663 รวมทั้งประสานเพื่อเข้าสัมภาษณ์ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง

7. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทบทวนวรรณกรรม และจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลมาพัฒนาประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

8. ประสานและนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ตามประเด็นคำถามที่กำหนดไว้

9. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาล บริหาร ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ผู้แทนของสถานรับเลี้ยงเด็ก ตลอดจนผู้รับบริการสายด่วนที่ยินยอมให้สัมภาษณ์กับทีมวิจัย รวมจำนวน 20 คน โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 1-1.5 ชั่วโมง โดยใช้ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค คุณภาพของการให้บริการ ภาระงบประมาณที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะ อื่นๆ รวมทั้งความพร้อมของการให้บริการ

10. ทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ดูแลเครือข่ายให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) บางแห่ง และเจ้าหน้าที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) รวมจำนวน 30 คน โดยจัด 1 ครั้ง ประมาณ 3 ชั่วโมง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายการให้บริการ (feasibility)

เพื่อเพิ่มคู่สายการให้บริการครบทั้ง 10 คู่สาย หากมีการบรรจุการให้บริการสายด่วนตั้งครมไม่พร้อม (1663) เข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

11. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

12. จัดทำรายงานผลการศึกษาเบื้องต้น

13. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 2 เพื่อพิจารณาและให้ความเห็นต่อร่างผลการศึกษา ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สมาคมพัฒนาเครือข่ายอาสา RSA มูลนิธิแพชทูเฮลท์ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 แห่ง ผู้แทนของสถานรับเลี้ยงเด็ก ผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้ง ผู้ให้บริการให้คำปรึกษาทางเลือกในรูปแบบอื่น ๆ

14. จัดทำรายงานผลการศึกษาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy brief)

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นจะนำแฟ้มบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มไปแปลงเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) จัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ และใช้วิธีวิเคราะห์ตามประเด็น (Thematic analysis) หลังจากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation Verification) กับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเปรียบเทียบกับผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ที่ทำการสัมภาษณ์ แล้วนำเสนอเป็นผลการวิจัยโดยวิธีการเขียนเชิงพรรณนาต่อไป

3.5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักของการศึกษา ทีมวิจัยเก็บข้อมูลโดย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก บริหารผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครให้บริการสายด่วนการตั้งครมไม่พร้อม (1663) ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง และ สถานรับเลี้ยงเด็ก 2) การสนทนากลุ่ม ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารผู้ดูแลเครือข่ายให้บริการสายด่วนการตั้งครมไม่พร้อม (1663) บางแห่ง และเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครมไม่พร้อม (1663) รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 30 คน

3.5.3 วิธีการเก็บข้อมูล

- 1) การทบทวนวรรณกรรม
- 2) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)
- 3) สนทนากลุ่ม (Focus Group)

3.5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) หาต้นทุนเฉลี่ยต่อหนึ่งผลลัพธ์การให้บริการ

$$\text{ต้นทุนเฉลี่ยต่อหนึ่งผลลัพธ์} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการสายด่วน}}{\text{จำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วนแบบครบกระบวนการ}}$$

- 2) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) กรณีมีสายด่วนตั้งครมไม่พร้อม (1663) เทียบกับการไม่มีสายด่วนตั้งครมไม่พร้อม (1663)
- 3) วิเคราะห์ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ด้วยวิธีต้นทุนมนุษย์ (Human Capital method)

- 4) สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) และค่าเฉลี่ย (Mean)

3.6 แผนการดำเนินงาน (action plan) 12 เดือน

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เดือน											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ประชุมทีมวิจัย	ทิศทาง แผนการดำเนินงาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก สคม. และจากพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง	การรับรองจริยธรรมการวิจัย		✓	✓	✓	✓							
3. ทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศ จากฐานข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และข้อมูลต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ฐานข้อมูลบทความวิชาการในระดับสากล (PubMed, ScienceDirect, SCOPUS ฯลฯ) โดยมีประเด็นในการทบทวน คือ รูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานของการดำเนินงานสายด่วนการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	รายงานการทบทวนวรรณกรรม		✓	✓	✓	✓							
4. ทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศ เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ของแต่ละประเทศ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม รวมทั้งผลกระทบทางงบประมาณที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ของแต่ละประเทศ จากฐานข้อมูลบทความวิชาการในระดับสากล เช่น PubMed, ScienceDirect, SCOPUS ฯลฯ	รายงานการทบทวนวรรณกรรม		✓	✓	✓	✓							
5. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 1 เพื่อขอความเห็นและข้อเสนอแนะต่อผลการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งการกำหนดขอบเขตของการศึกษาที่ลงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูล	ความเห็นและข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัย				✓	✓							

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เดือน												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
6. ประสานกับพื้นที่ศึกษาทั้ง 6 แห่ง เพื่อขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งประสานเพื่อเข้าสัมภาษณ์ข้อมูล ผู้เกี่ยวข้อง 6.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล	ได้พื้นที่กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม ให้ทีมวิจัยเข้าถึงฐานข้อมูล และสัมภาษณ์ข้อมูล			✓	✓	✓	✓	✓	✓					
7. พัฒนาประเด็นคำถามที่ใช้ในการ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)	แนวทางการสัมภาษณ์			✓	✓									
8. ประสานและนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูล หลักเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ตามประเด็นแนว คำถามที่กำหนดไว้	ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ สัมภาษณ์ข้อมูล			✓	✓	✓								
9. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 20 คน	การสัมภาษณ์เชิงลึก					✓	✓	✓						
10. เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 30 คน	การสนทนากลุ่ม						✓	✓						
11. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพ	ร่างรายงานผลการศึกษา							✓	✓	✓				
12. จัดทำรายงานผลการศึกษาเบื้องต้น	ร่างรายงานผลการศึกษา									✓	✓			
13. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียเพื่อพิจารณาและให้ ข้อคิดเห็นต่อร่างผลการศึกษา	- ความคิดเห็นเพื่อปรับปรุง รายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป - รายงานการประชุมผู้ เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย												✓	
14. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์และ ข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy brief)	รายงานฉบับสมบูรณ์ และ ข้อเสนอเชิงนโยบาย												✓	✓

3.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านนโยบาย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปพิจารณาเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในการบริหารจัดการ การให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

ด้านสาธารณะ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเผยแพร่เพื่อสร้างความตระหนักต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

ด้านวิชาการ ทางทีมวิจัยมีแผนที่จะนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้ไปตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศหรือนานาชาติ เพื่อเป็นการเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และความคุ้มค่าของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในบริบทของประเทศไทย

3.8 หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

- 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปพิจารณาเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในการบริหารจัดการ การให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย
- 2) ผู้ให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงแบบการให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงให้กับผู้รับบริการมากขึ้น

3.9 ผลผลิต (output) ที่ได้จากงานวิจัย

ผลผลิต (output)	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
รายงานฉบับสมบูรณ์	จำนวน 1 ฉบับ	หลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
ข้อเสนอเชิงนโยบาย	จำนวน 1 ฉบับ	ข้อเสนอเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อ คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.10 ผลลัพธ์ (outcome) ที่ได้จากงานวิจัย

ผลลัพธ์ (outcome)	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในชุด	จำนวน 1 ฉบับ	นโยบายเกี่ยวกับการบรรจุการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

ผลลัพธ์ (outcome)	ตัวชี้วัด	
	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
สิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย		
บทคัดย่อผู้บริหาร (policy brief)	จำนวน 1 เรื่อง	ใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.11 ความเสี่ยงของโครงการ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาความเสี่ยง
1. ด้านการบริหารจัดการโครงการวิจัย เช่น ระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยที่ค่อนข้างจำกัด หรือระยะเวลาในการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในแต่ละพื้นที่ที่จะเข้าไปเก็บข้อมูลจะใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน อาจทำให้ไม่สามารถเข้าไปเก็บข้อมูลตามแผนการที่วางไว้ได้	เร่งดำเนินการยื่นเอกสารขอพิจารณาจริยธรรมในแต่ละพื้นที่ และรายงานให้แหล่งทุนทราบเป็นระยะ ๆ หากแผนการทำงานในบางช่วงเกิดความล่าช้า
2. ด้านการดำเนินงานวิจัย เช่น - เก็บข้อมูลทั้งแบบ online และ onsite ซึ่งอาจจะไม่ทันช่วงเวลาที่กำหนดไว้ - วิธีการเก็บข้อมูลอาจจะมี bias (ความลำเอียง) เกิดขึ้นได้ เช่น recall bias, selection bias รวมทั้งการออกแบบแบบสอบถามที่ไม่เหมาะสม	- เปลี่ยนรูปแบบการลงพื้นที่เก็บข้อมูล เป็นการประชุมหรือสัมภาษณ์แบบ onsite เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุด โดยบริหารจัดการเวลาให้ทันตามกำหนดการที่ตั้งไว้ - มีการวางแผนการเก็บข้อมูลและแบบสอบถามที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อขอข้อเสนอแนะจากที่ประชุม - มีการวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับความลำเอียงและความไม่แน่นอนของข้อมูลที่จะมีผลกระทบต่อข้อค้นพบของการศึกษา

3.12 หัวหน้าโครงการและนักวิจัยทุกคน ขอรับรองและยืนยันว่าข้อเสนอโครงการนี้สร้างสรรค์ด้วยตนเอง ไม่มีข้อมูลใดเป็นการทำซ้ำหรือดัดแปลง นักวิจัยและ/หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมิได้ละเมิดลิขสิทธิ์ใดๆ

รับรอง

ไม่รับรอง

3.13 การเสนอขอเสนอหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของงานวิจัยนี้ต่อแหล่งทุนอื่น

มี (ระบุชื่อแหล่งทุน)

ไม่มี

3.14 หน่วยงานร่วมลงทุน ร่วมวิจัย หรือ matching fund

มี (ระบุชื่อแหล่งทุน)

ไม่มี

3.15 หัวหน้าโครงการมีความรับผิดชอบต่อโครงการวิจัยอื่นๆ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการหรือไม่

มี (ระบุรายละเอียดตามตาราง)

โครงการ	แหล่งทุน	สถานภาพในการทำวิจัย (หัวหน้าโครงการ/ผู้ร่วมวิจัย)	วันสิ้นสุด	FTE
การจัดกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์แบบครบวงจรภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2565	สปสช.	หัวหน้าโครงการ	สิงหาคม 2565	0.60
การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงในประเทศไทย	สวรส.	ผู้ร่วมวิจัย	กุมภาพันธ์ 2566	0.10

ไม่มี

3.16 ประวัติและประสบการณ์ของคณะผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่สังกัด พร้อมที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์	อีเมล	ความรับผิดชอบต่อโครงการที่เสนอ		
				บทบาทหน้าที่	คิดเป็น สัดส่วน	FTE
หัวหน้าโครงการ						
กุมารี พัทณี	นักวิจัยหลัก	โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-590 4549	kumaree.p@hitap.net	1) พัฒนาข้อเสนอ โครงการวิจัย ดำเนินการวิจัย 2) เก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล 3) เขียนรายงาน ผลการศึกษา	20%	0.20
ผู้วิจัยร่วม						
ภิชารีย์ กรุณายาวงค์	นักวิจัยร่วม	โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-590 4549	picharee.k@hitap.net	1) ร่วมพัฒนา ข้อเสนอโครงการ วิจัย 2) เก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล 3) เขียนรายงาน ผลการศึกษา	16%	0.15
ธนายุต เศรณีโสภณ	นักวิจัยร่วม	โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-590 4549	thanayut.s@hitap.net	1) ทบทวน วรรณกรรม 2) เก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล	18%	0.18
มันตา กรกฎ	นักวิจัยร่วม	โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-590 4549	manta.k@hitap.net	เก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล	18%	0.18
อธิพร เรืองทวีป	นักวิจัยร่วม	โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-590 4549	atiporn.r@hitap.net	เก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูล	18%	0.18
ที่ปรึกษาโครงการ						

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงานที่สังกัด พร้อมที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์	อีเมล	ความรับผิดชอบต่อโครงการที่เสนอ		
				บทบาทหน้าที่	คิดเป็น สัดส่วน	FTE
รศ. ดร.วรรณฤดี อิสรานุกวัฒน์ชัย	นักวิจัยร่วม	โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-590 4549	wanrudee.i@hitap.net	1) พัฒนาข้อเสนอ โครงการวิจัย 2) วิเคราะห์ข้อมูล 3) เขียนรายงาน ผลการศึกษา	5%	0.05
ดร. ภญ.ปฤษฎรพร กิ่งแก้ว	นักวิจัยร่วม	โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 02-590 4549	pritaporn.k@hitap.net	1) พัฒนาข้อเสนอ โครงการวิจัย 2) วิเคราะห์ข้อมูล 3) เขียนรายงาน ผลการศึกษา	5%	0.05

3.18 เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2563. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2563. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202101/m_news/32053/200929/file_download/5499b750564075b590cc442f64caae41.pdf.
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2562. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n330_d1a80b22d8a4daa876f459095915af6d_Ebook_Abortion62.pdf.
3. World Health Organization. Abortion [Internet]. World Health Organization. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
4. Organization WH. WHO recommendations on self-care interventions: self-management of medical abortion, 2022 update 2022. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362984>.
5. Drovetta RI. Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reprod Health Matters*. 2015;23:47-57.
6. ศาลรัฐธรรมนูญ. คำวินิจฉัยที่ 4/2563 : สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของหญิง [Internet]. 2563. Available from: <https://occ.th.constitutionalcourt.or.th/detail/คำวินิจฉัยที่-42563--สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของหญิง>.
7. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติ แก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ให้ไว้ ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564.

8. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การยุติการตั้งครรภ์แห่งประมวลกฎหมายอาญา 2565, เล่ม 139 ตอนพิเศษ 228. 26 กันยายน 2565.
9. มูลนิธิเข้าถึงเอดส์. รายงานการจัดการองค์ความรู้ 1663 สายด่วนปรึกษาเรื่องเอดส์และท้องไม่พร้อม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเข้าถึงเอดส์; 2561.
10. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์. แนวทางการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย. 2561. Available from: <https://www.rsathai.org/contents/305/>.
11. Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human reproduction* (Oxford, England). 2002;17:654-8.
12. สำนักงานนํายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. นนทบุรี: สำนักงานนํายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
13. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล”. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
14. Yokoe R, Rowe R, Choudhury SS, Rani A, Zahir F, Nair M. Unsafe abortion and abortion-related death among 1.8 million women in India. *BMJ Global Health*. 2019;4:e001491.
15. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Unsafe abortion: a cruel way of birth control. *African health sciences*. 2014;14:487-8.
16. Rasch V. Unsafe abortion and postabortion care - an overview. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2011;90:692-700.
17. Ahsan A, Jafarey SN. Unsafe abortion: global picture and situation in Pakistan. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2008;58:660-1.
18. Vlassoff M, Walker D, Shearer J, Newlands D, Singh S. Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2009;35:114-21.
19. Singh S. Global consequences of unsafe abortion. *Women's health* (London, England). 2010;6:849-60.
20. Henderson JT, Puri M, Blum M, Harper CC, Rana A, Gurung G, et al. Effects of abortion legalization in Nepal, 2001-2010. *PloS one*. 2013;8:e64775.
21. Jelinska K, Yanow S. Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*. 2018;97:86-9.
22. Berer M. Reconceptualizing safe abortion and abortion services in the age of abortion pills: A discussion paper. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2020;63:45-55.
23. Vázquez-Quesada L, Shukla A, Vieitez I, Acharya R, RamaRao S. Abortion Self-Care: A Forward-Looking Solution To Inequitable Access. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2020;46:91-5.

24. Gill RK, Cleeve A, Lavelanet AF. Abortion hotlines around the world: a mixed-methods systematic and descriptive review. *Sexual and reproductive health matters*. 2021;29:1907027.
25. Gerdts C, Jayaweera RT, Baum SE, Hudaya I. Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: an analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia. *BMJ sexual & reproductive health*. 2018;44:286-91.
26. Chandrasekaran S, Chandrashekar VS, Dalvie S, Sinha A. The case for the use of telehealth for abortion in India. *Sexual and reproductive health matters*. 2021;29:1920566.
27. Lince-Deroche N, Feters T, Sinanovic E, Devjee J, Moodley J, Blanchard K. The costs and cost effectiveness of providing first-trimester, medical and surgical safe abortion services in KwaZulu-Natal Province, South Africa. *PloS one*. 2017;12:e0174615-e.
28. Babigumira JB, Stergachis A, Veenstra DL, Gardner JS, Ngonzi J, Mukasa-Kivunike P, et al. Estimating the costs of induced abortion in Uganda: a model-based analysis. *BMC Public Health*. 2011;11:904-.
29. Parenthood P. *Pregnancy Options: Planned Parenthood Federation of America Inc.*; 2022 [Available from: <https://www.plannedparenthood.org/learn/pregnancy/pregnancy-options>].
30. Coast E, Norris AH, Moore AM, Freeman E. Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social science & medicine (1982)*. 2018;200:199-210.