

รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Feasibility study and economic evaluation on telephone counseling for health promotion
and disease prevention related to unplanned pregnancy under the Thai UHC

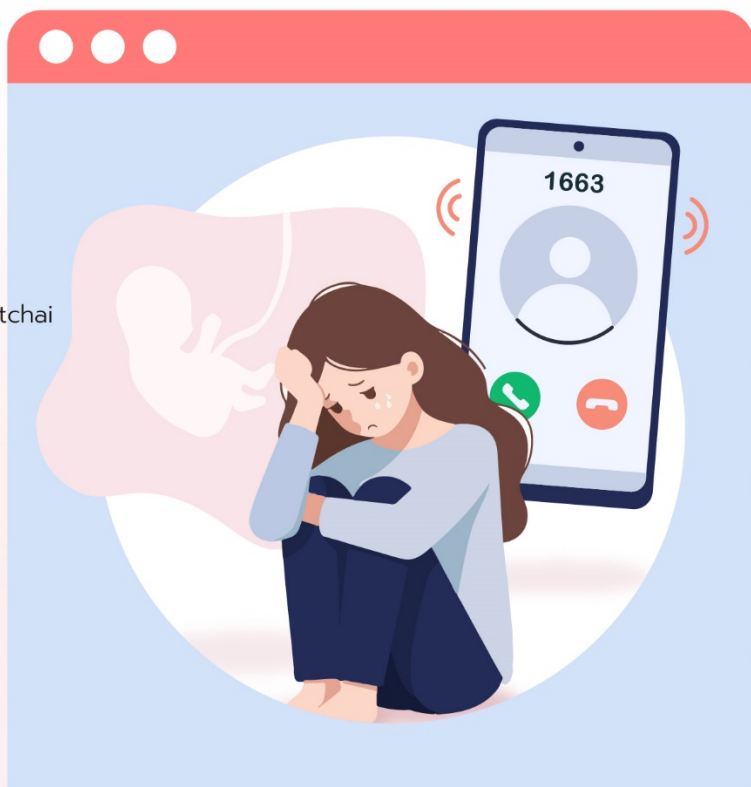
สิงหาคม 2567

คณะผู้วิจัย

กุมารี พัชณี/ Kumaree Pachanee
ภิชารีย์ กรุณายาวงศ์/ Picharee Karunayawong
ธนายุต เศรษฐนิโสภณ/ Thanayut Saeraneesopon
มันตา ทรกฎ/ Manta Korakot
อธิพร เรืองทวีป/ Atiporn Rueangthaweeep
นภดล พินสาร/ Nopphadol Pimsarn

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ดร. ภญ.ปฤชชพร ทึ่งแก้ว/ Pritaporn Kingkaew
รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย/ Wanrudee Isaranuwatchai



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Feasibility study and economic evaluation on telephone counseling for health promotion
and disease prevention related to unplanned pregnancy under the Thai UHC

คณะผู้วิจัย

นางสาวกุมารี พัชณี/ Kumaree Pachanee

นางสาววิชารีย์ กรุณายาวงศ์/ Picharee Karunayawong

นายธนาบุตร เศรษฐินโสภณ/ Thanayut Saeraneesophon

นางสาวมันตา กรกฏ/ Manta Korakot

นางสาวอติพร เรืองทวีป/ Atiporn Rueangthaweep

ดร.นภดล พิมสาร/ Nopphadol Pimsarn

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

ดร. ภาณุ.ปฤษฎัมพร กิ่งแก้ว/ Pritaporn Kingkaew

รศ. ดร.วรรณฤดี อีสรานูวัฒน์ชัย/ Wanrudee Isaranuwatichai

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
(Health Interventions and Technology Assessment Program Foundation)

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สิงหาคม 2567



รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Feasibility study and economic evaluation on telephone counseling for health promotion
and disease prevention related to unplanned pregnancy under the Thai UHC

คณะผู้วิจัย

นางสาวกุมารี พชนี	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวภิชารีย์ กรุณยาวงศ์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นายธนาบุตร เศรษฐกิจ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวมันตา กรกฎ	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวอิพร เรืองทวีป	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ดร.นภดล พิมสาร	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ที่ปรึกษางานวิจัย

ดร. ภาณุ.ปฤษฎรพร กิ่งแก้ว	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกวัฒน์ชัย	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2567

บทคัดย่อ

การยุติการตั้งครรภ์ หรือการทำแท้งในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2563 มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยปัจจัยสำคัญของการยุติการตั้งครรภ์ คือ สภาพเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐได้มีการพัฒนาระบบและกลไกในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย เช่น การปรับแก้ไขกฎหมายเพื่อให้รองรับการยุติการตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ และมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ผ่านสิทธิประโยชน์ทั้งประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากการให้บริการเป็นไปตามความสมัครใจของบุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล

สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เปิดให้บริการปรึกษาปัญหาท้องไม่พร้อม และส่งต่อผู้เข้ารับบริการไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับบริการแต่ละราย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณที่ไม่ต่อเนื่องและเพียงพอ ทำให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต้องปรับลดจำนวนคู่สายการให้บริการจาก 10 คู่สาย เหลือเพียง 5 คู่สาย จึงไม่สามารถให้บริการได้เพียงพอกับจำนวนผู้เข้ารับบริการ ส่งผลต่อจำนวนสายที่โทรเข้า และไม่ได้รับบริการ หรือ missed call มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ดังนั้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินการและเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัย “การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) 2) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) 3) เพื่อศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และ 4) เพื่อศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาเป็นแบบผสมวิธี (mixed methods) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative methods) และเชิงคุณภาพ (qualitative methods) ของแต่ละวัตถุประสงค์ และวิเคราะห์จากฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่าง พ.ศ. 2559-2565 และรายงานงบประมาณประจำปีของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ซึ่งวิธีการศึกษาประกอบด้วย 1) การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ โดยคำนวณต้นทุนทุกอย่างที่เกิดขึ้นในการให้บริการ 1 ครั้ง 2) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างต้นทุน (cost) และผลลัพธ์ (benefit) ของการให้บริการ และ 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) ในมุมมองบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีต่อการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และมุมมองของเจ้าหน้าที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

ผลการศึกษาพบว่า 1) จำนวนผู้โทรเข้ามารับบริการให้คำปรึกษาในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 12,144 คนใน พ.ศ. 2558 เป็น 43,997 คนใน พ.ศ. 2565 ส่วนจำนวนสายที่ได้รับบริการมีแนวโน้มลดลงตามจำนวนคู่สายที่ปรับลดจาก 7 คู่สายเหลือ 5 คู่สาย ซึ่งความสามารถในการรองรับผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาจะยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของจำนวนผู้โทรเข้ารับบริการในแต่ละปี และสถานพยาบาลเครือข่ายในปัจจุบันเพียงพอต่อจำนวนผู้ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี 2) ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการที่ 153 บาทต่อครั้ง โดยมีภาระงบประมาณของการให้บริการในช่วง 4 ปี คือ 50.8 ล้านบาท 3)

บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความคุ้มค่าในการบริการ เนื่องจากสามารถช่วยลดจำนวนการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และ 4) รูปแบบการให้บริการในปัจจุบันของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความเหมาะสม สามารถให้บริการปรึกษา การส่งต่อ ผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายทั่วประเทศ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์กับ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ถูกต้องตามกฎหมาย และมีความเป็นไปได้ในการขยายการให้บริการ ในอนาคต เนื่องจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสถานพยาบาลเครือข่ายมีความพร้อมในการ รองรับผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลของการให้บริการ เนื่องจากไม่มีระบบการ ติดตามผลของผู้เข้ารับบริการที่ส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) กับ สถานพยาบาลเครือข่าย ดังนั้นประสิทธิผลของการให้บริการจึงเน้นที่ผลลัพธ์ของการส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ ที่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

1. ควรพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น
2. ควรบูรณาการและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อใช้ในการติดตามและ ประเมินผลการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ของผู้รับบริการ
3. ควรเพิ่มช่องทางในการรับการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อสร้างความยั่งยืนและลดความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้กำหนดนโยบาย คือ สปสช. ควรพิจารณาให้ทุนสนับสนุนสายด่วนการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยจัดสรรงบประมาณปีละ 10.5 ล้านบาท โดยให้บริการ 70,000 ครั้งต่อปี และให้ มีการติดตามประเมินผลภายใน 5 ปี

คำสำคัญของการวิจัย ความเป็นไปได้, ความคุ้มค่า, สายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 1663

Abstract

Between 2011 and 2020, Thailand experienced a notable increase in abortion rates, which influenced by economic, social, and maternal health factors. In response, the Thai government introduced measures to ensure the provision of safe abortion services, including legal amendments permitting abortions over 12 weeks but within 20 weeks of gestation. Financial support for these services is also available through all public health insurance schemes such as the social security scheme, civil service medical benefit scheme, and universal health coverage scheme. Nevertheless, challenges persist in accessing healthcare facilities due to the discretion exercised by medical personnel and facilities.

The 1663 Call Center for unplanned pregnancies, operated by AIDS Access Foundation, offers counseling and referral services for unplanned pregnancies, ensuring safe abortion based on individual suitability. However, budget constraints compelled the hotline to reduce service lines from 10 to 5 lines, resulting in insufficient service capacity to meet service demand. Consequently, there has been an increase in missed calls recorded each year. To establish sustainable operations and enhance the efficiency of the service, a research study titled "Assessment of the Feasibility and Cost-Effectiveness in Health Promotion and Prevention through the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies under the Universal Health Coverage Scheme" was conducted.

The study aimed to 1) examine the effectiveness of the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies counseling service, 2) study the cost per unit of the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies service, 3) assess the cost-effectiveness of the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies service, and 4) evaluate the suitability of the current service delivery model and the potential for expanding the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies counseling services. This mixed-methods study utilized quantitative and qualitative methods, drawing insights from the service utilization database of the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies between 2016 and 2022, as well as the hotline's annual budget reports. The research methodology included studying the cost per unit for each consultation service, cost-benefit analysis (CBA) to comparing costs and benefits, and in-depth interviews with medical and public health personnel regarding the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies service provision.

Key findings include: 1) A significant increase in the amount of counseling services from 12,144 people in 2015 to 43,997 people in 2022, despite a reduction in service lines from 7 to 5 lines; 2) an average cost of 153 Thai Baht per consultation, totaling 50.8 million Thai Baht over next four years; 3) The 1663 Call Center is cost-effective as it contribute to reduced mortality and complications from unsafe abortions; and 4) the current service model being deemed appropriate, allowing counseling and proper referral regarding safe abortion to network hospitals nationwide. Limitations of the study include the absence of a tracking system for service recipients referred for abortion between the hotline and network hospitals.

Therefore, the effectiveness of the service primarily focuses on the outcomes of referrals for safe abortion.

Policy recommendations for the 1663 Call Center for Unplanned Pregnancies include enhancing operational systems for efficiency and safety, integrating with network hospitals for outcome monitoring and evaluating, and increasing financial support for sustainability. Policymakers, particularly the National Health Security Office (NHSO), are recommended to consider financial support by allocating a budget of 10.5 million Thai Baht per year with the condition that the hotline need to provide at least 70,000 services per fiscal year, and ensuring follow-up evaluations within 5 years.

Keywords Feasibility, Economic Evaluation, Call Center for Unplanned Pregnancy, 1663

สารบัญ

บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	2
บทที่ 2	3
การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย	3
2.1 การทบทวนวรรณกรรมในประเทศ	3
2.2 การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ	9
2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework).....	15
บทที่ 3.....	17
ระเบียบวิธีวิจัย.....	17
3.1 รูปแบบการศึกษา.....	17
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	21
บทที่ 4.....	22
ผลการศึกษา	22
4.1 การศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	22
4.2 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	28
4.3 การศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	34
4.4 การศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้ คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	41
บทที่ 5.....	62
สรุปผลการศึกษา	62
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	62
5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา	64
5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	65
เอกสารอ้างอิง.....	66
ภาคผนวก	70
ก. ตารางแสดงการแจกแจงต้นทุนคงที่ (fixed cost) ของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	70
ข. ตารางการคำนวณต้นทุนการเสียชีวิต (cost of mortality).....	71
ค. policy brief.....	76

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการเบิกจ่ายค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์.....	9
ตารางที่ 2 ประเภทของต้นทุนที่วิเคราะห์	19
ตารางที่ 3 งบประมาณที่ใช้และปริมาณการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564	29
ตารางที่ 4 การคำนวณต้นทุนผันแปร (variable cost) ในการให้บริการคำปรึกษาต่อหน้าที่.....	31
ตารางที่ 5 ต้นทุนในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จำแนกตามประเภทต้นทุน.....	31
ตารางที่ 6 ผลกระทบงบประมาณระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568.....	33
ตารางที่ 7 ตัวแปร (parameters) ที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้	35
ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ผลได้ของผลลัพธ์การลดอัตราการเสียชีวิต.....	37
ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ผลได้ของผลลัพธ์การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน.....	39
ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ของการให้บริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	40
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรอัตราการตั้งครรภ์.....	40
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการ	47
ตารางที่ 13 สรุปผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษายาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	53

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 โครงสร้างการทำงานของสายปรึกษา 1663.....	5
ภาพที่ 2 แนวโน้มของจำนวนผู้มารับบริการปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อมย้อนหลัง 6 ปี.....	6
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของการศึกษาและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยง (logic model) ในเบื้องต้น...	16
ภาพที่ 4 องค์ประกอบของการประเมินระบบการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)	18
ภาพที่ 5 สรุปแนวทางการให้บริการสายด่วนปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	23
ภาพที่ 6 จำนวนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663).....	24
ภาพที่ 7 สัดส่วนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำแนกตามช่วงอายุ.....	24
ภาพที่ 8 จำนวนสายที่ให้บริการและจำนวนสายที่ไม่ได้รับ	25
ภาพที่ 9 ผลสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการ	26
ภาพที่ 10 ข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับบริการจำแนกตามการตัดสินใจ	27
ภาพที่ 11 แผนที่แสดงพื้นที่การให้บริการและวิธีการยุติการตั้งครรภ์	28
ภาพที่ 12 สัดส่วนงบประมาณในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายรายปีงบประมาณ.....	30
ภาพที่ 13 เปรียบเทียบงบประมาณทางบัญชีและงบประมาณทางเศรษฐศาสตร์ของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)	32
ภาพที่ 14 แผนภูมิแสดงผลกระทบงบประมาณระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568	34

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การยุติการตั้งครรภ์ หรือการทำแท้ง ส่วนใหญ่เกิดจากการท้องไม่พร้อมหรือเกิดจากการตรวจพบความผิดปกติของทารกในครรภ์ จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังการแท้งของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2563⁽¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยทำแท้งมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยสูงที่สุดใน พ.ศ. 2562 ที่ร้อยละ 55.8 และลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 53.8 จากจำนวนผู้ป่วยแท้งทั้งหมด (แท้งเองและการทำแท้ง) ที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.8) ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ในครั้งนั้น⁽¹⁾ และประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยทำแท้งเป็นนักเรียน/นักศึกษา อย่างไรก็ตาม ปัญหาการทำแท้งไม่ได้พบเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเท่านั้น โดยจำนวนผู้ป่วยทำแท้งกลุ่มอายุ 35-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-44 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสาเหตุหลักของการทำแท้งจะเกี่ยวข้องกับเหตุผลด้านเศรษฐกิจและสังคม และเหตุผลด้านสุขภาพ โดยสัดส่วนของผู้ทำแท้งที่มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจและสังคม มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 84.6 ใน พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 54.4 ใน พ.ศ. 2563 และเหตุผลด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 15.4 ใน พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 45.6 ใน พ.ศ. 2563

การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้อยู่ในการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพได้ ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังการแท้งของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2563⁽¹⁾ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้ง ใน พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยที่แท้งเองมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงร้อยละ 7.9 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ช็อกจากการเสียเลือด (ร้อยละ 41.5) รองลงมา คือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด (ร้อยละ 32.1) และในกรณีที่ผู้ป่วยทำแท้งโดยบุคลากรทางการแพทย์ พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้งร้อยละ 3.1 โดยภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด (ร้อยละ 38.5) รองลงมา คือ ช็อกจากการเสียเลือด และติดเชื้อในกระแสเลือดพบสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 23.1) ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO)⁽²⁾ ยังพบว่า การไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเพื่อยุติการตั้งครรภ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นอีกสาเหตุที่เพิ่มความเสี่ยงให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์รายนั้นในอนาคตได้ ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้มีการออกเอกสารคำแนะนำ⁽³⁾ ว่าควรมีการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์แก่หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ ตั้งแต่การตัดสินใจก่อนเริ่มกระบวนการ ตลอดจนดูแลหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดต่อหญิงที่ยุติการตั้งครรภ์

ดังนั้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง และไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จึงควรสนับสนุนให้หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งบริการสายด่วนท้องไม่พร้อม เป็นบริการที่มุ่งหวังให้หญิงที่ท้องไม่พร้อมและต้องการยุติการตั้งครรภ์ เข้าถึงบริการให้คำปรึกษาเพื่อให้ได้รับข้อมูลและทางเลือกสำหรับการตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ปัจจุบันมีบริการสายด่วนท้องไม่พร้อมในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่มีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ ทั้งปัญหาด้านการยอมรับ ปัญหาด้านกฎหมายหรือปัญหาด้านสังคมที่มีการตีตราการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้เพิ่มมากขึ้น⁽⁴⁾

สำหรับประเทศไทย มูลนิธิเข้าถึงเอดส์หรือ AIDS Access มีการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยเปิดให้บริการครั้งแรกใน พ.ศ. 2534 เริ่มต้นเป็นบริการปรึกษาและช่วยเหลือส่งต่อเรื่องเอช

ไอวี/เอตส์ และใน พ.ศ. 2556 ได้ขยายขอบเขตการบริการให้คำปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อม โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนงบประมาณในลักษณะโครงการและไม่มีงบประมาณโดยตรงจากภาครัฐหรือจากระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2565 เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 โดยระบุหญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ ให้แจ้งความประสงค์ต่อหน่วยบริการปรึกษาทางเลือกเพื่อดำเนินการให้หญิงนั้นเข้าสู่กระบวนการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือก และเนื่องจากปัจจุบันมีหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์แต่ขาดกระบวนการให้คำปรึกษาหรือขาดความเข้าใจในการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ดังนั้น การให้บริการผ่านสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงผู้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและเสนอทางเลือกให้แก่หญิงตั้งครรภ์ แต่ด้วยงบประมาณที่มีจำกัด จึงมีการลดบริการคู่สายจากเดิม 10 คู่สายต่อวันเป็น 5-6 คู่สายต่อวันและให้บริการในช่วงเวลา 09.00-21.00 น. ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้บริการในปัจจุบัน โดยเฉพาะช่วงที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เกิดปัญหาด้านการเข้าถึงบริการที่เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการและระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ รวมทั้งความคุ้มค่าของบริการด้านการให้คำปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อม จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุน ผลลัพธ์ และความคุ้มค่าของการให้บริการในปัจจุบัน อีกทั้งศึกษาความเป็นไปได้ในการเชื่อมต่อบริการให้คำปรึกษากับระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ครอบคลุมสำหรับพิจารณาการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นบริการหนึ่ง ที่ควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณรายปี

ทั้งนี้ จากมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เห็นชอบให้ทำการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ (health technology assessment: HTA) สำหรับการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการพิจารณาบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบบริการในอนาคต ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มอบหมายให้มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation) ดำเนินการศึกษาวิจัยในหัวข้อดังกล่าวด้วยระเบียบวิธีที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและนำเสนอผลการศึกษา เพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

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

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 การทบทวนวรรณกรรมในประเทศ

1) การให้บริการปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม สายด่วน 1663

มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้เริ่มจัดบริการให้คำปรึกษาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ผ่านรูปแบบของสายโทรศัพท์ตั้งแต่ พ.ศ. 2534 เนื่องจากผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงการรับบริการได้โดยไม่ต้องเปิดเผยตัวตน ก่อให้เกิดความสบายใจต่อผู้รับบริการ ใน พ.ศ. 2552 มูลนิธิเข้าถึงเอดส์และองค์กรให้บริการสุขภาพหลายหน่วยงานที่ดำเนินงานให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์ทางโทรศัพท์ เช่น สภากาชาดไทย กรมอนามัย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ได้ร่วมกันเพื่อหารือจัดตั้งสายโทรศัพท์ปรึกษาเรื่องเอดส์ระดับชาติ เพื่อรวมการให้บริการเรื่องเดียวกัน ต่อมาใน พ.ศ. 2556 มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ได้พบกับเครือข่ายท้องไม่พร้อม กลุ่มคนทำงานที่ขับเคลื่อนประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและผลักดันนโยบายการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยสำหรับผู้หญิง ซึ่งทางเครือข่ายฯ มีแนวคิดอยากเปิดให้บริการสายปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งกลไกการให้คำปรึกษาปัญหาผ่านสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงเกิดขึ้น โดยหวังให้เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงเป็นคู่สายโทรศัพท์ที่เปิดรับปรึกษาเรื่องเอดส์แบบนิรนามคือ เก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ต่อมาเมื่อมีการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ร่วมกับเครือข่ายท้องช่วยเหลือผู้หญิงประสบปัญหาท้องไม่พร้อม มูลนิธิแพชท์เฮลท์ และภาคี จึงได้พัฒนาระบบการให้บริการแก่ผู้หญิงที่ “ท้องไม่พร้อม” ให้สามารถโทรศัพท์เข้ามาขอรับคำปรึกษาได้ด้วย และได้ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อการดูแลผู้หญิงท้องไม่พร้อมได้อย่างรอบด้านและปลอดภัยที่สุด ซึ่งการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ มีตั้งแต่ระยะก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างการยุติการตั้งครรภ์ และหลังการยุติการตั้งครรภ์⁽⁵⁾

ขั้นตอนและกระบวนการให้บริการช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) เริ่มจากอาสาสมัครที่เป็นผู้ให้บริการปรึกษา ถ้ากรณีไม่มีความซับซ้อนหรือต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ อาสาสมัครจะให้บริการปรึกษาจนเสร็จสิ้น แต่ถ้าในกรณีที่ผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าการโทรศัพท์ อาสาสมัครจะส่งต่อผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือให้แก่เจ้าหน้าที่ต่อไป อาสาสมัครจะแจ้งรหัสการติดต่อของผู้รับบริการ และแจ้งว่าจะมีเจ้าหน้าที่ของสายปรึกษา 1663 โทรศัพท์กลางติดต่อกลับไปเพื่อให้ความช่วยเหลือ และอาสาสมัครจะต้องบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการที่ส่งต่อ เช่น อายุ ภูมิลำเนา ทางเลือกที่ต้องการ สาเหตุหรือความจำเป็นที่ต้องส่งต่อตามเกณฑ์ที่กำหนด และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ ซึ่งจะเป็นช่องทางที่เจ้าหน้าที่จะติดต่อกลับผู้รับบริการ

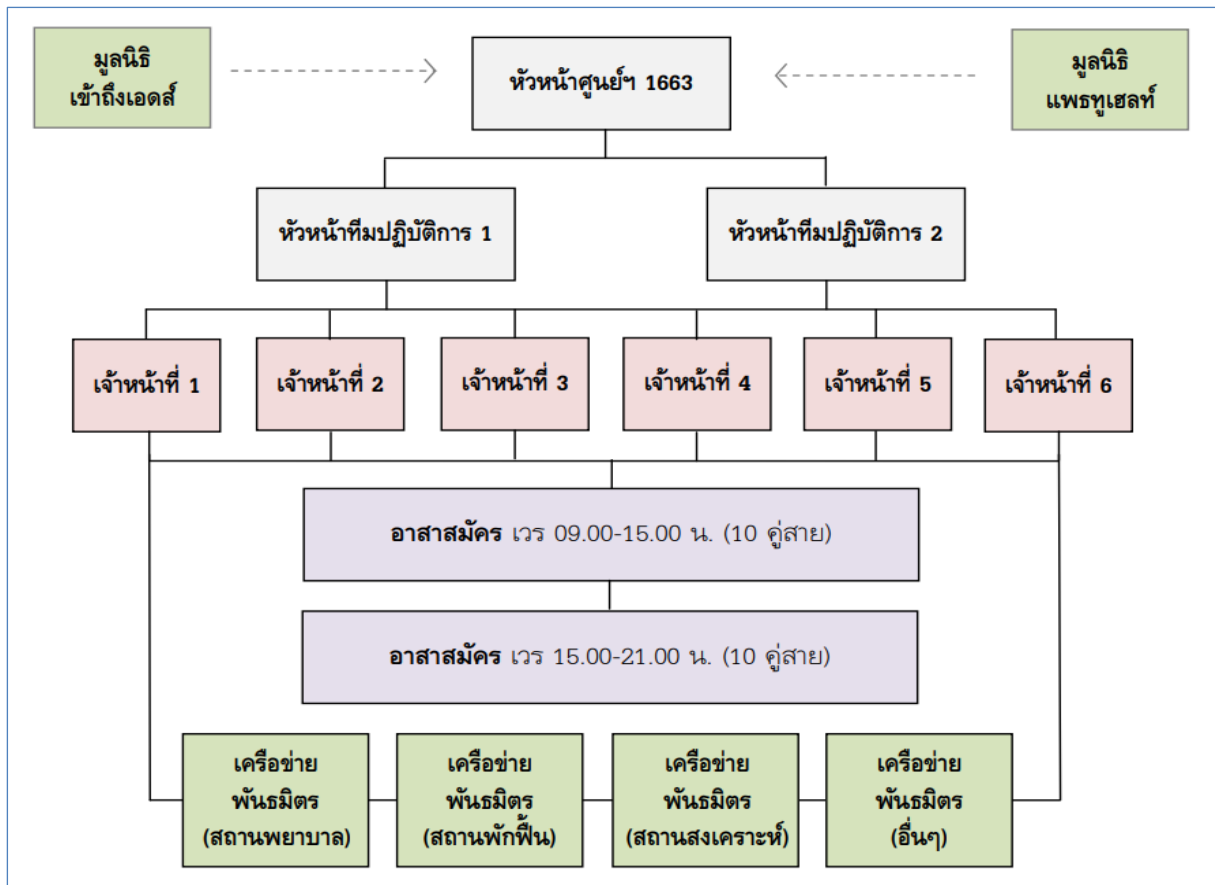
2) เจ้าหน้าที่จะได้รับข้อมูลผู้รับบริการที่ส่งต่อจากข้อมูลที่อาสาสมัครบันทึกไว้ให้ ซึ่งหลังจากที่ได้ข้อมูลผู้รับบริการแล้ว เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบจะทบทวนข้อมูลของผู้รับบริการทั้งจากข้อมูลที่อาสาสมัครบันทึกมาเบื้องต้น หรืออาจกลับไปฟังเทปบันทึกการสนทนาของสายโทรศัพท์ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและความต้องการของผู้รับบริการก่อนจะติดต่อกลับไปหาผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการมีปัญหาซับซ้อนและอาสาสมัครส่งเรื่องต่อให้เจ้าหน้าที่แล้ว ขั้นตอนการดำเนินงานจะประกอบด้วย การโทรศัพท์ติดตามผลเพื่อพิจารณาความต้องการหรือความจำเป็นเร่งด่วน ให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือให้ความช่วยเหลือที่จำเป็น เช่น พาไปพบแพทย์ ติดต่อบ้านพักหลังคลอดให้ เป็นต้น ซึ่งระบบส่งต่อขั้นนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของแหล่งบริการแต่ละแห่งโดยจะมี

รายละเอียดที่แตกต่างกันไป ทีมงานจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลในแต่ละพื้นที่ (ทุกจังหวัดทั่วประเทศ) และประสานงานกับแหล่งบริการที่เหมาะสม

จากข้อมูลเบื้องต้นของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ใน พ.ศ. 2564 มีการบันทึกข้อมูลผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 36,972 ราย แบ่งเป็นอายุมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 83 และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 17 โดยผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 0-12 สัปดาห์ ร้อยละ 71 และได้มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามผู้ใช้บริการ โดยพบว่า ผู้ใช้บริการมีการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 93 ถัดมาเป็นกลุ่มที่ยังไม่ตัดสินใจ ร้อยละ 3 และกลุ่มตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ร้อยละ 2.8 อีกทั้งยังมีข้อมูลแผนการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อแนะนำให้แก่ผู้รับบริการ

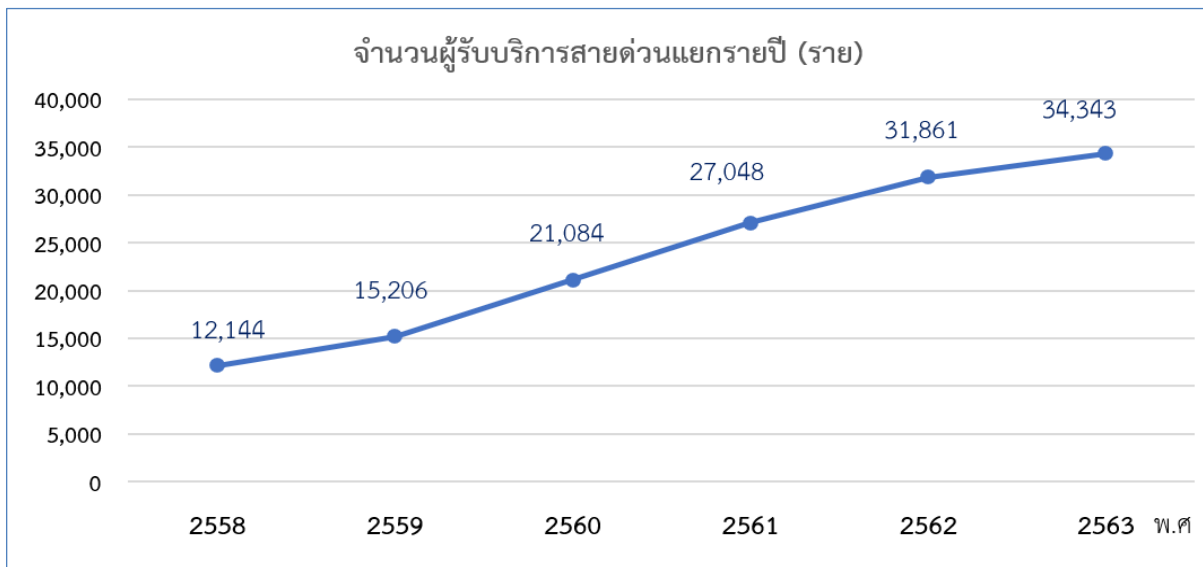
3) เจ้าหน้าที่จะต้องติดต่อกลับผู้รับบริการภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากที่ผู้รับบริการติดต่อมาปรึกษาครั้งแรก หากยังติดต่อภายในหนึ่งวันไม่ได้ ต้องโทรศัพท์ติดต่อผู้รับบริการต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลา 7 วัน และลดความถี่ของการติดต่อเป็น 3 วันต่อครั้ง 7 วันต่อครั้ง และ 1 เดือนต่อครั้ง ซึ่งหากยังไม่สามารถติดต่อผู้รับบริการได้ จะยุติการโทรศัพท์ติดตามผู้รับบริการรายนี้ แต่ในกรณีที่ติดต่อผู้รับบริการได้แล้ว เจ้าหน้าที่จะพูดคุย สอบถาม และให้คำปรึกษาในเชิงลึกขึ้น พร้อมกับประเมินความเร่งด่วนของความต้องการผู้รับบริการ หากไม่เร่งด่วนและผู้รับบริการสามารถรอได้ เจ้าหน้าที่จะใช้เวลาประสานงานหน่วยบริการภายใน 1 สัปดาห์แล้วแต่จำนวนความเร่งด่วนของผู้รับบริการ และถ้าผู้รับบริการมีไม่มากการประสานงานจะใช้เวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้การพิจารณาความเร่งด่วนของการให้บริการของเจ้าหน้าที่นั้น จะเป็นการปรึกษาร่วมกันกับผู้รับบริการ โดยต้องคำนึงถึงความจำเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้รับบริการจะต้องไปศึกษาต่อต่างประเทศ ย้ายสถานที่ทำงานหรือที่อยู่ ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับบริการ

บุคลากรที่ดำเนินการให้คำปรึกษาผ่านสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มี 2 ส่วน คือ อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ต่างกัน โดยอาสาสมัครเป็นกำลังหลักในการให้คำปรึกษาและข้อมูลทางโทรศัพท์ ในขณะที่เจ้าหน้าที่กำกับดูแลการทำงานของอาสาสมัครและให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่จำเป็น ซึ่งโครงสร้างองค์กร ณ ปัจจุบันของสายปรึกษา 1663 ประกอบด้วยหัวหน้าศูนย์ 1 คน หัวหน้าทีมปฏิบัติการ 2 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ 6 คน และกลุ่มอาสาสมัคร 50 คน ซึ่งผลัดเวียนกันเข้าเวรรับสายวันละ 20 คน หรือเวรกลางวัน 10 คน เวรกลางคืน 10 คน โดยมีมูลนิธิเข้าถึงเอดส์และมูลนิธิแพथทูเฮลท์เป็นที่ปรึกษาและกำลังสนับสนุนหลัก บริการปรึกษาทางโทรศัพท์และจัดหาบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นให้ผู้รับบริการทั่วประเทศไทย โดยมีเครือข่ายพันธมิตร ทั้งภาครัฐบาลและเอกชนหนุนเสริม รายละเอียดดัง [ภาพที่ 1](#)



ภาพที่ 1 โครงสร้างการทำงานของสายปรึกษา 1663

ข้อมูลจากการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) พบว่า ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 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 การให้บริการปรึกษาเรื่องเอดส์มีแนวโน้มลดลงซึ่งจะแตกต่างกับเรื่องการท้องไม่พร้อม ซึ่งอาจเกิดจากเรื่องเอดส์มีระบบบริการที่ชัดเจนและมีทางเลือกที่หลากหลายและกระจายไปทั่วประเทศ ทั้งในระบบบริการของรัฐและเอกชน ในขณะที่บริการปรึกษาการท้องไม่พร้อมยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาระบบ ซึ่งในภาพที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เข้ารับบริการ ในระหว่าง พ.ศ. 2558-2563 ที่ผู้เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี



ภาพที่ 2 แนวโน้มของจำนวนผู้มารับบริการปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อมย้อนหลัง 6 ปี

2) 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 กฎหมายใหม่มีการนำช่วงอายุครรภ์มาเป็นเงื่อนไขสำคัญในการพิจารณาว่าจะสามารถทำแท้งได้โดยไม่มีผลความผิดตามกฎหมาย โดยกำหนดอายุครรภ์ไว้ที่ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากฎหมายมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความสมดุลระหว่างสิทธิของตัวอ่อนในครรภ์กับสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งต่างจากมาตรา 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 “หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่น

ทำให้ตนเองแก่ชราหรืออายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” และมาตรา 305 ที่หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่มี ความผิด ตามกฎหมาย หากเป็นการกระทำจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ภายใต้เงื่อนไขว่า เป็นปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต หรือการตั้งครรภ์จากการกระทำความผิดอาญาเกี่ยวกับเพศ หรือเสี่ยงคลอดทารกที่มีความ ผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง หรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ในกรณีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ หรือยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ในกรณีอายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาจากผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าปรึกษาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ปัจจุบันมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ เรื่องการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการ ตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 กำหนดให้หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ต้องได้รับการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นก่อนตัดสินใจยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้การตัดสินใจ ของหญิงนั้นอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้าน ซึ่งนับเป็นกฎหมายอีกฉบับที่กำหนดแนวปฏิบัติ ของการยุติการตั้งครรภ์ของหญิงไทย หลังจากที่มีการแก้ไขกฎหมายทำแท้งฉบับที่ 28 พ.ศ. 2564 ให้หญิงที่มี อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่เป็นความผิดทางอาญา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในปัจจุบันจะมีกฎหมายรองรับการยุติการตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ และสสช. ได้ตั้งงบประมาณรายหัวสำหรับผู้ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ที่ 3,000 บาท แต่ไม่ใช่ทุกโรงพยาบาลที่รับบริการยุติการตั้งครรภ์ ทั้งนี้การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ขึ้นกับความสมัครใจของ โรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลตามสิทธิในกรุงเทพมหานครนั้นยังไม่มีโรงพยาบาลใดที่ให้บริการยุติการ ตั้งครรภ์ นอกจากกรณีที่มีการตั้งครรถ์นั้นเกิดจากการถูกกระทำความรุนแรงหรือถูกละเมิดเท่านั้น ซึ่งการให้ คำปรึกษาผ่านสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ถือว่ายังมีความจำเป็นในการให้คำปรึกษา เสนอทางเลือก หรือส่งต่อสถานพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง

3) วิธีการยุติการตั้งครรภ์และสิทธิประโยชน์ภาครัฐ

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยเน้นคำว่า “ปลอดภัย” เข้าไปด้วย เนื่องจากยังพบว่า ผู้ที่มีปัญหาท้องไม่พร้อมจำนวนมากแสวงหาบริการทำแท้งจากแหล่งบริการที่ไม่ ปลอดภัย โดยได้นำแนวทางของคู่มือของนานาประเทศมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของการบริการสุขภาพใน ประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการในประเทศ ซึ่งกระบวนการให้บริการยุติการ ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม เริ่มจาก

- 1) การปรึกษาทางเลือกสำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้ผู้ประสบปัญหาที่ตั้งครรภ์ไม่ พร้อมได้ตัดสินใจทางเลือกหลังจากได้ข้อมูลอย่างรอบด้าน (กรณีตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์)
- 2) ประเมินข้อบ่งชี้ทางสุขภาพตามกฎหมาย หากเป็นประเด็นสุขภาพจิตอาจจะใช้แบบ ประเมินโรคซึมเศร้า
- 3) การปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์
- 4) การซักประวัติทางการแพทย์และการตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 5) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยหัตถการทางการแพทย์หรือด้วยยา
- 6) การปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์

- 7) ติดตามดูแลหลังให้บริการ
- 8) ดูแลภาวะแทรกซ้อน
- 9) การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

จากข้อมูลแนวทางการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁽⁸⁾ มีวิธีการยุติการตั้งครรภ์ ดังนี้

(1) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ควรเลือกใช้เป็นวิธีแรกเนื่องจากปลอดภัยและสะดวก คือ ช่วงอายุครรภ์ก่อน 9 สัปดาห์ (63 วัน) หลังมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย รับประทานยา mifepristone 200 มิลลิกรัม 1 เม็ดจากนั้น 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 ชั่วโมงใช้ยา misoprostol 800 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 4 เม็ด) สอดเข้าช่องคลอด ถ้ายังไม่แท้ง ให้ใช้ misoprostol 400 ไมโครกรัม (200 ไมโครกรัม จำนวน 2 เม็ด) อมใต้ลิ้นหรืออมในกระพุ้งแก้มหรือสอดเข้าช่องคลอดทุก 3 ชั่วโมงจนกว่าจะแท้ง โดยใช้ยาได้อีกไม่เกิน 5 ครั้ง แต่ในกรณีที่ไมแท้งให้ส่งต่อสูตินรีแพทย์ 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) อมใต้ลิ้นหรืออมในกระพุ้งแก้มหรือสอดเข้าช่องคลอดทุก 3 ชั่วโมงจนกว่าจะแท้ง โดยใช้ยาได้อีกไม่เกิน 5 ครั้ง แต่ในกรณีที่ไมแท้งให้ส่งต่อสูตินรีแพทย์

(2) การยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม สามารถทำได้จนถึงอายุครรภ์ 12-14 สัปดาห์ ขึ้นกับความชำนาญของผู้ให้บริการ ซึ่งควรเลือกยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ MVA หรือเครื่องดูดสุญญากาศ ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแทนการขูดมดลูกด้วยเครื่องมือขูดมดลูกที่ทำจากเหล็ก หรือ dilatation and curettage (D&C) เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและในกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ด้วย MVA ไม่จำเป็นต้องใช้เหล็กขูดซ้ำเพื่อยืนยันว่าแท้งครบ ซึ่งการยุติการตั้งครรภ์โดยการใส่ยา หรือโดยการใช้ MVA เป็นวิธียุติการตั้งครรภ์ที่เป็นที่ยอมรับของผู้หญิง⁽⁹⁾

สำหรับข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ในประเทศไทย พบการเข้ามาให้บริการปรึกษาทางเลือกท้องไม่พร้อม และปรึกษาทางสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ประมาณร้อยละ 70-90 เลือกยุติการตั้งครรภ์^(10, 11) สำหรับการยุติการตั้งครรภ์นี้จะประสงค์ทำแท้งที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 76.2 โดยมีแพทย์เป็นผู้ยุติการตั้งครรภ์สำเร็จในครั้งแรก ร้อยละ 95.9 โดยใช้วิธี Medabon® ร้อยละ 48.3 รองลงมา คือ ใช้เครื่องสุญญากาศดูดออกทางช่องคลอด ร้อยละ 45.4

การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการเบิกจ่ายค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ มีอัตราค่าบริการ ดัง**[ตารางที่ 1](#)**

ตารางที่ 1 การสนับสนุนค่าบริการการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการเบิกจ่ายค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย	การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	สำหรับบริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
<p>1. การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี</p> <p>ทุกสิทธิการรักษาที่อยู่ในภาวะหลังคลอด หรือหลังแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิด</p> <p>1.1 บริการห่วงอนามัย</p> <p>เหมาจ่าย 800 บาทต่อราย</p> <p>1.2 บริการฝังยาคุมกำเนิด</p> <p>เหมาจ่าย 2,500 บาทต่อราย</p>	<p>1. การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยยา Medabon® หรือ กระบอกดูดสุญญากาศ (MVA) หรือ เครื่องดูดสุญญากาศไฟฟ้า⁽¹²⁾ อย่างใดอย่างหนึ่ง ในหญิงไทยทุกกลุ่มอายุ ทุกสิทธิการรักษา ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ตามเงื่อนไขของกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา</p> <p>1.1 เหมาจ่าย 3,000 บาทต่อราย</p>	<p>1. การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในหญิงไทยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกสิทธิการรักษา กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์</p> <p>1.1 บริการห่วงอนามัย</p> <p>เหมาจ่าย 800 บาทต่อราย</p> <p>1.2 บริการยาฝังคุมกำเนิด</p> <p>เหมาจ่าย 2,500 บาทต่อราย</p>	<p>1. การจ่ายยา misoprostol 200 mcg + mifepristone 200 mg ชนิด combination pack (Medabon®)</p> <p>1.1 หน่วยบริการประจำหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ หน่วยบริการร่วมของ สปสช. ที่ขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย</p> <p>1.2 การชดเชยยาผ่านโปรแกรมระบบบัญชียา จ (2) ของ สปสช.</p>

2.2 การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ

1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์

ปัจจัยที่สำคัญต่อการยุติการตั้งครรภ์ในต่างประเทศสามารถจัดเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม จากการศึกษาของหลายประเทศรายงานว่า เหตุผลของการยุติการตั้งครรภ์มาจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือ ครอบครัวมีปัญหาทางการเงิน หรือการตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดการขาดรายได้จากการทำงาน⁽¹³⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการยุติการตั้งครรภ์ด้วยเหตุผลดังกล่าวมากถึงร้อยละ 61⁽¹⁴⁾ ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งรวมทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น การมีโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และทารกในครรภ์ ความกังวลเรื่องสุขภาพของทารกที่จะเกิดมา หรือความกังวลเรื่องความผิดปกติหรือพิการของทารก⁽¹⁵⁾

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความไม่พร้อมมีบุตร มีปัญหาเรื่องคู่ชีวิต⁽¹⁶⁾ โดยมีการศึกษาของหลายประเทศที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นเหตุผลที่นำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ เช่น ประเทศสวีเดน รายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์มีสาเหตุจากปัญหาเรื่องคู่ชีวิตร้อยละ 42⁽¹⁷⁾ ประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานว่าเหตุผลการยุติการตั้งครรภ์คือ ยังไม่พร้อมมีบุตร ร้อยละ 36 มีปัญหาเรื่องคู่ชีวิต ร้อยละ 31⁽¹⁸⁾ การศึกษาของประเทศเบลเยียม รายงานถึงปัญหาเรื่องคู่ชีวิตร้อยละ 23 นอกจากนี้ยังมีเหตุผลด้านความรุนแรง และการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ที่นำไปสู่การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม มีบางการศึกษาได้รายงานเกี่ยวกับปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร และสังคมของผู้หญิง (women's sociodemographic characteristics) ที่นำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ กล่าวคือ ผู้หญิงที่มีสถานะทางสังคมหรือการเป็นอยู่ที่ไม่ค่อยดี เช่น มีรายได้ต่ำ ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาที่ไม่สูง มักส่งผลต่อการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ และอาจนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย^(13, 19) โดยปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมยังหมายถึงรวมถึง การตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยเกินไปหรือการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งมักเป็นสาเหตุนำไปสู่การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์

2) ผลกระทบทางสุขภาพจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) อาจเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น การเข้าถึงการรักษาอย่างถูกต้อง ระยะเวลา ข้อจำกัดทางกฎหมาย ค่าใช้จ่าย การให้เกียรติและการเลือกปฏิบัติ ความเชื่อทางศาสนา ความรู้ ฯลฯ โดยประมาณการของการยุติการตั้งครรภ์ในทั่วโลกระหว่าง ค.ศ. 2010-2014 พบว่ามีประมาณ 55.7 ล้านครั้ง และประมาณ 25.1 ล้านครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 45 จากจำนวนการยุติการตั้งครรภ์ทั้งหมดเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และสาเหตุหลัก 1 ใน 3 ของการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย เกิดขึ้นจากผู้ให้บริการที่ไม่มีความเชี่ยวชาญและใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่อันตราย นอกจากนี้การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยยังก่อให้เกิดโอกาสในการเสียชีวิตของหญิงที่ตั้งครรภ์ได้ โดยในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอัตราการเสียชีวิตที่ 30 คนต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 100,000 ครั้ง และในประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 220 คน ต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 100,000 ครั้ง โดยประมาณการใน ค.ศ. 2012 พบว่า ประเทศที่กำลังพัฒนาเพียงประเทศเดียวจะมีผู้หญิงถึง 7 ล้านคนที่ต้องเข้ารับการรักษาอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในแต่ละปี^(2, 20, 21)

นอกจากความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตแล้ว ภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ยังอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ เลือดออก มีบาดแผลที่ระบบสืบพันธุ์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อยแต่ร้ายแรงมาก ได้แก่ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ภาวะไตวาย ลำไส้ทะลุ มดลูกทะลุ การบาดเจ็บที่อวัยวะภายใน เยื่อบุช่องท้องอักเสบ อาการปวดเรื้อรัง การอักเสบของระบบสืบพันธุ์ โรคเกี่ยวกับกระดูกเชิงกรานอักเสบ และโรคทางจิตใจ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะมีบุตรยาก โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับผู้หญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนหลังการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้นสูงกว่าผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลถึง 4 เท่า ดังนั้น ผลที่ตามมาของการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยจึงทำให้เกิดความต้องการทั้งทางทรัพยากร วัสดุ และการเงินที่เพิ่มมากขึ้น^(22, 23)

3) กฎหมายและหลักจริยธรรม

อัตราความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับสถานะทางกฎหมายที่เข้มงวด ในประเทศเนปาลได้ประกาศใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ใน ค.ศ. 2002 โดยอนุญาตให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ที่อายุครรภ์ 12 และ 18 สัปดาห์ ในกรณีที่เกิดการตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืนหรือการร่วมประเวณีระหว่างพี่น้อง ทั้งนี้ต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์ในทุกขั้นตอนและห้ามยุติการตั้งครรภ์แบบเลือกเพศ และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองสำหรับเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 16 ปี โดยใน ค.ศ. 2004 คลินิกยุติการตั้งครรภ์อย่างถูกกฎหมายแห่งแรกได้เปิดให้บริการ และมีการขยายจำนวนของคลินิกอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลเนปาลร่วมมือกับองค์กรเอกชนจัดทำโครงการเพื่อฝึกอบรมผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์และควบคุมความปลอดภัยและความพร้อมในการดูแลในขั้นต้นทั่วประเทศ การฝึกอบรมเกี่ยวกับ manual vacuum aspiration (MVA) ซึ่งโดยปกติแล้วจะอนุญาตให้มีการใช้โดยแพทย์เท่านั้น แต่ใน ค.ศ. 2008 พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์มีสิทธิ์ทำ manual vacuum aspiration

(MVA) กับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ 8 สัปดาห์ได้ โดยภายในสิ้นปี ค.ศ. 2011 แพทย์กว่า 1,200 คน และสถานพยาบาล 532 แห่ง ได้รับการฝึกอบรมและรับรอง และผลจากการศึกษาวิจัยในช่วง ค.ศ. 2001-2010 อัตราการเจ็บป่วยจากการยุติการตั้งครรภ์ในระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มว่าการออกกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ในเนปาล มีส่วนทำให้การเสียชีวิตของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในประเทศลดลง⁽²⁴⁾

นอกจากนี้ ในหลายประเทศยังมีความพยายามผลักดันการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองโดยการใช้ยา misoprostol หรือ misoprostol in combination with mifepristone ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึ่งประสงค์ และยังมีศักยภาพที่จะลดอัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย อย่างไรก็ตามข้อจำกัดทางกฎหมายในหลายประเทศยังคงเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยาดังกล่าวอย่างถูกต้อง ในประเทศต่าง ๆ เช่น บราซิล อียิปต์ และไทย ยา misoprostol ไม่มีจำหน่ายในร้านขายยาและต้องให้แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้สั่งยาเท่านั้น^(25, 26)

ในประเทศอินเดีย มีกฎหมายว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ตั้งแต่ ค.ศ. 1971 ซึ่งอนุญาตให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ที่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ภายใต้เงื่อนไข เช่น การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการข่มขืนหรือการร่วมประเวณีระหว่างพี่น้อง และมีการแก้ไขกฎหมายเพิ่มเติมใน ค.ศ. 2002 โดยอนุญาตให้ใช้ยา misoprostol และ mifepristone สำหรับยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 7 สัปดาห์ได้ อย่างไรก็ตาม แม้จะมียาสำหรับยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองที่สามารถจำหน่ายได้ในร้านขายยา แต่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ซึ่งประมาณการ การยุติการตั้งครรภ์ในประเทศอินเดียอยู่ที่ 15.6 ล้านครั้งในแต่ละปี และมากกว่าร้อยละ 73 เป็นการดำเนินการโดยใช้ยายุติการตั้งครรภ์นอกสถานพยาบาล นับเป็นจำนวนที่สูงมากแม้จะมีกฎระเบียบและการติดตามที่เข้มงวดจากเจ้าหน้าที่และรัฐบาลก็ตาม⁽²⁷⁾

4) บริบทของการดำเนินงานสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อมในต่างประเทศ

ความเจ็บป่วยของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมอันเนื่องมาจากข้อจำกัดและอุปสรรคทางกฎหมายในการยุติการตั้งครรภ์ การดำเนินการของสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่สามารถให้ยายุติการตั้งครรภ์ (medical abortion) ได้ แต่สามารถคัดกรองหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ระดับประสิทธิภาพของการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งจะช่วยให้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัย โดยข้อจำกัดของสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อมในชุมชน (community-based hotlines) คือ การที่ไม่สามารถติดตามภายหลังการส่งต่อหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าสู่ระบบสุขภาพ และไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้สำเร็จ ตลอดจนยังมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงของหญิงในเขตชนบท หญิงต่างด้าว และหญิงสู่วัย⁽²⁸⁾

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังสนับสนุนการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยที่ปรึกษากับบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (non-medically trained, skilled abortion counsellors) ว่าเป็นทางเลือกที่อาจมีความปลอดภัยสำหรับหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในบริบทของสังคมที่มีข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย⁽²⁹⁾ และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คลินิก Marie Stopes ในสหราชอาณาจักร มีบริการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองเบื้องต้นทางโทรศัพท์ หากหญิงที่ท้องไม่พร้อมมีเงื่อนไขตรงตามที่กำหนด สามารถนัดหมายเข้ารับบริการและรับยาสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองที่คลินิกหรือใช้บริการ Telehealth และรับยายุติการตั้งครรภ์ผ่านทางไปรษณีย์⁽³⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังสนับสนุนการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยที่ปรึกษากับบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ (non-medically trained, skilled abortion counsellors) ว่าเป็นทางเลือกที่อาจมีความปลอดภัยสำหรับผู้หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในบริบทของสังคมที่มีข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย⁽²⁹⁾

5) รูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานของการดำเนินงานสายด่วนการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ในสหราชอาณาจักรมีรูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานการดูแลการยุติการตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีการดูแลการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ผ่านการปรึกษาทางคลินิกด้วยตนเองและการทำอัลตราซาวนด์เพื่อประเมินอายุครรภ์^(31, 32) ในช่วง 10 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนที่ปลอดภัย และสามารถทำได้ทางการแพทย์ (รับประทานยาไมเฟพริสโตน (mifepristone) ตามด้วยยาไมโซพรอสทอล (misoprostol)) หรือทำการผ่าตัด ในสหราชอาณาจักรมีแนวโน้มไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาที่เพิ่มมากขึ้นใน ค.ศ. 2018 ถึงร้อยละ 71 ของการยุติการตั้งครรภ์ทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83 ของการยุติการตั้งครรภ์ในช่วง 10 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ผู้หญิงต้องรับประทานยาไมเฟพริสโตนจากโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 10 สัปดาห์มีอีกตัวเลือก คือ รับประทานยาไมโซพรอสทอลด้วยตนเองที่บ้าน และผู้ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 10 สัปดาห์จะต้องเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเพื่อรับยาไมโซพรอสทอล⁽³³⁾

จากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2020 สหราชอาณาจักรได้ออกรูปแบบและแนวปฏิบัติมาตรฐานของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีการออกกฎหมายอนุญาตให้ใช้ยาไมเฟพริสโตนที่บ้านได้ และมีการให้บริการสายด่วนการให้คำปรึกษาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นการปรึกษาแพทย์ทางไกลผ่านโทรศัพท์หรือการวิดีโอคอล⁽¹²⁾ โดยมีขั้นตอนการให้รายละเอียดดังต่อไปนี้⁽³³⁾

1. ให้ข้อมูลและสร้างความมั่นใจกับผู้หญิงตั้งครรภ์ว่าการยุติการตั้งครรภ์ไม่ทำให้ความเสี่ยงในเรื่องของภาวะมีบุตรยาก มะเร็งเต้านม หรือปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างวิธีการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาและการผ่าตัด รวมถึงผลลัพธ์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความต้องการและความพึงพอใจของผู้หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดทางเลือก และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง
3. ให้ข้อมูลและรายละเอียดสำหรับการเตรียมตัวเพื่อยุติการตั้งครรภ์โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอธิบายถึงความเกี่ยวข้องและผลที่จะเกิดขึ้นหลังจากนั้น รวมไปถึงความเจ็บปวดและภาวะเลือดออกที่จะเกิดขึ้น
4. ให้ข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ เช่น วิดีโอหรือข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้หญิงที่เคยยุติการตั้งครรภ์
5. สอบถามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลการคุมกำเนิด รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ
6. ในกรณีที่ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาจะมีการอธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา
7. ในกรณียุติการตั้งครรภ์ด้วยยาที่บ้านจะมีการอธิบายถึงวิธีการตรวจสอบให้แน่ใจว่าการตั้งครรภ์ได้สิ้นสุดลงแล้ว
8. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณและอาการที่บ่งชี้ว่าจะต้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์แล้ว และหลังจากยุติการตั้งครรภ์แล้วจะสามารถติดต่อใครได้บ้างหากต้องการความช่วยเหลือ
9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการและกำจัดสิ่งตกค้างในครรภ์

ข้อมูลของประเทศแคนาดา พบว่าประมาณร้อยละ 60 ของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เกือบครึ่งหนึ่งเลือกการยุติการตั้งครรภ์และที่เหลือคือการตั้งครรภ์ต่อจนคลอดบุตร⁽³⁴⁾ ซึ่งในประเทศแคนาดา มีรูปแบบและ

แนวทางปฏิบัติมาตรฐานของสายด่วนการให้คำปรึกษาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและต้องการยุติการตั้งครรภ์
ดังต่อไปนี้⁽³⁵⁾

ขั้นตอนการติดต่อครั้งแรก

1. การยืนยันตัวตนของผู้ป่วยและตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวและมีความปลอดภัยในการสนทนา
2. การให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาและการผ่าตัด รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ผ่านทางอีเมลหรือโทรสาร
3. หากผู้ป่วยยังไม่ได้ทดสอบการตั้งครรภ์ จะมีการดำเนินการให้ผู้ป่วยทำการทดสอบการตั้งครรภ์แบบความไวสูงในปัสสาวะ
4. สายด่วนจะให้คำปรึกษาโดยนัดหมายผู้ป่วยเพื่อพูดคุยครั้งแรกผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอ

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาและการประเมินก่อนการยุติการตั้งครรภ์ผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอ

1. การให้คำปรึกษาและทางเลือกในการตั้งครรภ์
2. การทดสอบการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ ทั้งการตรวจสอบการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงและอาการของท้องนอกมดลูก
3. ทบทวนทางเลือกหรือแผนการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์ โดยขอความยินยอมด้วยวาจาและบันทึกข้อมูลไว้
4. การออกไปสั่งยา ให้คำแนะนำการใช้ยา อธิบายถึงผลข้างเคียงและสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อนที่จะอาจเกิดขึ้น โดยมีตารางติดตามอาการ

ขั้นตอนการติดตามผล

1. การติดตามผล 1-7 วัน หลังการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล

การติดตามผลช่วงนี้จะเป็นการทบทวนประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์และความก้าวหน้าของผู้ป่วย ดังนี้ วันที่รับประทานยาไมเฟพริสโตนและไมโซพอสทอล ผลข้างเคียงของยา รูปแบบหรือลักษณะของการเลือดออกตั้งแต่รับประทานยาไมเฟพริสโตนและไมโซพอสทอล ความเจ็บปวดระหว่างกระบวนการและความเจ็บปวดในปัจจุบัน สัญญาณเตือนของการตั้งครรถ์นอกมดลูกหรือการติดเชื้อ การอัลตราซาวด์หากประวัติบ่งชี้ว่าแท้งไม่สำเร็จหรือเกิดการตั้งครรถ์ต่อเนื่อง การพิจารณาเพิ่มปริมาณยาไมโซพอสทอลหรือยาสุดคมตามความจำเป็น เป็นต้น

2. การติดตามผล 2-4 สัปดาห์ หลังการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล

การติดตามผลช่วงนี้จะเป็นการตรวจสอบวันที่ตรวจครรภ์ครั้งแรก เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าทำการทดสอบอย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังจากได้รับยาไมโซพอสทอล หากผลการทดสอบการตั้งครรถ์ครั้งแรกเป็นลบให้ยืนยันกับผู้ป่วยว่าแท้งสมบูรณ์แล้วไม่ควรทดสอบการตั้งครรถ์ซ้ำ และหากผลการทดสอบการตั้งครรถ์ครั้งแรกเป็นบวก ให้พิจารณาอาการต่าง ๆ เช่น อาการของการแท้งไม่สมบูรณ์ การเกิดการตั้งครรถ์ต่อเนื่องหรือการตั้งครรถ์นอกมดลูก

3. การติดตามผล 3-5 สัปดาห์ หลังการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล

การติดตามผลช่วงนี้จะเป็นการตรวจสอบวันที่ตรวจครรภ์ครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าทำการทดสอบ 1 สัปดาห์หลังจากการทดสอบการตั้งครรถ์ครั้งสุดท้าย (ครั้งแรก) หากการตั้งครรถ์ในปัสสาวะครั้งที่

สองเป็นลบ ให้ยืนยันกับผู้ป่วยว่าแท้งสมบูรณ์หรือไม่ หากผลการทดสอบการตั้งครรภ์ในปัสสาวะครั้งที่ 2 เป็นบวก จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างเร่งด่วนในบุคคลด้วยอัลตราซาวด์และซีรัมเอชซีจี เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะต้องมีการผ่าตัด ซึ่งสาเหตุของการวินิจฉัยที่เป็นไปได้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาที่ล้มเหลวหรือไม่สมบูรณ์ การตั้งครรภ์โดยไม่ทราบตำแหน่งหรือตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์ใหม่ และพบเนื้องอกในท่อนำไข่ขณะตั้งครรภ์

6) การศึกษาความคุ้มค่าของการยุติการตั้งครรภ์และการให้คำปรึกษาทางเลือก

การประเมินความคุ้มค่าของการเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสแรกในสถานพยาบาล จะเป็นการดูผลลัพธ์ต้นทุนต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่สำเร็จ ซึ่งการศึกษาของ Naomi Lince-Deroche และคณะ⁽³⁶⁾ เป็นการศึกษาการบริการยุติการตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์ ด้วยการให้ยาและการทำ MVA (manual vacuum aspiration) โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ฐานข้อมูล และจากการสัมภาษณ์ คำนวณในรูปแบบของ decision tree ของการตัดสินใจสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการให้ยาและผลลัพธ์ของการทำ MVA ซึ่งค่าใช้จ่ายของการรับบริการ คำนวณจาก micro-costing ของโรงพยาบาล 3 แห่งที่ศึกษา คิดค่าเฉลี่ยในการทำทั้งหมด และศึกษาข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มายุติการตั้งครรภ์ทั้งหมด 1,129 คน พบว่า 886 คนสามารถเลือกวิธีการยุติการตั้งครรภ์ได้ ส่วนอีก 834 คนเลือกวิธีใช้ยา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งของการใช้ยา คือ 63.91 ดอลลาร์สหรัฐฯ และค่าเฉลี่ยของการทำ MVA จะสูงกว่ายา ราคาประมาณ 69.60 ดอลลาร์สหรัฐฯ และคนที่ยุติการตั้งครรภ์ด้วยการให้ยามี 3 คนที่ต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน และ 2 คน ยังมีภาวะแท้งไม่สมบูรณ์

การประเมินภาระงบประมาณของการยุติการตั้งครรภ์ในสาธารณรัฐยูกันดา⁽³⁴⁾ 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 ดอลลาร์สหรัฐฯ (57-139 ดอลลาร์สหรัฐฯ) ผู้ป่วยได้รับเงินโดยเฉลี่ย 62 ดอลลาร์สหรัฐฯ (46-183 ดอลลาร์สหรัฐฯ) ร้อยละ 73 ของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล ขณะที่รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 14 ดอลลาร์สหรัฐฯ (10-20 ดอลลาร์สหรัฐฯ) และร้อยละ 17 ของค่ารักษาพยาบาลจากการยุติการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์การยุติการตั้งครรภ์ทำแท้งแบบชักนำในยูกันดาประจำปีคือ 362,000 ราย ดังนั้นรายจ่ายประจำปีของประเทศสำหรับการทำแท้งแบบชักนำจะอยู่ที่ 23.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ค่ารักษาพยาบาลโดยตรง 7.0 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ค่ารักษาพยาบาลโดยตรง 33.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ซึ่งต้นทุนทางอ้อม/ผลผลิต ค่าใช้จ่ายภาครัฐ 5.1 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วย 22.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และค่าใช้จ่ายทางสังคม 64.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ

การให้คำปรึกษาทางเลือก (options counseling)⁽³⁷⁾ คือ การที่ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมต่อบริบทและสภาพปัญหาของหญิงรายนั้นได้ โดยกระบวนการจะสนับสนุนให้ผู้เข้ารับคำปรึกษามีการตัดสินใจ ดังนี้คือ 1) ตั้งครรภ์ต่อ 2) ยุติการตั้งครรภ์ หรือ 3) ตั้งครรภ์ต่อแล้วหาผู้มาอุปการะบุตรในอนาคต จากนั้นจึงให้การสนับสนุนในแต่ละทางเลือกที่ตัดสินใจเป็นลำดับถัดไป โดยรูปแบบการให้คำปรึกษามีทั้งการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามศูนย์ให้คำปรึกษาในชุมชนหรือตามสถานพยาบาลต่าง ๆ การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ รวมถึงการให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ ทั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น ยังไม่พบการศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าในการให้คำปรึกษาทางเลือกรูปแบบต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

คณะผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดของการศึกษานี้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความสัมพันธ์เชื่อมโยง (logic model) จำแนกเป็น input, process, output และ outcome โดยมีรายละเอียดดังนี้

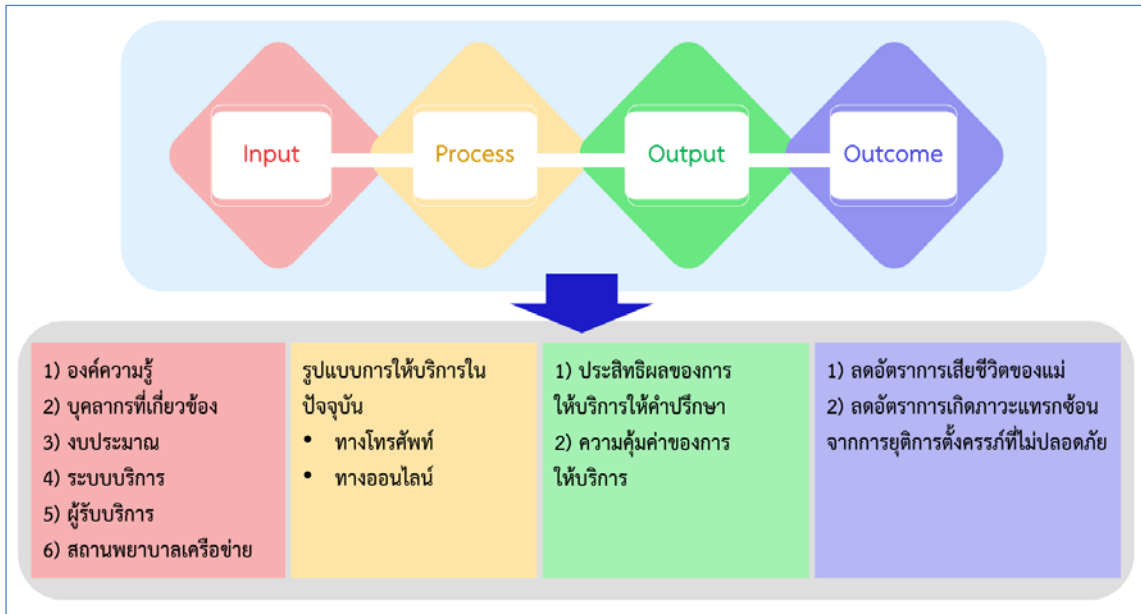
1. input หรือ ปัจจัยนำเข้า ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดกระบวนการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คือ องค์ความรู้ ทั้งในด้านการให้คำปรึกษาและการบริหารจัดการ บุคลากรงบประมาณ ผู้รับบริการ ระบบ และสถานพยาบาลเครือข่ายที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

2. process หรือ กระบวนการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ซึ่งในปัจจุบันประกอบด้วย การให้บริการทางโทรศัพท์และการให้บริการทางออนไลน์ ซึ่งคณะผู้วิจัยจะศึกษาวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการ

3. output หรือ ผลผลิตที่ได้จากการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยคณะผู้วิจัยจะศึกษาในส่วนของผลลัพธ์ของการให้บริการให้คำปรึกษาและความคุ้มค่าของการให้บริการ

4. outcome หรือ ผลลัพธ์ เป็นผลหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากผลผลิตของการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คือ การลดอัตราการเสียชีวิตของแม่ และการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะใช้การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) เปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยแปลงผลลัพธ์ที่ได้ให้อยู่ในรูปของตัวเงินเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ

ทั้งนี้ แผนภาพกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยจะแสดงความเชื่อมโยงของ input, process, output และ outcome ในความสัมพันธ์เชื่อมโยง (logic model) ของการให้คำปรึกษาของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และยังแสดงภาพรวมในการตอบคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ ประสิทธิภาพของการให้บริการ ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ ความคุ้มค่าของการให้บริการ ความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการทำงานของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของการศึกษาและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยง (logic model) ในเบื้องต้น

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษา

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

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเป็นแบบผสมวิธี (mixed methods) เพื่อดูประสิทธิผลของการให้บริการเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่ รวมถึงผลลัพธ์ของการให้บริการและจำนวนผู้เข้ารับบริการในแต่ละปี

การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาจากรายงานประจำปีและฐานข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่าง พ.ศ. 2559-2564 เกี่ยวกับรายละเอียดของผู้เข้ารับบริการ และการสำรวจความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการ รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและสถานพยาบาลเครือข่ายที่ให้บริการ

2. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) รูปแบบ top-down ในประเด็นต้นทุนของผลลัพธ์การให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยทบทวนเอกสารงบประมาณประจำปีของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 และนำไปคำนวณค่าใช้จ่ายต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการ เพื่อให้ได้ถึงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่มีต่อการให้บริการหนึ่งครั้ง และสามารถนำไปพิจารณาประกอบถึงความคุ้มค่าในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

$$\text{ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการให้บริการ} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการสายด่วน}}{\text{จำนวนครั้งที่ให้บริการสายด่วนครบกระบวนการ}}$$

มุมมองที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้มุมมองผู้ให้บริการ (provider perspective) เท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลต้นทุนในส่วนของผู้ใช้บริการที่ถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความอ่อนไหวในการเข้าถึง

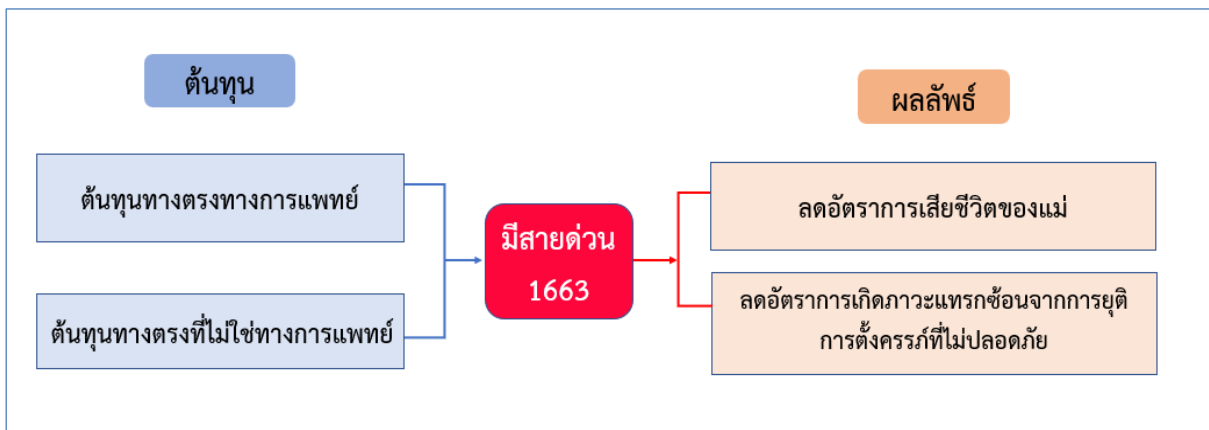
การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ทำโดยทบทวนเอกสารงบประมาณประจำปีของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 เกี่ยวกับจำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และข้อมูลค่าใช้จ่ายในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศ

การศึกษาต้นทุน สำหรับการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลเฉพาะต้นทุนของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ซึ่งเป็นต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ เพื่อให้ทราบต้นทุนที่แท้จริงของการให้บริการแต่ละราย เมื่อคณะผู้วิจัยได้ข้อมูลจำนวนการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) แล้วจะนำมาทำการคำนวณหาต้นทุน

เฉลี่ยต่อหน่วยการให้บริการ โดยต้นทุนในมุมมองผู้ให้บริการมีความจำเป็นกับ สปสช. เพื่อใช้พิจารณาโครงสร้างต้นทุนและรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณในอนาคต

3. เพื่อศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา ใช้การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยแปลงผลลัพธ์ที่ได้ให้อยู่ในรูปของตัวเงินเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ ซึ่งผลลัพธ์ของการมีสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในการศึกษาครั้งนี้คือ การลดอัตราการเสียชีวิตของแม่และการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ([ภาพที่ 4](#))



ภาพที่ 4 องค์ประกอบของการประเมินระบบการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ระหว่างกรณีไม่มีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ เทียบกับกรณีมีการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และมีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยตามกฎหมาย โดยต้นทุนที่ศึกษาประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์และต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ โดยใช้มุมมองผู้ให้บริการ (provider perspective) รายละเอียดดัง [ตารางที่ 2](#)

ตารางที่ 2 ประเภทของต้นทุนที่วิเคราะห์

ประเภทต้นทุน	ตัวอย่าง รายละเอียดแต่ละประเภทต้นทุน
ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (direct medical cost)	1. ต้นทุนการให้บริการสายด่วน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา - ค่าตอบแทนอาสาสมัครให้คำปรึกษา - ค่าบริการคู่สายโทรศัพท์ - ค่าฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่
ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (direct non-medical cost)	1. ประชาสัมพันธ์การให้บริการ 2. ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าอาหารของผู้ให้บริการและญาติเมื่อไปรับบริการ ยุติการตั้งครรภ์

ที่มา ดัดแปลงจากข้อมูลการจำแนกประเภทต้นทุน จากหนังสือการวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ

ในการแปลงผลลัพธ์การลดอัตราการเสียชีวิตของแม่จากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นตัวเงิน คณะผู้วิจัยใช้วิธีคิดแบบต้นทุนมนุษย์ (human capital method) เพื่อแปลงมูลค่าของจำนวนปีชีวิตของแม่ที่ช่วยไว้ได้ให้อยู่ในรูปของตัวเงิน สำหรับผลลัพธ์ในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย คณะผู้วิจัยใช้ต้นทุนการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเฉลี่ยในการแปลงผลลัพธ์ดังกล่าวให้อยู่ในรูปของตัวเงิน

วิธีทุนมนุษย์ ประเมินมูลค่าผลิตผลที่ขาดหายไประหว่างการป่วย คำนวณจากจำนวนวันที่ขาดงาน หรือไม่สามารถดำรงชีวิตได้ปกติคูณด้วยรายได้เฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยหรือใช้แรงงานขั้นต่ำที่กำหนดไว้ กรณีการพิการถาวร หรือเสียชีวิตที่เกิดกับผู้ป่วยในวัยทำงาน คำนวณจากจำนวนปีนับจากอายุที่ต้องทำงานจนถึงอายุที่เกษียณ หรือนับจนสิ้นอายุขัยโดยเฉลี่ย คูณด้วยมูลค่าผลิตผลของประชากรเฉลี่ยของประเทศ ได้แก่ ผลิตภัณ์ถ่มวลรวมประชาชาติต่อหัว (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 อ้างอิงรายได้จากการคาดการณ์รายได้เฉลี่ยต่อปีที่เป็นค่าอ้างอิงของประเทศ 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 = ระยะจากปีที่หนึ่ง ถึงปีที่ n

r = อัตราลด (discount rate) ประเทศไทย กำหนดที่ร้อยละ 3

4. เพื่อศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยวิธีการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามมาตรา 305(5) (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์) รวมทั้งผู้ให้บริการให้คำปรึกษาทางเลือกในรูปแบบอื่น ๆ โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค คุณภาพของการให้บริการ ภาระงบประมาณที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะอื่น ๆ รวมทั้งความพร้อมของการให้บริการ

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) ทั้งในกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค สำหรับศึกษารูปแบบการให้บริการฯ จำนวนผู้เข้ารับบริการจากฐานข้อมูลย้อนหลัง 6 ปี (พ.ศ. 2559-2564) และเก็บข้อมูลจากหน่วยให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยพื้นที่กลุ่มตัวอย่างนี้แบ่งต้นได้จากการทบทวนข้อมูลของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และเสนอแนะโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเนื่องจากเป็นสถานพยาบาลในเครือข่ายการส่งต่อของบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อยุติการตั้งครรภ์ และเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งมีความครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาค ดังนี้ 1) โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี 2) โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3) โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ 4) คลินิกสุขุมวิท 12 กรุงเทพมหานคร 5) โรงพยาบาลคลองตัน กรุงเทพมหานคร 6) โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น และ 7) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ซึ่งพื้นที่ตัวอย่างทั้ง 7 แห่งนี้ยินดีให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักของการศึกษา คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหาร ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง 2) การสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ดูแลเครือข่ายให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) บางแห่ง และเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครที่ให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จำนวน 42 คน

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักของการศึกษา คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม ผู้บริหาร ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลที่เป็นพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 42 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักของการศึกษาวิจัยนี้ ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม จะเป็นผู้ที่ให้บริการด้านการยุติการตั้งครรภ์ทั้งการให้คำปรึกษา การส่งต่อ หรือการดำเนินการยุติการตั้งครรภ์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- 1) ผู้ที่ยินยอมและเต็มใจในการให้ข้อมูล
- 2) เป็นผู้ที่ให้บริการด้านการยุติการตั้งครรภ์ทั้งการให้คำปรึกษา การส่งต่อ หรือการดำเนินการยุติการตั้งครรภ์
- 3) ผู้ที่ลงชื่อในใบยินยอมจากความเข้าใจอย่างเต็มที่ เพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากโครงการ (exclusion criteria)

ผู้ที่ถอนการยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งระหว่างการสัมภาษณ์หรือสิ้นสุดการสัมภาษณ์

วิธีการเก็บข้อมูล

- 1) การทบทวนวรรณกรรม
- 2) สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)
- 3) การสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview)

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) หาดัชนีชี้วัดต่อหน่วยการให้บริการ

$$\text{ดัชนีชี้วัดต่อหน่วยการให้บริการ} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้บริการสายด่วน}}{\text{จำนวนครั้งที่ให้บริการสายด่วนครบกระบวนการ}}$$

- 2) การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) กรณีไม่มีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ เทียบกับ กรณีมีการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และมีบริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยตามกฎหมาย
- 3) สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: S.D.) และค่าเฉลี่ย (mean)

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นลักษณะการให้บริการปรึกษาแบบเสริมพลัง โดยมุ่งหวังให้ผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมและต้องการยุติการตั้งครรภ์ได้เข้าถึงบริการให้คำปรึกษา เพื่อให้ได้รับข้อมูลและทางเลือกสำหรับการตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยมีการให้แนวทางเลือก และข้อมูลระบบบริการที่ครอบคลุมอย่างครบวงจร

การศึกษามีวัตถุประสงค์ ดังนี้

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

ในการนำเสนอผลการศึกษา คณะผู้วิจัยขอแนะนำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ รายละเอียดผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

4.1 การศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

ด้านประสิทธิผล ได้สรุปข้อมูลในรูปแบบของผลลัพธ์ของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ออกเป็น 3 ด้าน คือ

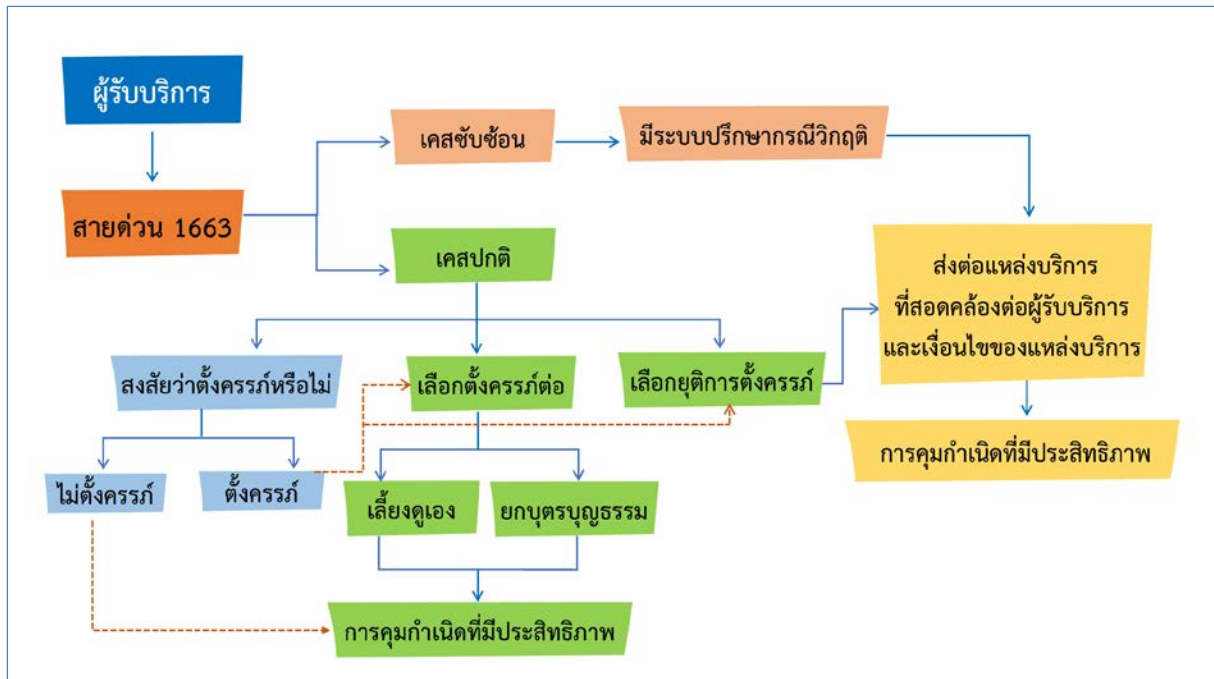
- 1) การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษา พิจารณาจากจำนวนสายที่โทรเข้ามาแล้วได้รับบริการให้คำปรึกษา และจำนวนสายที่ไม่ได้รับ
- 2) ความพึงพอใจของการเข้ารับบริการ พิจารณาจากข้อมูลของผู้เข้ารับบริการที่ให้คะแนนความพึงพอใจหลังเข้ารับบริการให้คำปรึกษา
- 3) การตัดสินใจของผู้รับบริการ พิจารณาจากความประสงค์ของผู้เข้ารับบริการในทางเลือกต่าง ๆ คือ ยังไม่สามารถตัดสินใจได้ การยุติการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ต่อ

รายละเอียด ดังนี้

4.1.1 การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รูปแบบการให้บริการ

จากข้อมูลที่คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) พบว่าปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นอาสาสมัครและผ่านการเตรียมความพร้อมทั้งทัศนคติ ข้อมูล ความรู้ และทักษะการให้คำปรึกษาจำนวน 10 คนหมุนเวียนรับสายให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์วันละ 2 รอบเวร แบ่งเป็นรอบเช้าเวลา 09.00-15.00 น.จำนวน 5 คน (5 คู่สาย) และรอบบ่ายเวลา 15.00-21.00 น.จำนวน 5 คน (5 คู่สาย) และมีเจ้าหน้าที่ supervisor ที่ดูแลการทำงานของอาสาสมัคร ช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีสภาพปัญหาซับซ้อนและต้องการบริการมากกว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ก่อนส่งต่อแหล่งบริการในเครือข่ายที่สอดคล้องต่อผู้รับบริการแต่ละราย คณะผู้วิจัยสรุปขั้นตอนการให้บริการ ดังภาพที่ 5



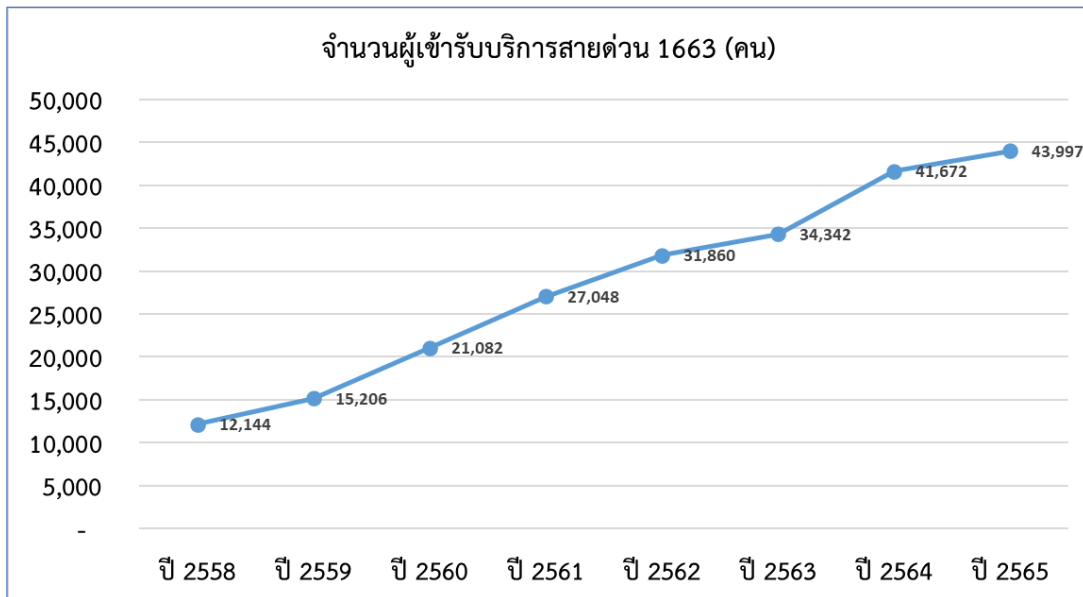
ภาพที่ 5 สรุปแนวทางการให้บริการสายด่วนปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่มา ปรับจาก รายงานการจัดการองค์ความรู้ 1663 สายด่วนปรึกษาเรื่องเอ็ดส์และท้องไม่พร้อม

นอกจากนี้ยังมีการให้บริการปรึกษาแบบ realtime ผ่าน Facebook fan page โดยมีระบบบันทึกบริการเชื่อมโยงระหว่างบริการทางโทรศัพท์ Facebook fan page และการประสานติดตามของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ และจากจำนวนผู้โทรเข้ารับบริการที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทำให้มีจำนวนสายที่โทรเข้ามาแล้วไม่ได้รับสาย หรือ miss call มีจำนวนค่อนข้างเยอะเนื่องจากระบบได้ตั้งจำนวนคู่สายไว้ที่ 10 คู่สายตั้งแต่เริ่มต้นของการให้บริการ เพราะเพียงพอต่อการให้บริการในช่วงนั้น แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณจึงมีการลดจำนวนคู่สายลงเหลือเพียงรอบเวรละ 5-6 คู่สาย ดังนั้น เมื่อมีการรับสายครบทั้ง 6 คู่สายแล้ว โทรศัพท์จะเวียนเข้าสู่คู่สายที่ 7-10 และมีระบบอัตโนมัติแจ้งว่าขณะนี้บริการเต็มทุกคู่สาย ให้รอสักครู่หรือไปใช้บริการผ่าน Facebook fan page ได้ ทำให้สายที่ไม่ได้รับนับเป็นสาย miss call ทันที โดยทางมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ได้มีการแก้ไขข้อจำกัดของคู่สายเพื่อไม่ให้กระทบต่อการเข้าถึงระบบบริการของผู้รับบริการ จึงได้เปิดรับสมัครอาสาสมัครใหม่และมีการจัดอบรมตามหลักสูตร คือ ด้านเอชไอวี/เอดส์ จะอบรมการให้คำปรึกษาเรื่องเอชไอวี/เอดส์/ระบบสุขภาพ สิทธิประโยชน์ และให้บริการปรึกษาจริงเป็นเวลา 1 เดือนโดยอยู่ในความดูแลของ supervisor ส่วนด้านการให้คำปรึกษาท้องไม่พร้อม จะต้องผ่านการอบรมครบ 5 หลักสูตร และฝึกให้บริการปรึกษาจริง 1 เดือนเพื่อให้ได้อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถรองรับกับจำนวนสายที่โทรเข้ามาใช้บริการให้คำปรึกษาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละเดือนได้อย่างทั่วถึง

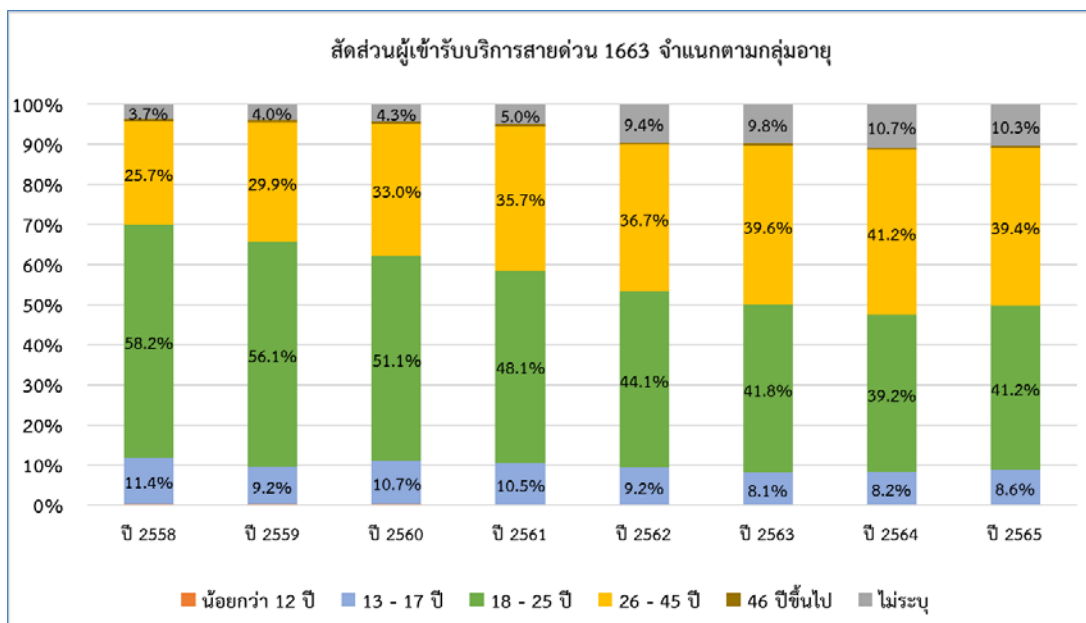
จำนวนผู้เข้ารับบริการ

จากฐานข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ของมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ในช่วง พ.ศ. 2558-2565 พบว่า จำนวนผู้โทรเข้ามาใช้บริการในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยใน พ.ศ. 2558 มีจำนวน 12,144 คน พ.ศ. 2560 จำนวน 21,082 คน และเพิ่มเป็น 34,342 คน ถึง 43,997

คนใน พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2565 (ภาพที่ 6) หากคำนวณเป็นสัดส่วนของผู้เข้ารับบริการแยกตามช่วงอายุ คือ อายุต่ำกว่า 12 ปี อายุ 13-17 ปี อายุ 18-25 ปี อายุ 26-45 ปี อายุ 46 ปีขึ้นไป และไม่ระบุอายุ พบว่า ช่วงอายุ 18-25 ปี มีสัดส่วนการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาสูงสุดร้อยละ 58.2 ใน พ.ศ. 2558 และลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2564 (ร้อยละ 39.2 ใน พ.ศ. 2564) แต่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.2 ใน พ.ศ. 2565 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 26-45 ปี มีสัดส่วนการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาที่ร้อยละ 25.7-41.2 สำหรับช่วงอายุ 13-17 ปี มีสัดส่วนการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาที่ร้อยละ 8.1-11.4 ส่วนกลุ่มที่ไม่ระบุอายุ มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี รายละเอียดดังภาพที่ 7



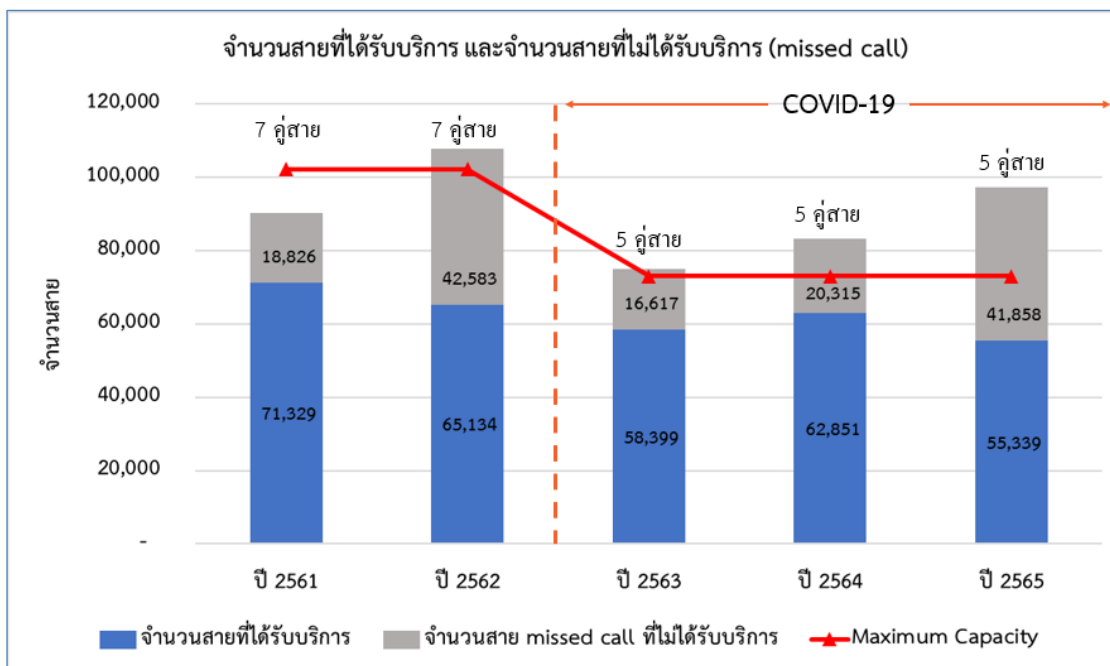
ภาพที่ 6 จำนวนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)



ภาพที่ 7 สัดส่วนผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำแนกตามช่วงอายุ

จำนวนสายที่ให้บริการและสายที่ไม่ได้รับ

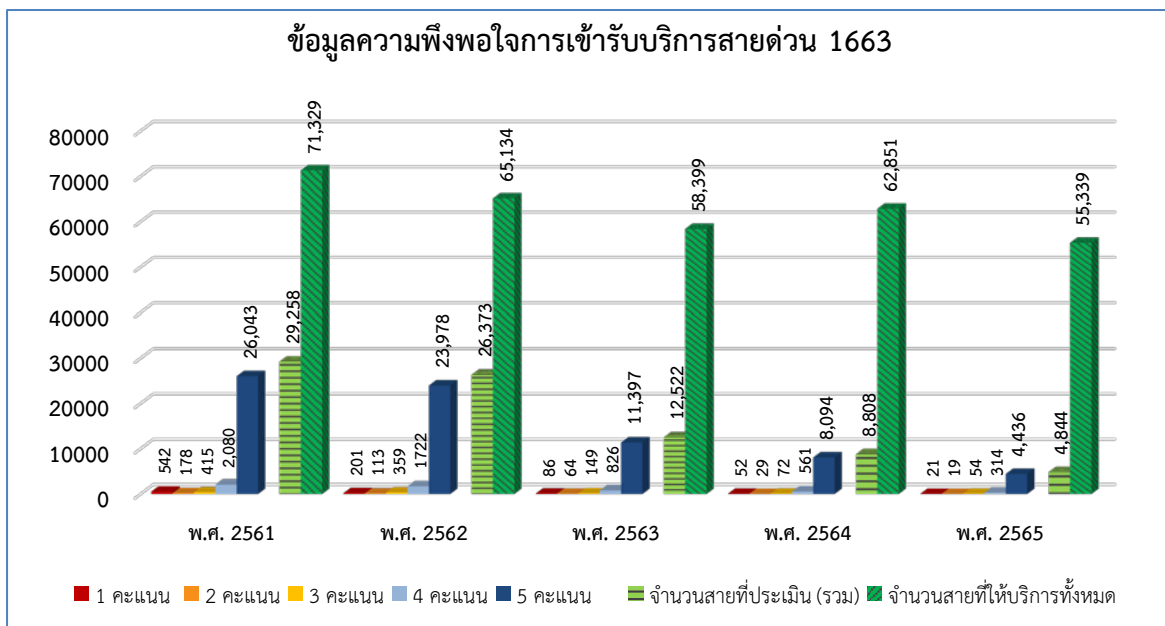
การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษา พิจารณาจากจำนวนสายที่โทรเข้ามาแล้วได้รับการให้คำปรึกษา และจำนวนสายที่ไม่ได้รับ หรือ missed call ซึ่งจากข้อมูลพบว่า จำนวนสายที่ให้บริการระหว่าง พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวนลดลงใน พ.ศ. 2561-2562 โดยลดลงจากจำนวน 71,329 สายเหลือ 65,134 สาย เนื่องจากมีการให้บริการ 7 คู่สายต่อวัน แต่เมื่อมีการปรับลดคู่สายเหลือเพียง 5 คู่สายต่อวันใน พ.ศ. 2563-2565 จำนวนสายที่ให้บริการจะลดลงเหลือ 55,339 สายใน พ.ศ. 2565 ซึ่งจำนวนสายที่โทรเข้ารับ คำปรึกษา มีระยะเวลาในการให้บริการเฉลี่ยสายละ 15 นาที สำหรับจำนวนสายที่ไม่ได้รับ หรือ missed call คือ สายที่โทรเข้ามาแล้วไม่ได้รับการ (อาจจะโทรมากกว่า 1 ครั้ง) โดยในแต่ละปีจะมีจำนวนสายที่ไม่ได้รับมี สัดส่วนประมาณร้อยละ 16 (18,826 สาย ใน พ.ศ. 2561) ถึงร้อยละ 26 (41,858 สาย ใน พ.ศ. 2565) ของ จำนวนสายที่ให้บริการ โดยสามารถสรุปได้ว่า จำนวนสายที่ให้บริการมีแนวโน้มลดลงตามจำนวนคู่สายที่ ปรับลดจาก 7 คู่สายเหลือ 5 คู่สายซึ่งส่งผลต่อจำนวนสาย missed call ที่แท้จริงเพิ่มมากขึ้น หากพิจารณา จากความสามารถ (capacity) ในการรองรับผู้เข้ารับบริการเฉพาะกรณีจำนวนสายที่ให้บริการถือว่ายังต่ำ กว่า maximum capacity ที่ควรจะได้รับสายได้ แต่หากพิจารณารวมกับจำนวนของสายที่ไม่ได้รับด้วย ความสามารถของการให้คำปรึกษาจะไม่เพียงพอกับความต้องการของจำนวนผู้โทรเข้ารับบริการหรือยังไม่ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของการใช้บริการได้อย่างครบถ้วน ซึ่งสายด่วนการตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อม (1663) ควรพิจารณาเพิ่มคู่สายของการให้บริการอยู่ที่ 7-10 คู่สายต่อวันเพื่อรองรับกับความต้องการของการใช้บริการ ที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต รายละเอียดดัง [ภาพที่ 8](#)



ภาพที่ 8 จำนวนสายที่ให้บริการและจำนวนสายที่ไม่ได้รับ

4.1.2 ความพึงพอใจของการเข้ารับบริการ

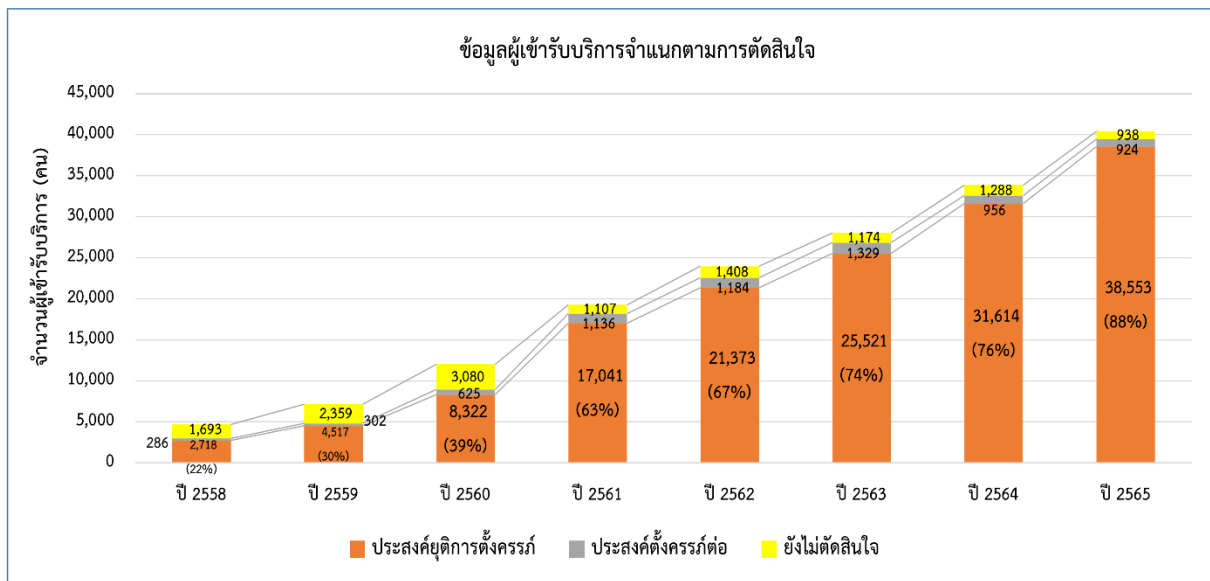
สายที่โทรเข้ามาขอรับคำปรึกษา หากเป็นการโทรเข้ามาขอรับบริการครั้งแรกจะใช้เวลาในการพูดคุยกับอาสาสมัครอย่างน้อย 5 นาทีและมากที่สุดประมาณ 1.50 ชั่วโมง แต่เมื่อคำนวณจากช่วงเวลาที่ยอมรับโดยเฉลี่ยแล้วจะอยู่ที่ประมาณ 15 นาที ซึ่งหลังจากอาสาสมัครให้คำปรึกษาแล้วเสร็จในแต่ละครั้ง ก่อนวางสายจะมีการกดให้คะแนนระดับความพึงพอใจของการให้บริการทุกครั้ง เพื่อเป็นการสำรวจความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยมีการให้คะแนน 1-5 ซึ่งหมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุด ตามลำดับ แต่เนื่องจากคณะผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงผู้โทรเข้ารับการปรึกษาได้ จึงวิเคราะห์ข้อมูลจากการกดให้คะแนนระดับความพึงพอใจของการให้บริการจากข้อมูลที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) บันทึกไว้ในช่วง พ.ศ. 2561-2565 ซึ่งจากข้อมูลในภาพรวมพบว่า ผู้รับบริการที่ให้คะแนนความพึงพอใจส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับ 5 คะแนน รองลงมา คือ พึงพอใจระดับ 4 คะแนน และ 3 คะแนนตามลำดับ รายละเอียดดัง [ภาพที่ 9](#) ซึ่งในแต่ละปีมีจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจความพึงพอใจลดลงมาก ส่งผลทำให้สัดส่วนของผู้รับบริการที่ตอบระดับคะแนนความพึงพอใจเทียบกับจำนวนสายที่ให้บริการในแต่ละปีลดลงไปด้วย จากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า 1663 ควรมีการปรับปรุงแบบการสำรวจความพึงพอใจ หรือมีการชักชวนให้ผู้เข้ารับบริการเพิ่มการให้คะแนนความพึงพอใจนี้มากขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุงแบบของการให้บริการที่มีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ให้บริการมากที่สุด



ภาพที่ 9 ผลสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการ

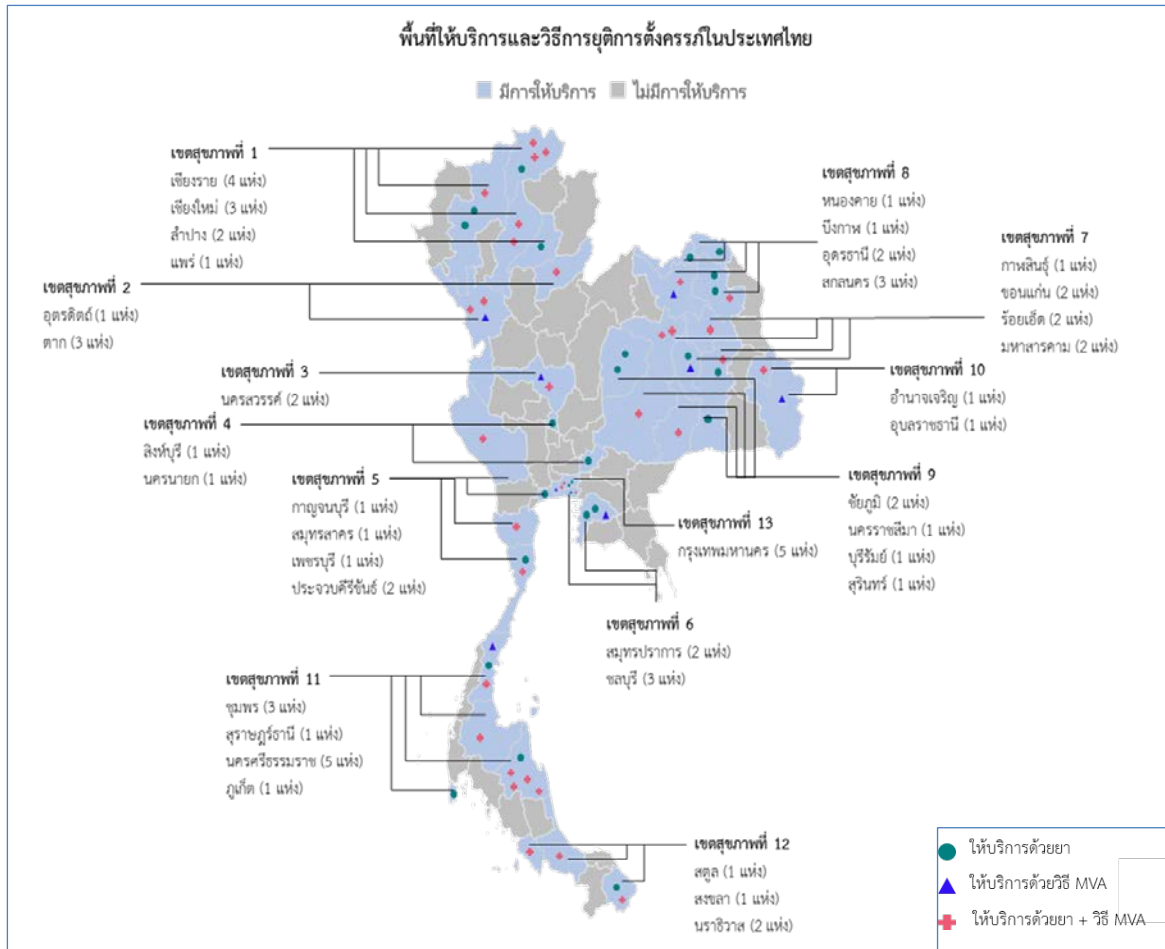
4.1.3 การตัดสินใจของผู้รับบริการ

ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ พบว่า หลังจากอาสาสมัครสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ และผู้รับบริการได้ตัดสินใจเลือกช่องทางต่าง ๆ เช่น ประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ต่อ และยังไม่ตัดสินใจ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) จำนวนผู้เข้ารับบริการใน พ.ศ. 2558-2565 มีความประสงค์ที่จะยุติการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจากร้อยละ 22 ใน พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 67 ใน พ.ศ. 2562 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88 ใน พ.ศ. 2565 2) จำนวนผู้เข้ารับบริการที่ประสงค์จะตั้งครรภ์ต่อ มีจำนวนเพิ่มขึ้นในช่วง พ.ศ. 2558-2563 และมีจำนวนลดลงในช่วง พ.ศ. 2564-2565 และ 3) จำนวนผู้เข้ารับบริการที่ยังไม่ตัดสินใจ มีจำนวนลดลง รายละเอียดดัง [ภาพที่10](#)



ภาพที่ 10 ข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับบริการจำแนกตามการตัดสินใจ

จากจำนวนผู้เข้ารับบริการที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ที่เพิ่มสูงขึ้น สถานพยาบาลเครือข่ายที่เป็นแหล่งส่งต่อจึงมีความสำคัญ ซึ่งจากขั้นตอนการดำเนินงานเมื่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ และผู้รับบริการตัดสินใจด้วยตนเองว่ามีความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะประสานงานกับสถานพยาบาลเครือข่ายที่เหมาะสมกับพื้นที่และอายุครรภ์ของผู้รับบริการ โดยประสานผ่านผู้ประสานงานในพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งถือว่าเป็นการสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษาของผู้ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีระบบการติดตามระหว่างสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) กับสถานพยาบาลเครือข่าย และสถานพยาบาลเครือข่ายไม่ได้ส่งข้อมูลกลับเพื่อรายงานผลการดำเนินงานของแต่ละรายให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ทราบ ดังนั้นประสิทธิผลของการให้บริการ จึงเน้นที่ผลลัพธ์ของการส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ซึ่งปัจจุบันสถานพยาบาลเครือข่ายที่ให้บริการในประเทศไทยมีในทุกเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต แต่ยังไม่ครบทุกจังหวัด ในบางจังหวัดมีการให้บริการตั้งแต่ 1-5 โรงพยาบาล โดยสถานพยาบาลเครือข่ายที่เป็นแหล่งยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยจะมีทั้งการให้บริการด้วยยาหรือการให้บริการด้วย MVA (manual vacuum aspiration) และให้บริการทั้งยา+MVA รายละเอียดดัง [ภาพที่11](#)



ภาพที่ 11 แผนที่แสดงพื้นที่การให้บริการและวิธีการยุติการตั้งครรภ์

4.2 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยแบบ top-down ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider perspective) โดยใช้ข้อมูลที่จัดเก็บไว้บนฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 ซึ่งรวบรวมข้อมูลจำนวนและลักษณะของผู้เข้ารับบริการ และใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จากรายงานงบประมาณประจำปีของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่ยื่นต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564

[ตารางที่ 3](#) แสดงงบประมาณที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) รายงานต่อ สสส. ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 โดยพบว่า ก่อนช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2563 สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีการใช้งบประมาณโดยเฉลี่ย 8-9 ล้านบาทต่อปี และหลังจากเกิดการแพร่ระบาดของ COVID-19 หรือในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 งบประมาณของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ลดลงอยู่ที่ประมาณ 5.5 ล้านบาท หรือคิดเป็นการลดลงที่ร้อยละ 34 จากปีงบประมาณก่อนหน้า จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าปริมาณงบประมาณที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับนั้น สวนทางกับปริมาณการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่มีจำนวนผู้เข้ารับบริการที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี หากพิจารณาตามจำนวนครั้งในการให้บริการ

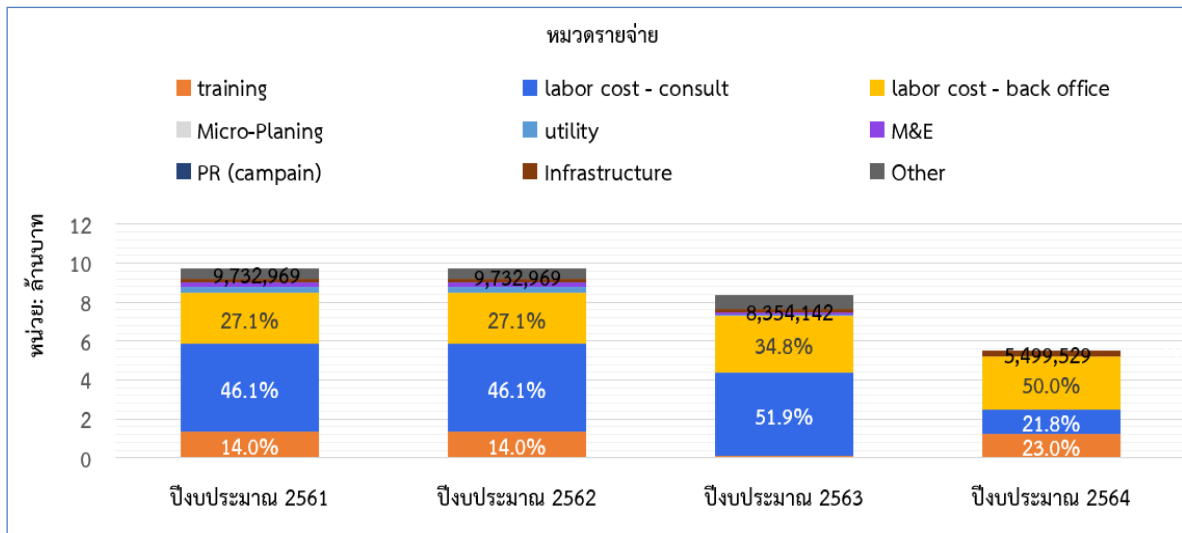
พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของการให้บริการจาก 45,100 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เป็น 63,134 ครั้ง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 29) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และหากพิจารณาตามจำนวนผู้เข้ารับบริการ พบว่า มีการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 31,010 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เป็น 42,279 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 36) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และหากคำนวณเป็นจำนวนครั้งในการให้บริการเฉลี่ยต่อผู้เข้ารับบริการ 1 คน จะพบว่า ผู้เข้ารับบริการ 1 คนจะโทรเข้ารับคำปรึกษาจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยเฉลี่ย 1.5 ครั้งต่อคน

ตารางที่ 3 งบประมาณที่ใช้และปริมาณการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564

	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
1. งบประมาณ (บาท)	9,732,969	9,732,969	8,354,142	5,499,529
2. จำนวนครั้งให้บริการ (ครั้ง)	45,100	48,812	65,494	63,134
3. จำนวนผู้เข้ารับบริการ (คน)	31,010	33,459	40,479	42,279
4. จำนวนครั้งในการให้บริการเฉลี่ยต่อ 1 คน (ครั้งต่อคน)	1.5	1.5	1.6	1.5

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของการใช้จ่ายงบประมาณของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 ตามหมวดของค่าใช้จ่าย [ภาพที่ 12](#) พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ของบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ถูกใช้กับค่าใช้จ่าย 2 หมวดหลัก ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา (labor cost-consult) และ 2) ค่าใช้จ่ายเจ้าหน้าที่ back office (labor cost-back office) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70 ของงบประมาณทั้งหมด (ประมาณ 7 ล้านบาทต่อปี ยกเว้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2564) และค่าใช้จ่ายอีกส่วนที่พบว่ามีสำคัญต่อการดำเนินงานของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คือ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครในการให้บริการให้คำปรึกษา (ค่าใช้จ่าย training) ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 15-20 ของงบประมาณที่ได้รับต่อปี จึงสามารถสรุปได้ว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คือ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร

ทั้งนี้ แม้ว่าปริมาณการเข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งสวนทางกับปริมาณงบประมาณที่ได้รับตามที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น แต่เมื่อนำไปพิจารณาประกอบกับข้อมูลจำนวนสายที่ไม่ได้รับบริการ (missed call) ในหัวข้อ 4.1.1 การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่พบว่า ยังคงมีการขยายตัวของจำนวนสาย missed call ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ สะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่าสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการให้บริการลดลง) แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการใช้บริการได้อย่างครบถ้วน ดังนั้น สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควรพิจารณาเพิ่มคู่มือสายในการให้บริการเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการใช้บริการได้มากขึ้น



ภาพที่ 12 สัดส่วนงบประมาณในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายรายปีงบประมาณ

4.2.1 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยตามมุมมองต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยตามมุมมองต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ คือ การคำนวณต้นทุนทุกอย่างที่เกิดขึ้นในการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) 1 ครั้ง ในการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คณะผู้วิจัยได้อ้างอิงต้นทุนคงที่ (fixed cost) จากค่าใช้จ่ายที่แสดงในรายงานงบประมาณประจำปีของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 ในหมวดที่ไม่ใช่ต้นทุนค่าแรงเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา โดยพบว่าสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีต้นทุนคงที่อยู่ที่ปีละ 4-5.2 ล้านบาท (ภาคผนวก ก)

ทั้งนี้ ปัจจุบันสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ให้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาที่ 500 บาทต่อเวร ซึ่งไม่สามารถสะท้อนค่าแรงที่แท้จริงของการให้บริการได้ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงอ้างอิงอัตราค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา จากเอกสารหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 ซึ่งถือเป็นต้นทุนผันแปร (variable cost) ตามเวลาที่ใช้ในการให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยสามารถแบ่งค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ออกเป็น 2 กรณี ได้แก่ 1) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา อ้างอิงตามอัตราค่าตอบแทนพยาบาลวิชาชีพที่ 15,000 บาทต่อเดือน สำหรับการให้คำปรึกษาในเคสปกติ (normal case) และ 2) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ สำหรับกรณีเกิดเคสซับซ้อน (complex case) อ้างอิงตามอัตราค่าตอบแทนพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ 25,000 บาทต่อเดือน

[ตารางที่ 4](#) แสดงให้เห็นถึงการคำนวณต้นทุนผันแปร (variable cost) ในการบริการให้คำปรึกษาต่อนาที โดยการคำนวณมีสมมติฐานว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสามารถให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ร้อยละ 50 ของเวลาทำงานทั้งหมด กล่าวคือ ไม่รวมเวลาการทำงานเอกสารและเวลาพักผ่อนหรือทำกิจกรรมส่วนตัวระหว่างเวลาทำงาน ซึ่งสามารถคำนวณต้นทุนผันแปรในการให้บริการให้คำปรึกษาต่อนาทีในกรณี 1) ให้บริการคำปรึกษาเคสปกติที่ 3.25 บาทต่อนาที (คิดเฉพาะค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา) และ 2) ให้บริการคำปรึกษาเคสซับซ้อนที่ 8.66 บาทต่อนาที (คิดรวมค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาและเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ)

ตารางที่ 4 การคำนวณต้นทุนผันแปร (variable cost) ในการให้บริการคำปรึกษาต่อหน้าที่

รายละเอียด	ค่าตอบแทน (ต่อเดือน)	
	ทำงาน ร้อยละ 100	ทำงาน ร้อยละ 50
ตำแหน่งงาน: พยาบาลวิชาชีพ (บาท)	15,000	
นาทีละ (บาท)	1.62	3.25
ตำแหน่งงาน: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (บาท)	25,000	
นาทีละ (บาท)	2.71	5.41
กรณี normal case (บาท)	1.62	3.25
กรณี complex case (บาท)	4.33	8.66

ตารางที่ 5 แสดงรายละเอียดการคำนวณต้นทุนรวม (total cost) ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครุฑไม้พร้อม (1663) โดยแจกแจงต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปรตามลักษณะของผู้เข้ารับบริการ ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะของการให้คำปรึกษา ได้แก่ 1) กลุ่มให้คำปรึกษาแบบปกติ (กลุ่ม normal case) 2) กลุ่มให้คำปรึกษาแบบพิเศษเนื่องจากผู้รับบริการมีปัญหาซับซ้อนต้องมีการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ และต้องมีการประสานงานส่งต่อสถานพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ (กลุ่ม complex case)

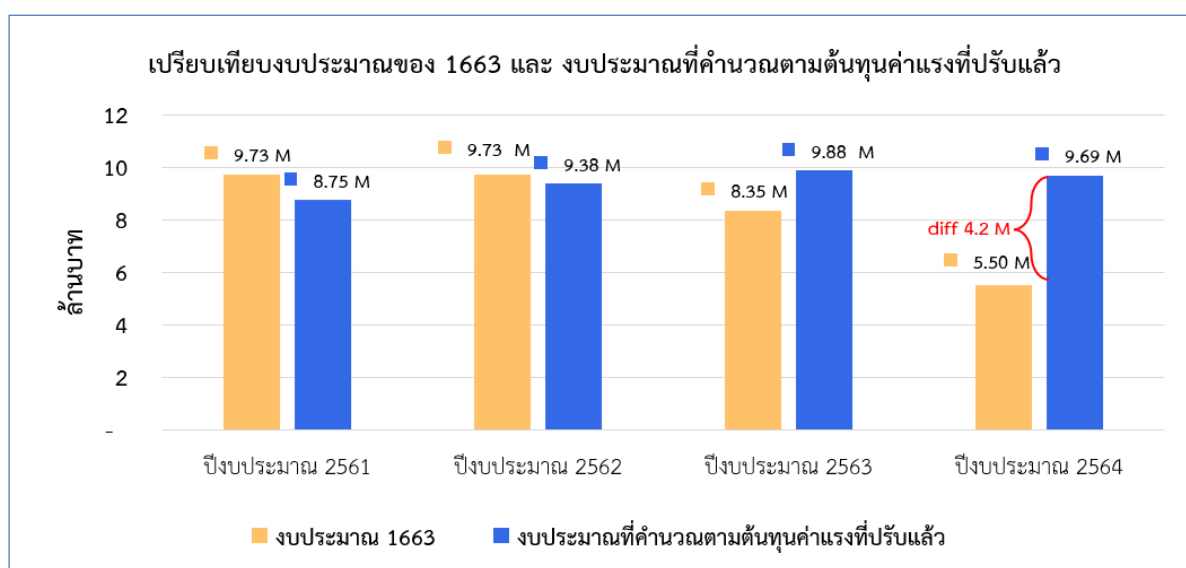
จากการรวบรวมข้อมูลต้นทุนคงที่จากรายการค่าใช้จ่ายในรายงานงบประมาณประกอบกับข้อมูลระยะเวลาในการให้บริการในแต่ละกลุ่มผู้เข้ารับบริการจากฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของสายด่วนการตั้งครุฑไม้พร้อม (1663) ทำให้สามารถคำนวณต้นทุนในการให้บริการสายด่วนการตั้งครุฑไม้พร้อม (1663) อยู่ที่ 8.7-9.8 ล้านบาทต่อปีงบประมาณ

ตารางที่ 5 ต้นทุนในการให้บริการสายด่วนการตั้งครุฑไม้พร้อม (1663) จำแนกตามประเภทต้นทุน

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
(1) จำนวนสายที่ให้บริการ				
1. กลุ่ม normal case	40,692	44,371	60,186	58,699
2. กลุ่ม complex case	4,408	4,441	5,362	4,435
(2) เวลาที่ใช้ในการให้บริการ (นาที)				
1. กลุ่ม normal case	827,090	986,451	1,439,549	1,377,548
2. กลุ่ม complex case	94,595	107,418	137,340	105,880
(3) ต้นทุนในการให้บริการต่อหน้าที่ (บาท)				
1. กลุ่ม normal case	3.25	3.25	3.25	3.25
2. กลุ่ม complex case	8.66	8.66	8.66	8.66
(4) ต้นทุนผันแปร (บาท) (2) x (3)				
1. กลุ่ม normal case	2,685,357	3,202,763	4,673,860	4,472,558
2. กลุ่ม complex case	819,004	930,026	1,189,091	916,710

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
(5) ต้นทุนคงที่ (บาท)	5,249,254	5,249,254	4,021,406	4,300,929
(6) ต้นทุนรวม (บาท) (4) + (5)	8,753,615	9,382,043	9,884,357	9,690,197
(7) ต้นทุนเฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	194	192	151	153

ทั้งนี้ เมื่อนำต้นทุนที่คำนวณได้ใน [ตารางที่ 5](#) มาเปรียบเทียบกับงบประมาณที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการจัดสรรจากแหล่งทุนพบว่า ในแต่ละปีงบประมาณสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ใกล้เคียงกับผลการคำนวณงบประมาณทางเศรษฐศาสตร์ ยกเว้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่มีผลต่างระหว่างงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรและงบประมาณทางเศรษฐศาสตร์ จำนวนที่ 4.2 ล้านบาท ([ภาพที่ 13](#)) ผลต่างดังกล่าว (กรณีที่ยังงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรน้อยกว่างบประมาณทางเศรษฐศาสตร์) สะท้อนให้เห็นว่า สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อต้นทุนในการให้บริการ โดยเฉพาะในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่เป็นช่วงของการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ดังนั้น แหล่งทุนควรพิจารณาเพิ่มการจัดสรรงบประมาณให้กับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ให้ครอบคลุมต้นทุนในการให้บริการเพื่อให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถดำเนินงานต่อไปได้



ภาพที่ 13 เปรียบเทียบงบประมาณทางบัญชีและงบประมาณทางเศรษฐศาสตร์ของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

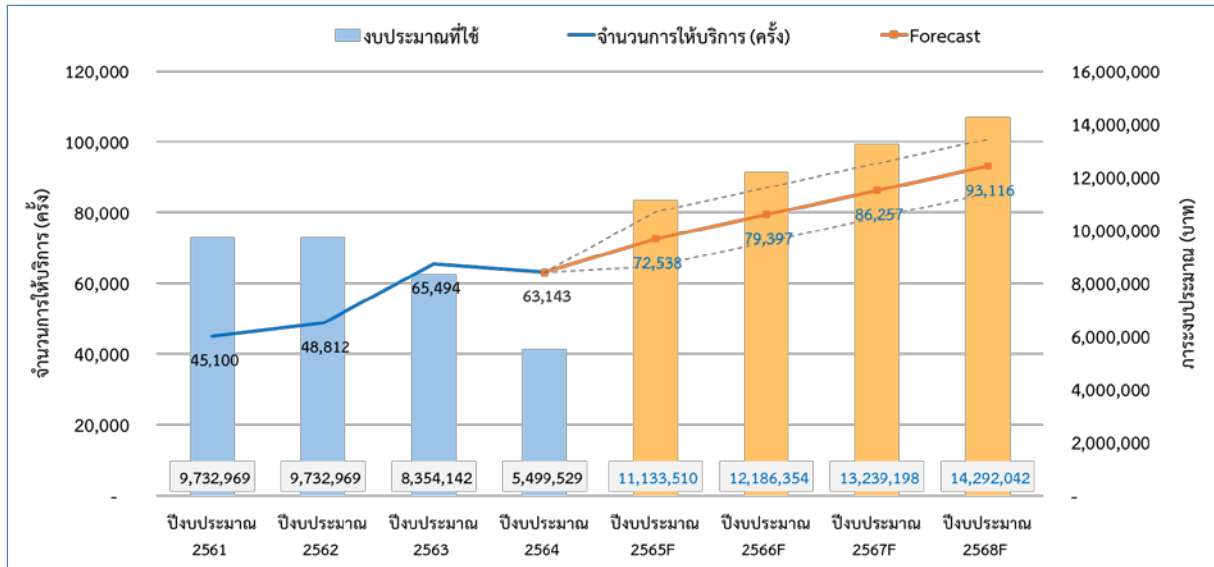
หากพิจารณาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นปีล่าสุดที่มีการคำนวณงบประมาณตามมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ซึ่งอยู่ที่ 9,690,197 บาท และมีจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการคำปรึกษาที่ 63,134 ครั้ง ดังนั้น ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะอยู่ที่ **153 บาทต่อครั้ง** ในการเข้ารับบริการคำปรึกษา

4.2.2 การคำนวณผลกระทบงบประมาณ

การศึกษานี้ได้ดำเนินการวิเคราะห์ถึงผลกระทบงบประมาณที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้เห็นภาพรวมของงบประมาณที่จะเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนการจัดสรรงบประมาณสำหรับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการคาดการณ์ (forecast) จำนวนครั้งในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคตโดยใช้ข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 ด้วยวิธีการคาดการณ์เชิงเส้น (linear extrapolation) ตามลักษณะของการเพิ่มขึ้นของจำนวนการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และคำนวณภาระงบประมาณที่จะเกิดขึ้น โดยการคำนวณผลกระทบงบประมาณดังกล่าวกำหนดให้ใช้อัตราการเบิกจ่ายต่อการให้บริการ 1 ครั้งเท่ากับต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการต่อครั้งที่ 153 บาท ซึ่งมีผลการคำนวณดังแสดงในตารางที่ 6 ทั้งนี้ เนื่องจากกรอบการวิเคราะห์ข้อมูลและการประมาณการใช้ข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ดังนั้น อาจมีตัวแปรอื่นที่ส่งผลต่อการดำเนินงานและจำนวนผู้เข้ารับบริการในอนาคตได้ เช่น อัตราการเกิดลดลง

ตารางที่ 6 ผลกระทบงบประมาณระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

ปีงบประมาณ	จำนวนการเข้ารับบริการต่อปี (ครั้ง)	ช่วงความเชื่อมั่น 95%		งบประมาณ (บาท)	
		ขอบล่าง (ครั้ง)	ขอบบน (ครั้ง)		
2561	45,100	-	-	9,732,969	
2562	48,812	-	-	9,732,969	
2563	65,494	-	-	8,354,142	
2564	63,143	-	-	5,499,529	
forecast	2565F	72,538	64,880	80,195	11,133,510
	2566F	79,397	71,739	87,055	12,186,354
	2567F	86,257	78,599	93,914	13,239,198
	2568F	93,116	85,458	100,774	14,292,042



ภาพที่ 14 แผนภูมิแสดงผลกระทบงบประมาณระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568

ภาพที่ 14 แสดงถึงการคาดการณ์จำนวนการเข้ารับบริการและภาระงบประมาณที่คำนวณได้ของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 โดยพบว่าปริมาณการเข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปีโดยคาดว่าใน พ.ศ. 2568 จะมีผู้เข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มากถึง 93,116 ครั้ง ซึ่งจำนวนการเข้ารับบริการที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีทำให้ภาระงบประมาณที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละปีสูงขึ้นตามไปด้วย จากการคำนวณพบว่าในแต่ละปีจะใช้งบประมาณในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) อยู่ที่ประมาณ 11-14 ล้านบาทต่อปี หรือหากรวมเป็นผลกระทบงบประมาณทั้ง 4 ปี จะมีภาระงบประมาณอยู่ที่ 50.8 ล้านบาท

4.3 การศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาความคุ้มค่าของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยใช้การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างต้นทุน (cost) และผลลัพธ์ (benefit) ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยทำการแปลงผลลัพธ์ดังกล่าวให้อยู่ในรูปของตัวเงินเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับต้นทุน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์ของการมีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จำนวน 2 ผลลัพธ์ ได้แก่

- 1) ลดอัตราการเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยของผู้ยุติการตั้งครรภ์
 - 2) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) จากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย
- ทั้งนี้ มีตัวแปรที่ใช้ในการคำนวณผลได้จากผลลัพธ์ ดังแสดงใน [ตารางที่ 7](#)

ตารางที่ 7 ตัวแปร (parameters) ที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้

ตัวแปร (parameters)	ค่า (value)	อ้างอิง (reference)
อัตราการตายของมารดา (MMR rate) (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	พ.ศ. 2561-2564 อยู่ที่ 19.9, 22.5, 25.1 และ 26.6	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ⁽³⁸⁾
ร้อยละการตายของมารดาจาก สาเหตุการยุติการตั้งครรภ์	ร้อยละ 7.4 ของมารดาที่ เสียชีวิต	Say, Lale et al. "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis." The Lancet. Global health vol. 2,6 (2014): e323-33. ⁽³⁹⁾
- โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ - โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการยุติการตั้งครรภ์โดยบุคลากร ที่ไม่ใช่แพทย์	0.015 0.17	รายงานเฝ้าระวังการทำแท้งประเทศ ไทย พ.ศ. 2562 ⁽¹⁾
อัตราการยุติการตั้งครรภ์	440 ต่อ 1,000 การเกิดมี ชีพ	องค์การอนามัยโลก (WHO) ⁽⁴⁰⁾
สัดส่วนการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ ปลอดภัย	ร้อยละ 36.8 ของหญิงที่ ยุติการตั้งครรภ์	Srinil S. Factors associated with severe complications in unsafe abortion. J Med Assoc Thai. 2011 Apr;94(4):408-14. PMID: 21591524. ⁽⁴¹⁾

สำหรับการคำนวณต้นทุนผลได้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลงผลลัพธ์ทั้ง 2 ผลลัพธ์ ออกมาอยู่ในรูปแบบของตัวเงินและทำการเปรียบเทียบระหว่างกรณีไม่มีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ เทียบกับกรณีมีการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และมีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยตามกฎหมาย โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ต้นทุนผลได้} = \frac{\text{ผลลัพธ์}_{\text{กรณีมี 1663}} - \text{ผลลัพธ์}_{\text{กรณีไม่มี 1663}}}{\text{ต้นทุน}_{\text{กรณีมี 1663}} - \text{ต้นทุน}_{\text{กรณีไม่มี 1663}}}$$

4.3.1 การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ต่อผลลัพธ์การลดอัตราการเสียชีวิต

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อัตราตายของมารดา (MMR rate) ในปัจจุบัน (ระหว่าง พ.ศ. 2561-2564) อยู่ที่ 19.9-26.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน⁽³⁸⁾ และร้อยละ 7.4 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากสาเหตุการยุติการตั้งครรภ์⁽³⁹⁾ โดยสามารถแบ่งการคำนวณผลลัพธ์ของการช่วยลดการเสียชีวิตออกเป็น 2 กรณี ได้ดังนี้

➤ กรณีที่ 1 กรณีไม่มีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์

$$\begin{aligned} \text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากการยุติการ} &= \text{จำนวนการเกิดมีชีพ} \times \text{อัตราตายมารดา} \times \\ \text{ตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย} &\quad \times \text{ร้อยละการตายของมารดาจากสาเหตุการยุติการตั้งครรภ์} \end{aligned}$$

➤ กรณีที่ 2 กรณีมีการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และมีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยตามกฎหมาย

$$\begin{aligned} \text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากการยุติการ} &= [(\text{จำนวนการเกิดมีชีพ} \times \text{อัตราตายมารดา}) - \text{จำนวนผู้เข้ารับบริการ} \\ \text{ตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย} &\quad \text{สายด่วนที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์}] \times \text{ร้อยละการตายของมารดา} \\ &\quad \text{จากสาเหตุการยุติการตั้งครรภ์} \end{aligned}$$

[ตารางที่ 8](#) แสดงผลการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้สำหรับผลลัพธ์การลดอัตราการเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย โดยคณะผู้วิจัยได้แปลงผลลัพธ์การเสียชีวิตเป็นจำนวนเงินผ่านการคำนวณต้นทุนที่เกิดจากการเสียชีวิต (cost of mortality) (ภาคผนวก ข) และจากการคำนวณพบว่า การมีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถช่วยลดจำนวนการเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัยได้ ร้อยละ 1-5 ทั้งนี้ หากพิจารณาเป็นจำนวนเงินพบว่า บริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถช่วยเพิ่มผลได้ 2.1-4.1 ล้านบาทต่อปี เนื่องจากสามารถช่วยรักษาชีวิตของผู้ที่ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัยได้บางส่วนเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่มีสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ทั้งนี้ การวิเคราะห์ดังกล่าวมีสมมติฐานว่า ผู้เข้ารับบริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่มีการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์จะเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยทุกราย

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ผลได้ของผลลัพธ์การลดอัตราการเสียชีวิต

	รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
กรณีไม่มีสายด่วน 1663 และกฎหมายยุติการตั้งครรภ์	จำนวนการเกิดมีชีพ (คน)	637,905	598,132	593,395	559,701
	จำนวนมารดาที่เสียชีวิต (MMR rate from 2018-2021 * live birth)	127	135	149	149
	จำนวนผู้เสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ (7 percent of maternal death)	9.39	9.96	11.02	11.02
กรณีมีสายด่วน 1663 และมีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยตามกฎหมาย	จำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วน 1663 ที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์	21,707	23,421	28,615	29,595
	จำนวนมารดาที่เสียชีวิต (MMR rate from 2018-2021 * live birth) exclude 1663 users	122.62	129.31	141.76	141.01
	จำนวนผู้เสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ (7 percent of maternal death)	9.07	9.57	10.49	10.43
ผลประโยชน์ (benefit)	จำนวนมารดาที่เสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ที่สายด่วน 1663 สามารถช่วยได้	0.32	0.39	0.53	0.58
	ต้นทุนการเสียชีวิต (cost of mortality)	6,683,216	6,837,844	6,995,083	7,181,422
	ผลได้ (benefit)	2,136,339	2,666,517	3,717,891	4,183,565

4.3.2 ต้นทุนผลได้ต่อผลลัพธ์การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication)

ในการศึกษาผลลัพธ์ของบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในส่วนของการช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน คณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาตัวแปรมาใช้คำนวณจำนวนผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย ได้แก่ 1) จำนวนผู้ยุติการตั้งครรภ์ ที่อัตรา 440 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ⁽⁴⁰⁾ 2) สัดส่วนการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย ซึ่งพบว่า มีสัดส่วนที่ร้อยละ 36.8 ของผู้ยุติการตั้งครรภ์⁽⁴¹⁾ 3) สัดส่วนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) จากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย โดยมีสัดส่วนที่ร้อยละ 17.39 ของหญิงที่ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย⁽⁴¹⁾ และ 4) โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ที่ 0.015 และโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์โดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ที่ 0.17⁽¹⁾ ทั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถแบ่งการคำนวณผลลัพธ์ของการช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนออกเป็น 2 กรณี ได้ดังนี้

➤ **กรณีที่ 1 กรณีไม่มีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์**

จำนวนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย	=	(จำนวนการเกิดมีชีพ × อัตราการยุติการตั้งครรภ์ × สัดส่วนผู้ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย) × โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์โดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์
--	---	---

➤ **กรณีที่ 2 กรณีมีการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และมีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยตามกฎหมาย**

จำนวนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย	=	[(จำนวนการเกิดมีชีพ × อัตราการยุติการตั้งครรภ์) – จำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วนที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์] × สัดส่วนผู้ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย) × โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์
--	---	--

ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้สำหรับผลลัพธ์การช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย โดยคณะผู้วิจัยได้แปลงผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัยเป็นจำนวนเงินผ่านการใช้อัตราค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัยที่ 6,800 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย⁽⁴²⁾ และจากการคำนวณพบว่า การมีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถช่วยลดจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัยได้ปีละ 14,515-16,474 ราย ทั้งนี้ หากพิจารณาเป็นจำนวนเงินพบว่า บริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถช่วยลดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัยได้ประมาณปีละ 98-112 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่มีสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ทั้งนี้ การวิเคราะห์ในส่วนนี้ก็มีสมมติฐานว่า ผู้เข้ารับบริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่มีการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์จะเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัยทุกราย

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ผลได้ของผลลัพธ์การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

	รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
กรณีไม่มีสายด่วน 1663 และกฎหมายยุติ การตั้งครรภ์	จำนวนการเกิดมีชีพ	637,905	598,132	593,395	559,701
	จำนวนผู้ยุติการตั้งครรภ์ (440 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)	280,678	263,178	261,094	246,268
	จำนวนผู้ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ ปลอดภัย (ร้อยละ 36.8 ของผู้ยุติการตั้งครรภ์)	103,290	96,850	96,083	90,627
	จำนวนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติ การตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 17.39 ของผู้ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ ปลอดภัย)	17,963	16,843	16,710	15,761
กรณีมีสายด่วน 1663 และมีการให้บริการยุติการ ตั้งครรภ์แบบปลอดภัยตามกฎหมาย	จำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วน 1663 ที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์	21,707	23,421	28,615	29,595
	จำนวนผู้ยุติการตั้งครรภ์ (440 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)	280,678	263,178	261,094	246,268
	จำนวนผู้ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ ปลอดภัย (ร้อยละ 36.8 ของผู้ยุติการตั้งครรภ์ ไม่รวม ผู้ใช้บริการสายด่วน 1663)	95,301	88,230	85,552	79,736
	จำนวนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติ การตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 1.56 ของผู้ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ ปลอดภัย)	1,489	1,379	1,337	1,246
ผลประโยชน์ (benefit)	จำนวนผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย ที่สาย ด่วน 1663 สามารถช่วยได้	16,474	15,465	15,373	14,515
	ต้นทุนการรักษาภาวะแทรกซ้อน (6,800 บาทต่อคน)	6,800	6,800	6,800	6,800
	ผลได้ (benefit) (บาท)	112,025,379	105,160,610	104,538,112	98,704,105

เมื่อพิจารณารวมผลประโยชน์ที่เกิดจากทั้ง 2 ผลลัพธ์ กล่าวคือ 1) การลดอัตราการเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย และ 2) การลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย และนำมาเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ใช้ในแต่ละปีพบว่า ในอดีตการลงทุนในบริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) 1 บาท จะได้ผลประโยชน์ตอบแทนกลับมา 11-19 บาท หรือหากพิจารณางบประมาณและผลได้ภาพรวม (ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564) พบว่าการลงทุนในบริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) 1 บาทจะได้ผลประโยชน์ตอบแทน 13 บาท ([ตารางที่ 10](#))

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ของการให้บริการสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

รายการ	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	รวม (บาท)
(1) งบประมาณสายด่วน 1663	9,732,969	9,732,969	8,354,142	5,499,529	33,319,609
(2) ผลได้จากการลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการ ตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย	112,025,379	105,160,610	104,538,112	98,704,105	420,428,207
(3) ผลได้จากการลดการ เสียชีวิตจากการยุติการ ตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย	2,136,339	2,666,517	3,717,891	4,183,565	12,704,312
(4) รวมผลได้จากการบริการสาย ด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) (บาท)	114,161,718	107,827,128	108,256,003	102,887,671	433,132,519
(5) การลงทุน 1 บาท จะได้ ผลตอบแทน	12 บาท	11 บาท	13 บาท	19 บาท	13 บาท

4.3.3 การวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis)

ในการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (CBA) ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) พบว่าข้อมูลของตัวแปรที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ค่อนข้างมีจำกัด เนื่องจากประเด็นที่ทำการศึกษาคือประเด็นที่มีความอ่อนไหวและยังไม่ได้มีผู้ทำศึกษามากนัก ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยพบว่าอัตราการยุติการตั้งครรภ์เป็นตัวแปรที่มีการเก็บข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล จึงได้นำตัวแปรดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์ความไวเพื่อดูผลกระทบต่อค่าการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนผลได้ในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยมีผลการคำนวณดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความไวของตัวแปรอัตราการยุติการตั้งครรภ์

แหล่งข้อมูล	อัตราการยุติ การตั้งครรภ์	จำนวนผู้ยุติการ ตั้งครรภ์ต่อปี	CBA	หมายเหตุ
1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2557) ^(40, 43)	14.2	7,100	-	ข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐ 13 จังหวัด
2. กรมอนามัย (2542) ^(40, 44)	19.5	9,750	-	ข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐ 787 แห่ง
3. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย (2555) ^(40, 45)	109.1	54,550	4	ไม่ทราบว่าเป็นข้อมูลจากการ สำรวจหรือการวิจัย
4. กลุ่มณรงค์แก้ประมวล กฎหมายอาญามาตรา 301 - 305 (2524) ^(40, 46)	300	150,000	9	ข้อมูลเก่า และแหล่งที่มาไม่ ชัดเจน
5. WHO (2554-2557) ^(40, 47)	440	220,000	13	ค่าเฉลี่ยของภูมิภาค ตะวันออกเฉียงใต้

จากผลการวิเคราะห์ความไวโดยปรับให้อัตราการยุติการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 109.1 ถึง 440 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ จะส่งผลให้การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้อยู่ระหว่าง 4 ถึง 13 บาท จึงสามารถสรุปได้ว่าแม้มีการปรับตัวแปรอัตรายุติการตั้งครรภ์ การให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังคงมีความคุ้มค่าในการลงทุน ทั้งนี้ อัตราการยุติการตั้งครรภ์ในแหล่งข้อมูลที่ 1 และ 2 ไม่สามารถมาคำนวณ CBA ได้ เนื่องจากเมื่อคำนวณแล้วพบว่าจำนวนผู้ยุติการตั้งครรภ์มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ซึ่งแปลว่าอัตราดังกล่าวอาจไม่สะท้อนภาพความเป็นจริง

4.4 การศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

วัตถุประสงค์ที่ 4 จะนำเสนอผลการศึกษาทั้งในส่วนของผู้มองบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีต่อการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และมุมมองของเจ้าหน้าที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต่อระบบการให้บริการ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสถานพยาบาลเครือข่ายจำนวน 6 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้ทำหัตถการ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมจำนวน 42 ท่าน รายละเอียดการศึกษา ดังนี้

มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

4.4.1 การศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบัน

คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bowen และคณะ (2009)⁽⁴⁸⁾ ประกอบกับแนวคิดการศึกษาความเป็นไปได้จากคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562 โดยแบ่งประเด็นในการวิเคราะห์ความเหมาะสมเป็น 3 ประเด็น คือ 1) การดำเนินมาตรการและการปฏิบัติได้จริงของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) 2) ความต้องการต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และ 3) การยอมรับต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบัน

ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ พบว่า เมื่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ และผู้รับบริการตัดสินใจด้วยตนเองว่ามีความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะประสานงานกับสถานพยาบาลเครือข่ายที่เหมาะสมกับพื้นที่และอายุครรภ์ของผู้รับบริการ โดยใช้ช่องทางในการติดต่อประสานงานรับส่งข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน Line และการโทรศัพท์ไปยังผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นหลัก ซึ่งผู้ประสานงานในพื้นที่อาจเป็นแพทย์ผู้ทำหัตถการ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง หรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่นั้น ๆ

รูปแบบการให้บริการในสถานพยาบาล สามารถจำแนกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ ให้บริการแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก โดยทั้ง 2 รูปแบบมีขั้นตอนการให้บริการที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ เมื่อผู้รับบริการเดินทางมาถึงยังสถานพยาบาลแล้ว เจ้าหน้าที่จะซักประวัติ คัดกรองเบื้องต้น และให้คำปรึกษาอีกครั้งเพื่อยืนยันความประสงค์ในการยุติการตั้งครรภ์ จากนั้นจึงทำการ ultrasound เพื่อตรวจอายุครรภ์ เมื่อประเมินสุขภาพของผู้รับบริการแล้วเสร็จ แพทย์จะให้ยา medabon และ/หรือ misoprostol เพื่อยุติการตั้งครรภ์ บางสถานพยาบาลจะใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA) เพื่อยุติการตั้งครรภ์ และเมื่อทำหัตถการแล้วเสร็จ ในช่วง 1-2

สัปดาห์เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลจะมีการติดตามอาการของผู้รับบริการว่ายุติการตั้งครรภ์สมบูรณ์หรือไม่ มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามระบบการให้บริการแต่ละสถานพยาบาล

4.4.1.2 การดำเนินมาตรการและการปฏิบัติได้จริง

สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะพูดคุยทำความเข้าใจกับสถานพยาบาลเครือข่ายแต่ละแห่งว่าข้อมูลของผู้เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลต้องการนั้นมีอะไรบ้าง แล้วจะจัดทำประวัติผู้เข้ารับบริการเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับสถานพยาบาล โดยข้อมูลของผู้รับบริการประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ อายุครรภ์ โรคประจำตัว สาเหตุในการยุติการตั้งครรภ์ นอกเหนือจากการให้คำปรึกษาผู้รับบริการแล้ว สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังทำหน้าที่ในฐานะผู้ประสานงานเพื่อนัดหมายระหว่างผู้รับบริการกับสถานพยาบาลเครือข่าย โดยมีหลักการสำคัญในการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาล คือ อายุครรภ์ การเดินทางไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และสิทธิตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายของผู้รับบริการ

"...ปัจจุบันนี้ค่ะเราจะส่งข้อมูลทางไลน์นะคะ ข้อมูลทางไลน์เนี่ยเขาก็จะบอกเลยว่า ชื่อ นามสกุล อายุค่ะ แล้วก็ในเรื่องของประจำเดือนครั้งสุดท้าย หรือว่าในเรื่องของอาการอัลตราซาวด์จากที่เราได้อัลตราซาวด์มาแล้วโรเจีย หรือว่าถ้าเกิดประจำเดือนจำไม่ได้เขาก็จะแจ้งมาเลยคะตามรายละเอียดเลย แล้วก็รวมทั้งในเรื่องของโรคประจำตัวนะคะ การแพทย์อะไรอย่างเงี้ยคะ แล้วก็ข้อมูลสำคัญก็คือว่า ที่เราไม่พร้อมเนี่ยด้วยสาเหตุอะไรคะด้วย สาเหตุอะไรก็จะแจ้งมา..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL03-1)

"...1663 เนี่ยเขาก็จะมีเป็นแพทย์ที่รับของเขาวัดว่าเขาต้องซักประวัติอะไรบ้างกับคนไข้ แล้วก็พอเสร็จเขาก็จะส่งมาให้เราพิมพ์ส่งมาให้เรา แล้วก็นัดวัน นัดวันให้เรา..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL01-1)

"...เพราะเราได้คุยกันแล้วว่าเราต้องการข้อมูลอันไหนบ้างคะ จากนั้นเสร็จปุ๊บเขาก็จะลงรายละเอียดตามข้อมูลนั้นให้กับเราอย่างเงี้ยคะ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL03-1)

ข้อคิดเห็นต่อรูปแบบการคัดกรองเบื้องต้นและการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าข้อมูลจากการคัดกรองเบื้องต้นของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีส่วนช่วยต่อการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลเครือข่าย เนื่องจากเป็นข้อมูลพื้นฐานในการยืนยันตัวตน ผู้เข้ารับบริการจะทราบลำดับขั้นตอนในการเข้ารับบริการ และช่วยประสานนัดหมาย ทำให้ลดภาระการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้บางส่วน แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการคัดกรองเบื้องต้นอาจมีข้อผิดพลาดของอายุครรภ์เพราะเป็นเพียงข้อมูลที่ผู้เข้ารับบริการแจ้งมา ดังนั้นทุกสถานพยาบาลเครือข่ายที่ได้รับข้อมูลการคัดกรองประวัติเบื้องต้นของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) แล้ว แต่เมื่อผู้รับบริการไปถึงยังสถานพยาบาล จะมีการคัดกรองประวัติและให้คำปรึกษาอีกครั้ง

"...ในเรื่องของ pre counseling เนี่ยทาง 1663 ก็ช่วยเรา pre counseling มาได้ในระดับหนึ่ง คนไข้ก็จะเข้าใจว่าเออมายุติการตั้งครรภ์ต้องมีขั้นตอนในการทำอะไรยังไงบ้าง เขาก็จะมาไม่ผิดเวลา มาได้ทันเวลา แล้วก็อายุครรภ์เนี่ยเขาก็จะคำนวณให้คร่าว ๆ ให้เราแล้ว"

ซึ่งมันก็จะน้อยอะ ที่ว่าจะมีเกินบ้างหรือไม่เห็นบ้างมันก็จะน้อยลง ซึ่งอันนี้พี่ว่ามันเป็นมัน เป็นข้อดีของการที่เราต้องยังจำเป็นต้องมี 1663..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL01-1)

"...1663 หรือ ก็โอเคเนอะ คือช่วยในเรื่องที่ว่า ช่วยส่งต่อคนไข้เนะ เราก็โอเค เราก็ยินดีนะ เพราะว่าคนไข้เด็กร้อนเนี่ย เขาก็ไม่รู้จะไปพึ่งใคร พอเขาเห็นสายด่วน 1663 เขาโทรไป ๆ เขาก็อธิบายดีนะ อธิบาย คนไข้บอกอธิบายดี ให้ความกระจ่างอะไร แต่ว่าบางครั้งเนี่ยเขา อธิบายเกินไป แล้วเขาก็จะมากบอกว่า เอ้อ ทาง 1663 แนะนำมา เออ ที่ต้องทำแบบนี้ ๆ เรา แบบไม่ใช่นะคะน้อง มากก็ต้องมาเข้ากระบวนการของเรา ก็ต้องอธิบาย ชี้แจงรายละเอียดให้ คนไข้ฟัง ไม่ใช่ว่า 1663 บอกมายังไง ๆ เอ้อ อายุครรภ์เท่านั้นเท่านั้น มันไม่ใช่ มันต้องตรวจ อัลตราซาวนด์ ให้เห็นก่อนถึงจะรักษาได้..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL04-1)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการรับส่งข้อมูลของผู้เข้ารับบริการผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน Line ไปยังผู้ประสานงานในพื้นที่ พบว่าบางสถานพยาบาลมีการสื่อสารในรูปแบบของกลุ่มผู้ประสานงาน ซึ่งในกลุ่มนั้นจะมีบุคลากรของสถานพยาบาลหลายคน และบุคลากรของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ซึ่งจะมีการรับส่งข้อมูลผลการคัดกรองในเบื้องต้น ประวัติของผู้เข้ารับบริการ การนัดหมาย ฯลฯ ทำให้สามารถสื่อสารระหว่างหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับบริการที่ส่งผ่านแอปพลิเคชัน Line นี้ ยังไม่มีการเข้ารหัส การปกปิดข้อมูล หรือมาตรการรักษาความปลอดภัยต่อข้อมูลส่วนบุคคลในรูปแบบอื่น ๆ จึงอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลได้

"...มาทางไลน์ ส่งมาทางไลน์ว่าวันนี้คนนี้จะมาวันไหนอะไรอย่างเงี้ยคะ จะมีพี่ ๆ พี่ก็จะมาเป็น เพจที่ที่อยู่ในกลุ่มเนี่ยคะก็ตอนนี้ก็รับกันวันละประมาณ 4 คน..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL01-1)

4.4.1.3 ความต้องการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้รับบริการที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ส่งต่อมายังสถานพยาบาลเครือข่าย มีประมาณ 10 รายต่อสัปดาห์ สะท้อนให้เห็นว่าช่องทางสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังคงได้รับการยอมรับและมีความต้องการในการใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกเหนือจากช่องทางสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) แล้ว สถานพยาบาลเครือข่ายยังมีผู้รับบริการมาจากหลากหลายช่องทาง เช่น การ walk in, การส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย-ลูกข่าย, การส่งต่อจากเครือข่ายอื่น ๆ (RSA, TAMTANG ฯลฯ) เป็นต้น นอกจากนี้สถานพยาบาลเครือข่ายบางแห่งเป็นสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียวในจังหวัดที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ จึงได้รับการส่งต่อเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้จะมีผู้ประสงค์ยุติการตั้งครรภ์เป็นจำนวนมากแต่ก็มีช่องทางที่หลากหลายให้ผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงได้ และสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังคงเป็นช่องทางที่ส่งต่อผู้รับบริการมายังสถานพยาบาลเครือข่ายมากที่สุด

"...ก็จะมีลงอยู่แล้วละว่ามาจาก 1663 คือ ก่อนหน้านั้นเลยอะ ก่อนหน้านั้นเลยผ่านเกือบทุกเคสประมาณ 90% ที่ผ่าน นอกนั้นก็จะเป็น RSA แต่พอมาหลัง ๆ ที่ เมื่อกี้ที่พี่บอกคือ คู่สายเขาน้อยลง แล้วเพราะกลุ่ม TAMTANG เขาก็มาช่วย กลุ่ม TAMTANG เป็นเพจ เป็นเพจเหมือนกันที่มี..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL01-1)

"...(ชื่อสถานพยาบาล) น่าจะถึง 300 แล้วมั้งตอนนี้ เฉลี่ยแล้วเดือนนึงประมาณ 30..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-7)

ความต้องการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันมีผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และมีสถานพยาบาลเครือข่ายที่พร้อมรับการส่งต่อจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามความต้องการในการใช้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่เพิ่มขึ้นนี้อาจสะท้อนถึงความสำเร็จในการประชาสัมพันธ์ การสร้างการรับรู้ สร้างความไว้วางใจในการให้บริการของสายด่วนที่มีต่อประชาชน แต่ยังคงสะท้อนถึงความไม่สำเร็จในการรณรงค์หรือการให้ความรู้กับประชาชนในด้านการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวได้เช่นกัน

4.4.1.4 การยอมรับ

คณะผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอในประเด็นการยอมรับออกเป็น 2 ส่วน คือ การยอมรับต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และการยอมรับในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

➤ การยอมรับต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้การยอมรับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในฐานะ “ผู้ให้คำปรึกษาที่ดี” เนื่องจากประเด็นยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยเป็นประเด็นที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน แม้จะมีกฎหมายรับรองและมีช่องทางในการสื่อสารที่เพิ่มมากขึ้น แต่การยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ยังเป็นประเด็นในทางลบต่อมุมมองของประชาชนทั่วไป ดังนั้นเมื่อผู้ที่ต้องการเข้ารับบริการต้องเผชิญกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งอาจมีเหตุผลหลากหลายประการแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และมีความประสงค์ที่จะยุติการตั้งครรภ์ หากไม่มี “ผู้ให้คำปรึกษา” ที่แนะนำอย่างเหมาะสมและปลอดภัยแล้ว อาจนำไปสู่ทางเลือกและการตัดสินใจที่อันตรายได้ ด้วยเหตุนี้การมีอยู่ของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากเครือข่ายสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เป็นหนึ่งในช่องทางที่สำคัญของผู้ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ให้สามารถเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย

"...กลุ่มเด็กกลุ่มนักศึกษาเลยก็มีที่พึ่งอะนะ พุดง่าย ๆ คือมีที่พึ่ง เพราะว่าถ้าโทรแล้วไม่ได้ก็คือเหมือนกับเขาก็เคืองนะ เพราะว่าบางทีถ้าคือเขาก็ไม่รู้จะโทรหาใครถูกไหม ก็เหมือนเบอร์โรงพยาบาลเนี่ย คือโทรใครจะรับ มันก็เคืองอะ คือบางทีได้ก็มันพว้าคือเหมือนนอกเวลาอะไรแบบนี้ เวลาเขาเจอปัญหานอกเวลาราชการอย่างเงี้ยถ้ามี 1663 ถ้าเกิดเขาโทรติดมันก็อย่างน้อยก็ช่วยเป็นที่พักใจให้เขาจะอย่างน้อยก็แบบว่ามีความหวังให้กับเขาที่กำลังมีเดมนอะนะ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-8)

เมื่อสายด่วนการตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการยอมรับจากประชาชนมากขึ้น จึงส่งผลให้ในแต่ละวันมีผู้โทรเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก จนทำให้ไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง ซึ่งปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินงานในสถานพยาบาล เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะมีภาระงานในการคัดกรองและประสานงานกับผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เป็นช่องทางหลักได้ และตัดสินใจเลือกยุติการตั้งครุภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยจนเกิดผลเสียที่ร้ายแรงตามมา นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดทัศนคติเชิงลบในการเข้ารับบริการ จนส่งผลต่อการยอมรับของสายด่วนการตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคตได้

"...แต่พี่บอกเลยนะ 1663 โทรไม่ติดเลยต่อหน้าพี่เลยพี่ว่าลองโทรเลยลองโทรเลย คือโทรไม่ได้จริง ๆ พี่บอกเลยแต่เวลาที่ประชุม RSA ที่ไหนพี่ก็ขอร้องขอเถอะเพิ่มสายเพราะว่าเราต้องรับบทแทน 1663 ไงเพราะว่าเราก็ต้องรับโทรศัพท์อยู่เหมือนกับตลอดเวลา บ่อยมากก็ซึ่งลูกเต้าครอบครัวก็จะค่อนข้างจะนั่นหนอยคือเยอะอะเนาะ มาเยอะนี่หมายถึงว่าคนไข้ที่ปรึกษาแล้วก็คือข้อใจก็ปรึกษาซ้ำอีกคนละ 2 3 สายต่อคนอะไอย่างเงี้ยอะคะ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-4)

➤ การยอมรับในการให้บริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การยุติการตั้งครุภัณฑ์หรือการทำแท้ง ในบริบทของสังคมไทยได้ถูกตีตรา ซึ่งเป็นผลจากความเชื่อตามหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนา หรือความเชื่ออื่น ๆ ในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการยุติการตั้งครุภัณฑ์จึงเป็นประเด็นที่ถูก “ซ่อน” จากการรับรู้ของคนในสังคม และถูกผลักให้ไปอยู่ “ใต้ดิน” ทำให้การรับรู้ทางสังคมผ่านความเชื่อทางศาสนาจึงนำไปสู่ปัญหาเชิงโครงสร้างทางสังคม โดยผู้หญิงที่ตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมไม่สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ที่ปลอดภัยได้ ครอบครัวของผู้หญิงที่ตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมต้องเผชิญกับความทุกข์ทั้งภายในและภายนอก บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ต้องแบกรับแรงกดดันจากสังคมรอบข้างหน่วยงานที่ให้บริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ต้องทนต่อภาพลักษณ์และทัศนคติเชิงลบ ทำให้การยุติการตั้งครุภัณฑ์จึงนำมาซึ่งความสูญเสียให้กับทุกฝ่าย แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับการมีกฎหมายที่รองรับการยุติการตั้งครุภัณฑ์ ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้การรับรู้และสร้างความเข้าใจต่อการยุติการตั้งครุภัณฑ์เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การยุติการตั้งครุภัณฑ์สามารถต่อสู้กับทัศนคติและความเชื่อของคนในสังคมจนสามารถขึ้นมาอยู่ “บนดิน” ได้ โดยอาศัยหลักการและเหตุผลทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และวิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้าใจในอีกมิติหนึ่ง ซึ่งเป็นทางเลือกที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้หญิงที่ตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อมสามารถเลือกเข้ารับบริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ได้ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาลเครือข่ายที่รองรับการให้บริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อมในการให้บริการอย่างปลอดภัย ภายใต้มุมมองและทัศนคติที่เปลี่ยนแปลง เป็นการช่วยเหลือผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ

"...ตอนที่พี่ทำพี่มีความรู้สึกว่าเป็นการช่วยเหลือครอบครัวเขาระดับนึง เพราะพี่เคยเจอว่าเด็กอยู่กับพ่อกับแม่ พ่อกับแม่ตาย เด็กต้องอยู่กับตากับยาย ตากับยาย 70-80 มันตอนนั้นมัน 18 แล้ว 70-80 แต่มัน ๆ ไปไหนไม่ได้ไปมีสามีแล้วแยกแล้วยังมีหลานมีเหลนนะให้ 70-80 ปีนี้อีกอะ พี่ก็มีความรู้สึกที่ว่าพี่ไม่อยากเห็นสภาพครอบครัวที่เป็นแบบนี้ เพราะฉะนั้นเราถ้าไม่พร้อมตัดเสียตั้งแต่ต้นต่อเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตที่เหลือของคุณคุณตาคุณยายไว้ดีกว่าไหม ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-3)

"...เราอาจจะมองว่าข้อดีมากกว่าข้อเสียเพราะถ้าเราไม่ได้เจอจริง ๆ อะนะเราก็อาจจะมองว่าเออแยะอย่างงั้นอย่างจี้ แต่สำหรับคนที่เจอปัญหาแล้วก็ต้องมีลูกที่ไม่พร้อมไปอีกยาวอะ ผลของเด็กอะมันมันไม่ใช่จะเอาได้นะอนาคตจะ เด็กจะไม่คิดมาก คือเด็กจะเป็น ไม่มีปัญหา หรือว่าจะเลี้ยงได้ คือคือเราเดาอนาคตเขาไม่ได้นะแต่ถ้าเรามองว่าเออ ณ ปัจจุบันเนี่ยยังไม่พร้อมขนาดนี้ แล้วอนาคตอะเปอร์เซ็นต์ที่จะดีขึ้นนะ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-6)

การยุติการตั้งครรภ์ยังคงเป็นประเด็นที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน สถานพยาบาลไม่สามารถบังคับให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนเห็นชอบ และให้บริการการยุติการตั้งครรภ์ได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่า แพทย์ทุกคนสามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ได้ แต่ขึ้นอยู่กับความเต็มใจและความเข้าใจต่อการให้บริการ ซึ่งยังคงเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล โดยระบบและกลไกที่มีในปัจจุบันยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันได้

"...คือในปัจจุบันเนี่ย ขอแค่มองใจจะทำ ทุกอย่างพร้อมให้ทำหมดยกเว้นเรื่องใจเนี่ยเราก็ไปบังคับไม่ได้ว่าแบบจะไปให้ความรู้ จะไปอธิบาย ถ้าคนมันคิดว่าบาปมันก็ฟังไม่เข้าหูอยู่ดิเนะครับ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล NL01-1)

"...คือ GP ก็ทำได้ ทำได้หมด คือคุณจบแพทย์อะคุณทำได้หมด เพราะนี่มันเป็นหัตถการ แบบธรรมดาเหมือนคุณหั่นกระเทียมทำกับข้าวอะ คือต้มไข่ คุณทำได้หมดแต่คุณจะทำหรือเปล่า..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-9)

ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) พบว่า มีทั้งส่วนที่เหมาะสมแล้ว และส่วนที่ควรต้องปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสมมากขึ้น สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการยอมรับทั้งจากผู้เข้ารับบริการและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีการดำเนินการจริง การรับรู้ และให้บริการมาอย่างยาวนาน ส่งผลทำให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) กลายเป็น “แบรนด์” ที่มีภาพลักษณ์ของการเป็นที่พึ่งของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเป็นหน่วยงานส่งต่อที่ช่วยสนับสนุนการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย อีกทั้งตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้จัดทำระบบการส่งต่อที่มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน มีกระบวนการที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับแต่ละสถานพยาบาลเครือข่าย จนทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

เมื่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการยอมรับและมีจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดทั้งด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ส่งผลให้ไม่สามารถรองรับต่อจำนวนการเข้ารับบริการที่เพิ่มมากขึ้นได้ และนำมาซึ่งผลกระทบต่อการยอมรับของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและผู้รับบริการ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีทัศนคติและมุมมองที่เปลี่ยนไปต่อประเด็นการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้มีสถานพยาบาลให้บริการยุติการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทั้งสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสถานพยาบาลเครือข่ายจึงควรมีการพัฒนาและปรับปรุงแบบการให้บริการที่

เหมาะสมไปพร้อมกัน เพราะหากสถานพยาบาลมีความพร้อมเพียงส่วนเดียว แต่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในฐานะหน่วยส่งต่อได้อย่างเต็มประสิทธิภาพแล้ว ผลกระทบจะตกอยู่กับผู้รับบริการ เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ปลอดภัยได้

สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบันดัง [ตารางที่ 12](#)

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการ

ความเหมาะสม	สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)	สถานพยาบาลเครือข่าย
1. การดำเนิน มาตรการและการ ปฏิบัติได้จริง	<p>สิ่งที่เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีการพูดคุยทำความเข้าใจกับสถานพยาบาลเครือข่าย เพื่อเตรียมข้อมูลผู้รับบริการอย่างเหมาะสม - สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สนับสนุนให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยประสานการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายตามความเหมาะสมของแต่ละราย - มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วนให้กับหญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่ไม่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 	<p>สิ่งที่เหมาะสม</p> <p>สถานพยาบาลเครือข่ายมีรูปแบบและขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน</p>
	<p>สิ่งที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยังไม่มีระบบการส่งต่อที่เหมาะสม ใช้การส่งข้อมูลส่วนบุคคลทางไลน์ ซึ่งเสี่ยงต่อการรั่วไหลของข้อมูล - ข้อมูลพื้นฐานที่ 1663 ส่งต่อให้สถานพยาบาลเครือข่ายยังไม่สามารถช่วยลดขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยที่สถานพยาบาลได้ 	<p>สิ่งที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลเครือข่ายมีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (ทั้งการใช้ยา การทำ MVA และการคุมกำเนิด) - สถานพยาบาลบางแห่งยังไม่มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ดี ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์หรือใช้ประโยชน์ได้
2. ความต้องการ	<p>สิ่งที่เหมาะสม</p> <p>สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีแนวโน้มการส่งต่อผู้เข้ารับบริการมากกว่าช่องทางอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย</p>	<p>สิ่งที่เหมาะสม</p> <p>ผู้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลมาจากหลายช่องทาง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น</p>
3. การยอมรับ	<p>สิ่งที่เหมาะสม</p> <p>สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีชื่อเสียงมายาวนาน และมีเครือข่ายความ</p>	<p>สิ่งที่เหมาะสม</p>

ความเหมาะสม	สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)	สถานพยาบาลเครือข่าย
	ร่วมมือ (RSA, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ฯลฯ) ทำให้ได้รับการยอมรับทั้งจากสถานพยาบาลเครือข่ายและผู้รับบริการ	บุคลากรในสถานพยาบาลมีความเข้าใจและเปิดใจต่อการให้บริการยุติการตั้งครรภ์มากขึ้น
	สิ่งที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม จำนวนคู่สายที่ลดจำนวนลง ทำให้มีจำนวนสายที่ missed call ระหว่างวันเพิ่มมากขึ้น	สิ่งที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม บุคลากรบางส่วนยังมีทัศนคติในทางลบต่อการยุติการตั้งครรภ์

4.4.2 การศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

คณะผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็น 4 ประเด็น คือ 1) การปรับเปลี่ยนและการบูรณาการ 2) การขยายผล 3) ความยั่งยืน และ 4) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.4.2.1 การปรับเปลี่ยนและการบูรณาการ

สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความพยายามในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อจำนวนและความต้องการเข้ารับบริการที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีการเพิ่มช่องทางการเข้ารับบริการในระบบออนไลน์ ผ่าน Facebook “1663 สายด่วนปรึกษาเอ็ดส์และท้องไม่พร้อม” ซึ่งผู้รับบริการสามารถพูดคุยผ่านการพิมพ์ได้ในระหว่างช่วงเวลา 08.00-10.00 น. 12.00-14.00 น. และ 17.00-23.00 น. โดยนอกช่วงเวลาดังกล่าว ผู้รับบริการจะไม่สามารถส่งข้อความติดต่อได้ ซึ่งปัญหานี้แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของช่วงระยะเวลาในการสื่อสาร แต่อย่างไรก็ตามนับเป็นก้าวแรกในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

"...คือตัว 1663 เองเนี่ยเขาก็มีการปรับปรุงให้ทันสมัยมากขึ้น คือจากเมื่อก่อนเนี่ยก็มีสายด่วนอย่างเดียว เดี่ยวนี้เขาก็มีทางออนไลน์ แฟนเพจขึ้นมาด้วยตามเทรนด์ของการสื่อสารบ้านเราที่มันเปลี่ยนไปนะ ในลักษณะของการทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมต่อเนี่ยมันจริง ๆ ที่ผ่านมามันก็ไม่มีปัญหา..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล NL01-1)

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต้องพิจารณาการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) กับสถานพยาบาลเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า แม้สถานพยาบาลจะให้การยอมรับต่อการปฏิบัติงานของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์กับผู้รับบริการที่ส่งต่อจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้ แต่ยังมี “ช่องว่าง” ของการบูรณาการการทำงานร่วมกันในการติดตามและประเมินผล ซึ่งสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นจุดศูนย์กลางในการรับและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ และส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการให้สถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ เมื่อสถานพยาบาลดำเนินการยุติการตั้งครรภ์แล้วเสร็จ จะไม่มีการส่งต่อข้อมูลกลับไปยังสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และในขณะเดียวกันสายด่วนการ

ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ไม่มีการติดตามหรือรวบรวมข้อมูลความสำเร็จของการยุติการตั้งครรภ์กับผู้รับบริการ ที่ได้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่าย แต่จะมีเพียงการสื่อสารกันในกรณีที่ผู้รับบริการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการยุติการตั้งครรภ์เท่านั้น ซึ่งช่องว่างดังกล่าวอาจมีสาเหตุมาจากจำนวนคู่สายที่ลดลง ส่งผลให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ไม่สามารถปฏิบัติงานอย่างครอบคลุมในส่วนของ การติดตามและประเมินผลได้ และอาจเป็นการเพิ่มภาระงานหรือขั้นตอนการดำเนินงานให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเครือข่ายด้วย

"...จาก 1663 หรือคะ ก็ไม่ค่อยมีนะคะ ส่วนใหญ่คนไข้ไม่มีปัญหาอะไรนะ เอ่อ เขาก็ไม่โทรมาเชื่อกว่าคนไข้ที่ส่งมาแล้วมีปัญหาอะไรไหม..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL04-1)

"...เราจะช่วยกัน อย่างสมมุติว่าถ้าเกิดว่าเป็นเคสที่มาทาง 1663 คือเมื่อก่อนเนี่ยพี่ก็จะส่งไปให้ 1663 ช่วยตามหมดเลย แต่พอเขาเหลือคู่สาย 5 คู่สาย คนไข้บ่นบอกว่าโทรไม่ติด พี่ก็ส่งสารเขา พี่ก็เลยโทรเองหมดเลย หมายถึงว่าโทรตามเองหมดทุกเคส เพราะว่าเขาไม่มีเวลา บางที่เราส่งอะไรไปหาเขา บางที่เขาอ่านวันรุ่งขึ้น อีก 2 วันอะไรเงี้ย บางทีเราก็คิดว่าเขา น่าจะยุ่งอะ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL01-1)

ข้อจำกัดที่สำคัญของการติดตามและประเมินผลการยุติการตั้งครรภ์ คือ ตัวผู้รับบริการเอง เนื่องจากเมื่อผู้รับบริการได้ยุติการตั้งครรภ์สมบูรณ์และปลอดภัยแล้ว อาจจะไม่อยากให้ความสำคัญกับการติดตาม อยากรีโมท หรือต้องการปกปิดประเด็นดังกล่าวด้วยการให้ข้อมูลเท็จ เช่น เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ หรือข้อมูลของญาติ ทำให้ทั้งสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสถานพยาบาลไม่สามารถติดตามและประเมินผลหลังการยุติการตั้งครรภ์ได้ในบางราย ดังนั้นหากมีความเป็นไปได้ในการขยายคู่สายการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว การปกปิดข้อมูล และความปลอดภัยของข้อมูลผู้รับบริการ ตลอดจนมีการบูรณาการการติดตามและประเมินผลร่วมกับสถานพยาบาลเครือข่าย เพื่อนำข้อมูลที่สำคัญมาศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาระบบการให้บริการในอนาคต

"...จริง ๆ ก็คือถ้าสมมุติว่าเขา เขาสามารถที่จะติดตามในช่วง 1 อาทิตย์หลังจากที่คนไข้มารับบริการแล้วเนี่ย ก็จะดี เพราะว่าเราจะมีเบอร์ของคนไข้โดยตรงนะ ก็คือเราจะมีข้อมูลว่าเออ ก็อาจจะนับจากวันที่เขาส่งคนไข้มาหาเราประมาณสัปดาห์หนึ่งก็ได้ เพราะส่วนใหญ่พวกเนี่ยหลังจากให้ยามันก็จะยุติการตั้งครรภ์มันจะได้ผลไม่เกิน 1 สัปดาห์ ก็คือ 1 สัปดาห์ก็จะมีนัดคนไข้ติดตาม ก็คือ 1663 ก็สามารถโทรสอบถามได้ว่าหลังจากให้บริการไปแล้ว คุณหมอแจ้งว่าแท้งครบไหม มีภาวะแทรกซ้อนอะไรไหม ก็คือตรงเนี่ยเขาก็มีข้อมูลคนไข้ เขาก็สามารถโทรสอบถามได้ โดยที่แบบทางเราไม่ต้องโทรหาเขาโดยตรง เขาก็จะมีข้อมูลคนไข้อยู่แล้ว..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL06-1)

4.4.2.2 การขยายผล

ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เปิดให้บริการด้านการให้คำปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมตั้งแต่ พ.ศ. 2556 และในปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบเพื่อรองรับการให้บริการอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปแบบออนไลน์และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีการพัฒนาอาสาสมัครเพื่อพร้อมให้บริการทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะจิต และทักษะการให้คำปรึกษา ด้วยประสบการณ์ที่ผ่านมามีทำให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความพร้อมทั้งในด้านกำลังคน องค์ความรู้ และระบบกลไกในการรองรับการขยายการให้บริการในทุกรูปแบบ สำหรับความพร้อมด้านงบประมาณ เนื่องจากปัจจุบันสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต ทำให้ส่งผลกระทบต่อขยายผลการให้บริการ ดังนั้นสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงควรมีการพิจารณาหาแหล่งทุนสนับสนุนและแนวทางในการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อให้มีความมั่นคงและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

"...พอเป็นหน่วยภาคประชาชนเนี่ยการสนับสนุนจากงบประมาณเนี่ยมันก็ไม่มี ก็คือมันก็เลยต้อง defend เป็นโครงการ ๆ ไปเหมือนกับช่วงแรกที่ 1663 ขอจาก สสส. นะครับ แต่ว่า funding ยังไงมันก็ต้องมีสิ้นสุดนะครับ สสส. เขาก็คงให้ไปตลอดไม่ได้..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล NL01-1)

หากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีการขยายผลในอนาคตเพื่อให้บริการเพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในส่วนของสถานพยาบาลเครือข่ายที่จะรองรับจำนวนผู้รับบริการที่ถูกส่งต่อจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ด้วยเช่นกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจุบันสถานพยาบาลเครือข่ายมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งด้านการเบิกจ่าย การสำรองยาและเวชภัณฑ์ และหากในอนาคตมีการส่งต่อผู้รับบริการจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพิ่มมากขึ้น สถานพยาบาลก็มีความพร้อมเพื่อรองรับกับจำนวนผู้เข้ารับบริการที่เพิ่มมากขึ้นได้เช่นกัน แต่บางแห่งอาจมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ยินดีและมีความพร้อมในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต

"...ถ้าในด้านของเทคโนโลยี ด้านเวชภัณฑ์อะไรเนี่ยเหลือเฟือครับ แต่เรื่องของคนนี่แหละครับ ทุกวันนี้เรามีแพทย์อยู่ประมาณห้าหมื่นกว่าคน มีแพทย์อยู่ในเครือข่ายยุติการตั้งครรภ์แค้ร้อยกว่าคนครับ ถ้าคิดเป็นสัดส่วนก็น่าจะ 0.01 อะไรประมาณนี้นะครับ มันก็ยังเป็นสัดส่วนน้อยมาก คือปัญหาอย่างที่บอก ไม่ได้อยู่ที่เทคโนโลยี ไม่ได้อยู่ที่ความพร้อมอะไร มันอยู่ที่ทัศนคติผู้ให้บริการเป็นหลักนะครับ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล NL01-1)

ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ให้กับผู้รับบริการในสถานพยาบาล ผู้รับบริการสามารถเบิกจ่ายได้เต็มจำนวนในทุกสิทธิการรักษาทั้งสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือหากกรณีที่ผู้รับบริการอายุครรภ์เกินกำหนดและต้องเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลของเอกชน และไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดหรือบางส่วนได้ ทางสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีกองทุนเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการติดต่อประสานงานระหว่างสถานพยาบาลเครือข่ายจึงไม่มีปัญหาในด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามในด้านระบบการเบิกจ่ายอาจมีข้อจำกัดบางประการ เช่น สถานพยาบาลเครือข่ายไม่

สามารถทราบว่าผู้รับบริการเคยเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามสิทธิเพื่อยุติการตั้งครุฑในปีนั้นแล้วหรือไม่ หากสถานพยาบาลยื่นเบิกจ่ายตามระบบแล้วและมีการตรวจสอบในภายหลังพบว่าในปีนั้นผู้รับบริการเคยเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามสิทธิเพื่อยุติการตั้งครุฑแล้ว สถานพยาบาลอาจจะไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนั้นควรมีการปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายเพื่อให้สามารถตรวจสอบข้อมูลผู้เข้ารับบริการได้ในทันที (real-time)

"...ถ้าเกิดว่าเป็นบัตรประกันสุขภาพก็จะให้ใช้ตามสิทธิ ถ้าบัตรไม่ได้สิทธิที่โรงพยาบาล (ที่ให้ข้อมูล) ก็จะเป็นสิทธิฉุกเฉิน ถ้าประกันสังคมของโรงพยาบาล (แม่ข่าย) ก็ให้ใช้ตามสิทธิ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-2)

4.4.2.3 ความยั่งยืน

สายด่วนการตั้งครุฑไม่พร้อม (1663) แม้จะได้รับการยอมรับจากสถานพยาบาลเครือข่ายและผู้รับบริการ จนอัตราการเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น แต่ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนในการขยายบริการ คือการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและปัจจัยด้านงบประมาณ เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิต และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การให้บริการยุติการตั้งครุฑในบางประเทศผู้รับบริการสามารถรับบริการทางไกลและรับยาที่บ้านเพื่อยุติการตั้งครุฑด้วยตนเอง ซึ่งหากมีการนำแนวทางดังกล่าวมาใช้ในประเทศไทย อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสายด่วนการตั้งครุฑไม่พร้อม (1663) ดังนั้นการวางแผนเพื่อรับมือและปรับปรุงพัฒนารูปแบบการให้บริการอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้สายด่วนการตั้งครุฑไม่พร้อม (1663) สามารถปรับตัวและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ต่อการยุติการตั้งครุฑอย่างยั่งยืนได้ในอนาคต

"...1663 นี้ลักษณะก็เหมือนเป็นให้คำปรึกษาแล้วก็ส่งต่อ คือเขาไม่ได้เป็น treatment โดยตรง เป็นคล้าย ๆ hub มากกว่าในเรื่องที่ประชาชนทั่วไปอาจจะเข้าถึงยาก มันก็ถ้าเทียบกับในอนาคตแล้วเนี่ย ถ้าสมมติตอนนี้บ้านเรากฎหมายแก้แล้วการทำแท้งไม่ผิดกฎหมาย เรื่องของข้อมูลต่าง ๆ ประชาชนก็อาจมีโอกาสรู้เองได้มาก คิดว่าความจำเป็นของตัวโครงการที่เป็นลักษณะ hub อย่างนี้เนี่ยก็อาจจะลดลง หรือไม่รูปแบบก็ต้องเปลี่ยนไป..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล NL01-1)

ประเด็นความยั่งยืนของการให้บริการในสถานพยาบาลเครือข่าย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนมากที่สุด และสอดคล้องกันในทุกสถานพยาบาลเครือข่ายที่เก็บข้อมูล คือ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามที่คณะผู้วิจัยได้กล่าวไว้ในข้างต้นว่า การให้บริการยุติการตั้งครุฑในสถานพยาบาลขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ ทักษะ และความเต็มใจของแพทย์เป็นสำคัญ แม้จะเป็นเพียงการให้ยา หรือเป็นผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล แต่ยังคงจำเป็นต้องมีแพทย์ในการสั่งจ่ายยาให้กับผู้รับบริการ ดังนั้น หากในโรงพยาบาลไม่มีแพทย์ที่ยินดีรับดำเนินการ การยุติการตั้งครุฑในสถานพยาบาลนั้นอาจจะไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้ ในขณะที่เดียวกันหากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการยุติการตั้งครุฑในปัจจุบัน ครบกำหนดการเกษียณอายุราชการหรือย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ยังหน่วยงานอื่นอาจส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการของสถานพยาบาลนั้น ๆ เนื่องจากไม่มีหรือไม่สามารถสรรหาบุคลากรทดแทนได้

"...คือต้องยอมรับว่าแพทย์เป็นบุคลากรที่สำคัญ ถ้าไม่มีแพทย์ก็ไปต่อไม่ได้..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-1)

"...มันไม่ได้หวัง ไม่ได้หวังว่ามันจะต่อเนื่องมีคนรับต่อ ไม่ได้หวัง เราคิดว่าคิดว่ามันก็คือ
อนาคตอะ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL03-1)

4.4.2.4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์

การสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงช่องทางการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเป็นประเด็นสำคัญที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สถานพยาบาลเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและร่วมกันพิจารณา เนื่องจากประเด็นยุติการตั้งครรภ์ยังคงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนในสังคมไทย มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยต่อประเด็นดังกล่าว ทำให้มีอิทธิพลต่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์ของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสถานพยาบาลเครือข่ายที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ การสื่อสารในปัจจุบันไม่สามารถโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างโจ่งแจ้งไปยังผู้รับบริการได้ และยังไม่มีการเผยแพร่รายชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ จึงทำให้ผู้รับบริการยังคงเข้าไม่ถึงการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างครอบคลุม

สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ไปยังผู้รับบริการโดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่สำคัญ คือ เครือข่าย ทั้งสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาศัยการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารผ่านการอบรมสัมมนา ฯลฯ อย่างไรก็ตามเพื่อให้การขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความเป็นไปได้และมีความเหมาะสมมากขึ้น จึงควรมีการวางกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้และเข้าถึงสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควบคู่กับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การวางแผนคุมกำเนิด การตรวจครรภ์อย่างถูกวิธี การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น โดยประยุกต์ใช้การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารระหว่างองค์กร และการสื่อสารมวลชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมและศีลธรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคม ซึ่งจะช่วยสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อหน่วยงานและประเด็นการยุติการตั้งครรภ์ได้

"...การ access การเข้าถึง 1663 เนอะ คือทำไงก็ได้ให้สื่อสารให้วัยรุ่นว่า หนึ่งรู้ตัวเองว่า
ท้องให้เร็ว เพราะวาก็ยังตีที่ยังแบบพอผ่านไปเดือน สองเดือน แล้วรอก่อน ๆ ประจำเดือน
มาไม่สม่ำเสมอ รอก่อน ไม่ตรวจ มาอีกทีก็โน่นเกือบจะสามเดือนแล้ว อะไรจ้ะ แล้วเพิ่งรู้ว่า
ตัวเองท้อง ไหนกว่าจะเข้าระบบ ไหนกว่าจะเข้ามาถึงมือเราอะ บางทีก็ไปเยอะอะ..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-9)

"...พี่มองว่ามันจะต้องดูบริบทของสังคมก่อนครับ สังคมเรามันมีความเป็นอนุรักษ์นิยมสูง
ครับ แล้วก็ถ้าเราเปิดตัวแรงแบบนั้นอันตรายครับ อันตรายมาก เราอย่าลืมนะว่าหลายคนมอง
อยู่ กำลังจ้องมองเราอยู่ จึ้นในหน้าที่เราที่จะช่วยพวกน้อง ๆ เนี่ย ขอแบบพอดี ๆ ครับ...แล้ว
ด้วยตัวเองเป็นเป็นพิธีกรด้วย พอนั้นเราก็จะใช้ทุกเวทีของเราเนี่ยแหละครับพูดเล่นบ้างพูด
จริงจังบ้าง..."

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL02-7)

ในส่วนการสื่อสารของสถานพยาบาลเพื่อสร้างการรับรู้ไปยังผู้รับบริการว่าสถานพยาบาลนั้นให้บริการยุติการตั้งครรภ์ได้ มักสื่อสารแบบปากต่อปาก หรือสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นหลัก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้บริการในสถานพยาบาลมีทัศนคติที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันว่า ไม่ต้องการสื่อสารอย่าง

เปิดเผยว่าสถานพยาบาลนั้นให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจาก “เป็นดาบสองคม” ด้านหนึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยในสถานพยาบาลได้สะดวกรวดเร็วขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่งการสื่อสารประชาสัมพันธ์จะสร้างภาพลักษณ์ทางลบให้กับชื่อเสียงของสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลนั้นได้ ดังนั้นการสื่อสารการให้บริการยุติการตั้งครรภ์จึงต้องวางแผนและดำเนินการอย่างรอบคอบ และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน

“...ถามว่าจะอยากประชาสัมพันธ์ตอนนี้ก็คือ ไม่ได้อยากประชาสัมพันธ์ เรื่องนี้มันเหมือนดาบสองคมเหมือนกัน ไขมันเป็นดาบสองคม คือเราก็อยากให้เขาได้ทำในสิ่งที่มันปลอดภัยในที่ที่ปลอดภัยก็จริง แต่ว่าบางคนเนี่ยเอาจริง ๆ คือ เขาก็ไม่มีความรับผิดชอบอะไรในชีวิตของเขาเลยนะ ให้เขาตระหนักถ้าเขาไม่พร้อมก็ต้องคุม คือเหมือนกับมันจะกลายเป็นความรู้สึกเหมือนว่าไม่เป็นไร ถ้าฉันท้องก็มาทำแท้งได้อะไรอย่างเนี่ยเราไม่อยากให้เขาคิดแบบนี้...”

(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL01-1)

ความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่ามีความเป็นไปได้ แต่ยังคงต้องปรับปรุงและพัฒนาในทุกประเด็นเพื่อให้สามารถรองรับกับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นและสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในด้านการปรับเปลี่ยนและการบูรณาการ สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อจำนวนและความต้องการเข้ารับบริการที่เพิ่มมากขึ้น แต่ยังมี “ช่องว่าง” ของการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับสถานพยาบาลเครือข่ายในการติดตามและประเมินผล ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังต้องพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนและพร้อมกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และต้องสื่อสารให้กลมกลืนกับสภาพบริบทของสังคมและวัฒนธรรมในประเทศไทย เพื่อเป้าหมายที่สำคัญ คือ การขับเคลื่อนให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ดัง [ตารางที่ 13](#)

ตารางที่ 13 สรุปผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

ความเป็นไปได้	สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)	สถานพยาบาลเครือข่าย
1. การปรับเปลี่ยนและการบูรณาการ	ประเด็นท้าทาย ควรบูรณาการ การทำงานร่วมกันทั้งสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสถานพยาบาลเครือข่าย โดยเฉพาะด้านการติดตามและประเมินผล	
2. การขยายผล	ความพร้อม สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความพร้อมในด้านการพัฒนาบุคลากร ระบบการให้บริการ เครือข่ายความร่วมมือ	ความพร้อม สถานพยาบาลได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอในการรองรับการยุติการตั้งครรภ์ ทั้งยา เวชภัณฑ์ งบประมาณ

ความเป็นไปได้	สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)	สถานพยาบาลเครือข่าย
	<p>ประเด็นท้าทาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ขาดความยั่งยืนในการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุน จึงส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ 	<p>ประเด็นท้าทาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลเครือข่ายมีความไม่แน่นอนในการจัดสรรบุคลากรที่มีความพร้อมและความเต็มใจในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ - สถานพยาบาลบางแห่งยังไม่พร้อมเกี่ยวกับพื้นที่ให้บริการที่มีความเป็นส่วนตัวในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์
3. ความยั่งยืน	<p>ประเด็นท้าทาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เทคโนโลยีในการให้บริการ มีความก้าวหน้าและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) - ความมั่นคงในการสนับสนุนงบประมาณ 	<p>ประเด็นท้าทาย</p> <p>การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ยินดีทำหัตถการหรือให้บริการ</p>
4. การสื่อสารประชาสัมพันธ์	<p>ประเด็นท้าทาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การยุติการตั้งครรภ์เป็นประเด็นละเอียดอ่อน ทำให้ไม่สามารถสื่อสารอย่างเปิดเผยได้ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย 	

มุมมองของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

4.4.3 การศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบัน

คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการในสถานพยาบาลเครือข่ายของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และบุคลากรของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อให้ได้รับข้อมูลอย่างรอบด้านและครบถ้วน โดยผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบันผ่านมุมมองของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คณะผู้วิจัยจะใช้รูปแบบการวิเคราะห์แบบ SWOT analysis โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.4.3.1 จุดแข็งของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบัน (strength)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า จุดแข็งที่สำคัญของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คือ ความเป็น “แบรนด์” ที่มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้อย่างต่อเนื่องและยาวนานหลายสิบปี จนทำให้เกิดการยอมรับของผู้รับบริการ ซึ่งความเป็น “แบรนด์” ที่มีความแข็งแกร่งนี้ เป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าถึงการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย โดยช่องทางในการเข้าถึงสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีทั้งในรูปแบบโทรศัพท์และระบบออนไลน์ ซึ่งผู้รับบริการสามารถเลือกใช้บริการได้ตามความสะดวก สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

เมื่อผู้รับบริการสามารถเข้าถึงสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้แล้ว จะได้รับบริการการให้คำปรึกษาจากอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมและมีกระบวนการในการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ และหากผู้รับบริการมีความประสงค์ที่จะยุติการตั้งครรภ์ สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะประสานงานไปยังสถานพยาบาลเครือข่าย โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านพื้นที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ อายุครรภ์ และสิทธิการเบิกจ่ายอันพึงมีของผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีปัญหาด้านทุนทรัพย์จริง สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะมีกองทุนเพื่อช่วยเหลือตามความเหมาะสม กระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีระบบและรูปแบบในการให้บริการที่ชัดเจน สามารถส่งต่อผู้รับบริการเพื่อยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้จริง

เมื่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ให้บริการกับผู้รับบริการเสร็จสิ้นแล้ว จะมีการประเมินความพึงพอใจจากผู้รับบริการ ซึ่งผลเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจนั้น อยู่ในระดับดีมากอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายปี ทั้งนี้ข้อมูลจุดแข็งของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบันของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่ารูปแบบการให้บริการในปัจจุบันมีความเหมาะสม ทั้งในด้านการยอมรับ การเข้าถึง และการนำไปปฏิบัติได้จริง

"...เราเป็นที่รู้จักของคนเยอะ ผมเข้าไปดูในเน็ตอะ เวลาคนปรึกษาว่าหนูท้องหนูจะไปรักษาที่ไหนอะไรอย่างเงี้ย เราพบคำตอบของคนแนะนำอะเนาะในเน็ตก็จะเยอะ ไม่ว่าจะในพันทิปหรือในอะไรก็แล้วแต่เนี่ย มันจะมี 1663 บอกให้โทรไปที่นั่นสิ ๆ อยู่เสมอเลย ซึ่งเราคิดว่าเราเป็นที่รู้จักของคนพอสมควร..."

"...เราช่วยเหลือผู้ที่ยุติการตั้งครรภ์หรือว่าผู้ที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อเนี่ย เราใช้ระบบส่งต่อแบบมือถึงมืออะ ไม่ใช่บอกให้เขาไปที่ใดที่หนึ่งเฉย ๆ แล้วเราก็ใช้ระบบติดตามจนถึงนาทีสุดท้ายว่าเขาได้รับบริการปัญหาเขาคือคลายแล้ว..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

4.4.3.2 จุดอ่อนของรูปแบบการให้บริการในปัจจุบัน

แม้ว่าสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะเป็น “แบรนด์” ที่ได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการจำนวนมากและเป็นหนึ่งในจุดแข็งที่สำคัญ แต่ในขณะเดียวกันก็สร้างจุดอ่อนให้กับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ด้วยเช่นกัน เนื่องจากเมื่อมีผู้รับบริการต้องการเข้าใช้บริการเป็นจำนวนมาก แต่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) กลับมีขีดจำกัดของทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ และระบบในการรองรับ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ เนื่องจากมีการปรับลดจำนวนคู่สายการให้บริการเหลือเพียง 5 คู่สายใน พ.ศ. 2565 จึงทำให้มีเพียงผู้รับบริการบางส่วนที่สามารถโทรเข้ามาใช้บริการได้

เมื่อผู้รับบริการโทรเข้ามายังสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และไม่สามารถติดต่อเพื่อรับบริการได้ ประกอบกับระบบบันทึกข้อมูลในปัจจุบันของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลเบอร์โทรศัพท์เรียกเข้า หรือรองรับการฝากเบอร์ติดต่อกลับได้ ทำให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ไม่สามารถติดตามได้เลยว่าผู้รับบริการที่โทรเข้ามาในครั้งนั้นต้องการรับคำปรึกษาในเรื่องใด ซึ่งประเด็นดังกล่าวเป็นจุดอ่อนที่สำคัญมาก เนื่องจากผู้รับบริการที่อยู่ในสถานะท้องไม่พร้อม และอยู่ในช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจ หากไม่สามารถเข้ารับคำปรึกษาเพื่อเข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้ อาจนำมาซึ่งการตัดสินใจที่ผิดพลาด และเกิดการสูญเสียที่ไม่คาดคิดได้ซึ่งข้อจำกัดด้านคู่สายและบุคลากรเป็นผลมาจากการ

ที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ไม่สามารถหาแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งให้ทุนสนับสนุนเป็นรายปีและเป็นรายโครงการ ดังนั้นเมื่อแหล่งทุนเกิดการ เปลี่ยนแปลงทางนโยบายหรือเป้าหมายในแต่ละปีงบประมาณ ย่อมส่งผลกระทบต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่ พร้อม (1663) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกเหนือจากจุดอ่อนด้านงบประมาณที่มีค่อนข้างจำกัดและไม่ต่อเนื่อง ยังมีจุดอ่อนด้านรายจ่ายที่เป็นภาระทางงบประมาณที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากการให้บริการให้คำปรึกษาจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและมีจำนวนเพียงพอในการให้บริการ จึงก่อให้เกิดต้นทุนทั้งในด้านการฝึกอบรมอาสาสมัคร และค่าตอบแทนบุคลากร และเนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์เป็นประเด็นละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยทั้ง “ศาสตร์” และ “ศิลป์” ในการให้คำปรึกษา จึงยังไม่สามารถทดแทนด้วยเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) ได้ ไม่เพียงเท่านั้น เลขหมาย “1663” ซึ่งเป็นเลขหมายพิเศษ และสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับโอนจากสภากาชาดไทยให้บริหารจัดการเลขหมายด้วยตนเอง ซึ่งสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีสถานะเป็นมูลนิธิ จึงไม่สามารถขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการใช้เลขหมายได้ทั้งหมด ทำให้มีภาระ ค่าใช้จ่ายเป็นค่าธรรมเนียมร้อยละ 50 ซึ่งต้องชำระให้กับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการ โทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ในทุกเดือนอีกด้วย

"...แต่ก่อนสายด่วน 1663 เนี่ยเป็นของสภากาชาดไทย นะครับ เป็นของสภากาชาดไทย ซึ่ง กฎหมาย ซึ่งเจ้าของหมายเลข 1663 จริง ๆ เนี่ยคือ กสทช. แต่อนุญาตให้สภากาชาดไทยใช้ แล้วสภากาชาดไทยเขาก็มาทำงานร่วมกับเรา เขาก็ให้เราใช้เบอร์นี้เป็นผู้บริหาร แต่พอมาใน ปีนี้สภากาชาดไทยเขาบอกว่าเพื่อให้สะดวก สภากาชาดไทยจะยกสายนี้ให้เราเลย เป็น เจ้าของบริหารจัดการอะไรให้เรียบร้อยไปเลยนะฮะ เราก็เลยไปประสานกับ กสทช. เพื่อโอน หมายเลขสายนี้ให้เรา คราวนี้โดยกฎหมายเนี่ย กฎหมายสภากาชาดไทยส่วนมากใช้ได้โดยไม่ เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เลย เนื่องจากว่าใช้ในนามของสถาบันพระมหากษัตริย์ แต่พอเป็นของเรา บั๊บเนี่ยโดยหลักการแล้วเข้าเป็นธุรกิจเลย ต้องเสียค่าใช้จ่ายเดือนละหนึ่งหมื่น เลข 4 ตัวนะ ฮะ ถ้าไม่ใช่ราชการต้องเสียเดือนละหมื่น เราก็ทำเรื่องขอยกเว้นเนื่องจากเราเป็น สาธารณประโยชน์ เขาบอกกฎหมายไม่อนุญาตให้ยกเว้นได้ทั้งหมด ให้ยกเว้นได้สูงสุดคือ 50% ถ้ามว่า ณ บัดนี้เราต้องจ่ายเขาเดือนละห้าพันให้ กสทช. อันนี้เล่าให้ฟังก่อน นี่คือ ปัญหาอีกปัญหานึงว่า เราไม่สามารถ อันนี้คือค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นแน่ ๆ ปีละหกหมื่นไม่รวม vat คราวนี้ก็เป็นอย่างนี้ปัญหาครับว่าหมายเลขที่จำได้ง่าย ๆ มักจะถูกตีเป็นเรื่องธุรกิจไป หมด..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

4.4.3.3 โอกาสของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การคัดกรอง การดูแลรักษา การให้คำปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ได้รับการพัฒนาและนำร่องใน หลายพื้นที่ของประเทศไทย ประกอบกับแนวทางเวชปฏิบัติของการยุติการตั้งครรภ์ในต่างประเทศที่สามารถ ให้บริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกลได้ จึงเป็นโอกาสที่สำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการของสาย ด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต เนื่องจากรูปแบบการให้บริการในปัจจุบันของสายด่วนการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความใกล้เคียงและสามารถนำไปเชื่อมโยงเข้าสู่การให้บริการผ่านระบบการแพทย์

ทางไกลได้เป็นอย่างดี และปัจจุบันสภาพบริบททางสังคมของประเทศไทยและทัศนคติของประชาชน หรือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มเปิดกว้างและให้การยอมรับมากขึ้นกับประเด็นการยุติการตั้งครรภ์ อย่างปลอดภัยจากความไม่พร้อม ส่งผลให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นช่องทางที่มีความสำคัญ และจำเป็นในการรองรับต่อจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นและสามารถส่งต่อไปยังเครือข่ายสถานพยาบาลได้ ครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้นสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงต้องรักษาชื่อเสียง ภาพลักษณ์ และต่อยอด สร้างการรับรู้ พัฒนาระบบการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับโอกาสที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

"...ก็คิดว่า telemedicine เป็นข้อสะดวกอันหนึ่ง แล้วก็อาจจะเข้มงวด เนื่องจากยามันมีความ ปลอดภัยสูง ก็อาจจะทำให้ใช้ได้ง่ายขึ้น สะดวกมากขึ้น ผมก็ยิ่งเห็นด้วยนะว่าโอเคถ้าตอนนี้ยังไม่อยากวางจำหน่ายตามร้านขายยาแต่ให้ telemedicine เนี่ย หมอได้เจอคนไข้ ได้คุย ได้ แลกเปลี่ยนกันก่อน ได้ดูข้อจำกัดกันก่อน ผ่าน เพราะว่าตราบดีถ้าคุณ สิ่งที่เราต้องการคือ 1 จังหวัด 1 โรงพยาบาลมันยังไม่เกิด ก็ต้องใช้ telemedicine..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

4.4.3.4 อุปสรรคของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นหน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไรที่ขอรับทุนสนับสนุนจาก แหล่งทุนต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้จึงก่อให้เกิดอุปสรรคสำคัญที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจาก แหล่งทุน โดยทั่วไปแล้วแหล่งทุนต่าง ๆ ของรัฐบาล มักมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือเป้าหมายตามความ สนใจหรือประเด็นที่เป็นที่นิยมทั้งของรัฐบาล สังคม หรือผู้บริหารของแหล่งทุน ดังนั้นเมื่อสายด่วนการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม (1663) มีช่องทางในการแสวงหางบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนเพียงช่องทาง เดียว การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของแหล่งทุนจึงส่งผลกระทบต่อโดยตรง ทั้งการปรับรูปแบบการดำเนินงาน การ บริหารจัดการ หรือเป้าหมายให้สอดคล้องกับแหล่งทุน

"...เราคิดว่า service ของเราเนี่ยต้องใช้งบค่อนข้างสูง แล้วประเทศไทยเนี่ย เนื่องจากเราเป็น NGO ใช้ไหมคะ NGO ส่วนใหญ่ช่วงรัศมีสิบปีหลังเนี่ย คนจะไม่ค่อยสนับสนุน องค์กรทั้งหลาย จะไม่สนับสนุนงานให้บริการแล้ว เขาจะให้สนับสนุนงานที่เป็นเชิงนโยบายเชิง impact ยังมี impact ต่อสังคมมาก เพราะฉะนั้นงานเรื่องให้บริการปรึกษาเนี่ยมันจะไม่มีแหล่งทุนให้แล้ว ..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

ด้านการส่งต่อผู้รับบริการเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยในสถานพยาบาลเครือข่ายของสาย ด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังพบอุปสรรคที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงรายชื่อและจำนวนของ สถานพยาบาล เนื่องจากการให้บริการยุติการตั้งครรภ์เป็นความสมัครใจของบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข จึงมีการเปลี่ยนแปลงตามปัจเจกบุคคลอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต้องปรับสถานะสถานพยาบาลเครือข่าย ทำให้เกิดภาระงานของบุคลากรในการติดต่อประสานงานใหม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยทั้งระบบ อีกทั้งการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ของสถานพยาบาลและสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังมีข้อจำกัดจากบริบทของสังคม จึงเป็น อุปสรรคต่อการเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยของประชาชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการ สัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

“...แต่ว่าเป็นความสบายใจของโรงพยาบาลอะครับว่าเขาไม่ขอประกาศลงสื่ออะไรทั้งสิ้น แต่ว่าแต่ละโรงพยาบาลก็มีหลายเหตุผล เช่นบางโรงพยาบาลเนี่ยเขาพร้อมทำแต่เจ้าหน้าที่ตกลงกันว่าจะไม่ขอประกาศ หรือบางโรงพยาบาลก็กลัวทัศนะประชาชนถ้าประกาศไปแล้วประชาชนรู้จะมองโรงพยาบาลไม่ดีอะไรอย่างจ้ะครับ มันมีหลายสาเหตุ...บางจังหวัดที่คุยกับผมว่าที่ยังไม่เปิดให้บริการเพราะว่าสาธารณสุขจังหวัดไม่เห็นด้วยก็มีเขาก็เลยยังไม่กล้าเปิด...”

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

4.4.4 ความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

คณะผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นในการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคตออกเป็น 4 ประเด็น คือ 1) การปรับเปลี่ยนและการบูรณาการ 2) การขยายผล 3) ความยั่งยืน และ 4) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อให้สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.4.4.1 การปรับเปลี่ยนและการบูรณาการ

หนึ่งในจุดอ่อนและอุปสรรคที่สำคัญของการดำเนินงานสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คือ งบประมาณที่ลดลง ดังนั้นจำนวนคู่สายและบุคลากรที่ให้คำปรึกษาจึงจำเป็นต้องปรับลดจำนวนลงเพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณรายรับที่แหล่งทุนสนับสนุนในแต่ละปี การลดจำนวนคู่สายและบุคลากรที่ให้คำปรึกษาส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ ดังนั้นสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงมีความพยายามในการแสวงหาแหล่งทุนหรือวิธีการในการรับการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสม เพียงพอ และต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มจำนวนคู่สายการให้บริการ และเพิ่มจำนวนบุคลากรในการให้คำปรึกษา

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การเพิ่มจำนวนคู่สายของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ เนื่องจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีระบบและกลไกในการดำเนินงาน การพัฒนาและจัดสรรบุคลากร การติดตามและประเมินผลการให้บริการของบุคลากรที่ชัดเจน แต่ยังคงมีข้อจำกัดในด้านระบบเทคโนโลยีการติดตามสาย missed call ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาประเมินได้ว่าจำนวนคู่สายที่เหมาะสมกับผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นควรเป็นจำนวนเท่าใด ดังนั้นเพื่อให้การปรับเปลี่ยนมีประสิทธิภาพมากขึ้น สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึงควรเร่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีการติดตามสาย missed call เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้มากขึ้น และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์และปรับปรุงบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ให้ดียิ่งขึ้น

“...คู่สายตอนนี้ที่เราตั้งไว้ 10 เนื่องจากก่อนเนี่ย เราให้บริการแล้วเราคิดว่าเพียงพอ ไม่นานแน่น missed call น้อยนะฮะ เราก็ใช้ 10 คู่สายมา คือเนื่องจากตอนเปิดให้บริการแรกๆเนี่ย missed call เราตั้งเป้าไว้เลยว่าแทบจะเป็นศูนย์เลยนะฮะ แต่ตอนหลังเนี่ยผู้รับบริการเยอะขึ้นมาก ถ้าเราดูกราฟตั้งแต่ปี 56 ที่เราเริ่มเปิดบริการเนี่ย ผู้รับบริการกลับเยอะขึ้นแต่ขณะเดียวกันเรากลับถูกลดงบประมาณ ลดคู่สายลง มันก็เลยตัวเลข missed call ก็เลยเพิ่มซึ่งเราก็เช็คไม่ได้ว่า missed call เหล่านี้โทรกลับมาอีกครั้งแล้วติดหรือเปล่า เราไม่แน่ใจ เราเลยคิดว่าช่วงพัก ๆ อย่างนี้ ช่วงที่คนรับบริการเยอะ ๆ เราขยับให้เป็น 8 คู่สาย โดยอย่างที่เราให้ฟังอะครับ เปลี่ยนเป็นโอนสายไปรับที่บ้านเพื่อลดค่าเดินทาง...”

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

ด้านการบูรณาการการทำงานร่วมกับสถานพยาบาลเครือข่าย แม้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะมีความพร้อมในการส่งต่อและประสานงานกับสถานพยาบาลเครือข่ายที่กระจายตัวอยู่ในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้จริง แต่เมื่อผู้รับบริการสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้เสร็จสิ้นแล้วนั้น การติดตามและประเมินผลจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังคงดำเนินการอย่างแยกส่วนกับสถานพยาบาล ไม่มีการส่งต่อข้อมูลผลลัพธ์การยุติการตั้งครรภ์ระหว่างกัน ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนและยังไม่เป็นระบบ ดังนั้นหากมีการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต จำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและสถานพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

"..ถามว่า feedback ส่งกลับเนี่ย เราจะส่งกลับในกรณีถ้ามันมีปัญหาจริง ๆ เช่นสุขภาพหรือมีผลข้างเคียงอะไรเงี้ย ก็จะต้องต่อโรงพยาบาลต้นทางที่เขาเคยยุติการตั้งครรภ์ให้เขาทราบข้อมูล แต่ถ้าไม่มีปัญหาอะไรก็ไม่ส่งกลับอะครับ ก็คือเขาก็จะรับรู้ตอนที่เราส่งไป ก็จะรับรู้อยู่แล้วว่าเราติดตามครั้งนึง ถ้าไม่มีปัญหาอะไรก็จบกระบวนการไป..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

4.4.4.2 การขยายผล

แผนการขยายผลในอนาคตของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จำแนกออกเป็น 2 ระยะ คือ แผนการขยายผลในระยะสั้นและแผนการขยายผลในระยะยาว โดยแผนการขยายผลในระยะสั้นนั้น คือ ความต้องการที่จะขยายคู่สายให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นและลดรายจ่ายประจำของบุคลากรเพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุน โดยการขยายจำนวนของอาสาสมัครนั้น สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะปรับรูปแบบให้อาสาสมัครปฏิบัติงานให้คำปรึกษาที่บ้าน เพื่อลดรายจ่ายในการเดินทางมาปฏิบัติงานยังสำนักงาน ซึ่งการโอนสายและการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาสามารถดำเนินการได้จริง เนื่องจากสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีประสบการณ์จากการปรับรูปแบบในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ด้วยความพร้อมของบุคลากรและแนวทางการปฏิบัติงาน จึงส่งผลให้การขยายผลของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

"...เพียงแต่เปลี่ยนจากที่ office มาเป็นที่บ้านเพื่อที่จะดึงว่าจำนวนคนเรารับ เนื่องจากพอเรารับที่บ้านเนี่ย เราลดค่าใช้จ่ายได้คือเขาไม่ต้องเดินทาง...แต่ถ้าถ้าในอนาคตมันเยอะมากจริง ๆ แล้วเรามิงบเพียงพอ ก็หมายความว่า เราก็จะเพิ่มคู่สายอะครับ หมายความว่าเราขยายคู่สายได้ ต้องไปซื้อตู้คู่สายใหม่ จาก 10 เป็น 15 หรือ 20 อะไรเนี่ย แต่เราต้องมั่นใจว่าคนรับบริการเรามีมากพอ..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

ซึ่งในส่วนของแผนการขยายผลโครงการในระยะยาว สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีเป้าหมายในการพัฒนาไปสู่การเป็นสายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศ โดยเป็นสายด่วนแบบ one stop service หรือเป็นศูนย์กลางการให้บริการเรื่องสุขภาพทางเพศ โดยผู้รับบริการสามารถปรึกษาได้ทั้งเรื่องเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ท้องไม่พร้อม การยุติการตั้งครรภ์ เป็นการขยายผลโดยอาศัยการบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพทางเพศ ซึ่งหากสามารถขยายผลไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงการป้องกันและการรักษาปัญหาสุขภาพทางเพศ รวมทั้งการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้สะดวกมากขึ้น

4.4.4.3 ความยั่งยืน

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่เทคโนโลยีการสื่อสารเปลี่ยนแปลงและก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสนทนาโต้ตอบกันผ่านสื่อสังคมออนไลน์ได้โดยไม่มีข้อจำกัดทางด้านเวลาและสถานที่ ส่งผลให้วิถีชีวิตและรูปแบบการสื่อสารของประชาชนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การโทรผ่านเบอร์โทรศัพท์ค่อย ๆ ได้รับความนิยมที่ลดลง สวนทางกับการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น TikTok, Twitter(X), Instagram สะท้อนให้เห็นว่าช่องทางการสื่อสารหรือสื่อ (channel) ไม่มีความมั่นคงถาวร สามารถเปลี่ยนแปลงได้อยู่เสมอ ดังนั้นสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในฐานะผู้ส่งสาร (sender) จึงต้องปรับเนื้อหาข้อมูลข่าวสาร (message) ให้ทันสมัยและเหมาะสมกับรูปแบบของสื่อ (channel) ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้รับบริการ (receiver) สามารถเข้ารับการให้คำปรึกษาและเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้ การพัฒนาและปรับตัวอย่างเหมาะสมจะช่วยสนับสนุนให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถยืนหยัดในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

"...จำนวนผู้รับบริการจากเพจเนี่ย อย่างปีที่ผ่านมานะเนี่ยมากกว่ารอบปีที่แล้ว 18% กว่าเกือบ 20% เท่าที่ผมดูข้อมูลนะฮะ นั่นแปลว่าโลกในอนาคตโดยเฉพาะเด็กหนุ่มเด็กสาวเนี่ยก็จะใช้การสื่อสารผ่านออนไลน์เยอะขึ้น แต่ปัญหาคือผลกระทบของเราคือเราไม่ได้มี platform ออนไลน์ของตัวเอง เราใช้ Facebook เนี่ย ซึ่งมันปรับของมันตลอดเวลา Facebook เดี๋ยวก็ปิดนั่นปิดนี่เปิดนั่น ปรับรูปแบบซึ่งเราก็ต้องปรับ อันนี้ก็ทำให้เราไม่ได้เป็นเจ้าของ platform ซึ่งอันนี้ผมคิดว่าหลายหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาแบบ คือโลกในอนาคตเนี่ยมันมีเจ้าของ platform อยู่ พอเราใช้ platform มันมาก ๆ เนี่ย เขาก็มีความเปลี่ยนแปลงของเขาเรื่อย เราก็ control ค่อนข้างยาก..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในฐานะของ “ตัวกลาง” ที่ส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลเพื่อรับการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ดังนั้นความยั่งยืนของการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพียงอย่างเดียว แต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญของการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยของสถานพยาบาลในปัจจุบัน ยังคงดำเนินการในรูปแบบของความสมัครใจและความเต็มใจของปัจเจกบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรายชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์อยู่ตลอดเวลา

4.4.4.4 การสื่อสารประชาสัมพันธ์

การสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ไปยังประชาชนที่มีความประสงค์เข้ารับคำปรึกษาหรือยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้ใช้ช่องทางการสื่อสารทั้งสื่อดั้งเดิม สื่อใหม่ เช่น สติกเกอร์ประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ การซื้อโฆษณาในเว็บไซต์ search engine เพื่อให้แสดงผลการค้นหาในหน้าแรก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์

เครือข่าย RSA ฯลฯ และเครือข่ายสื่อมวลชนที่ให้ความสนใจในประเด็นท้องไม่พร้อมหรือการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดการรับรู้ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการสื่อสารในประเด็นท้องไม่พร้อมหรือการยุติการตั้งครรภ์นั้น ยังคงเป็นประเด็น “สีเทา” ที่ไม่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารกันอย่างเปิดเผยในสังคมไทย ประกอบกับสถานพยาบาลเครือข่ายที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์บางแห่งยังไม่พร้อมในการเปิดเผยชื่อหรือที่ตั้งเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก ดังนั้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์จึงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญต่อความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต

"...ยุคแรก ๆ จะซื้อครับ เพราะจะให้ปั่นชื่อเรา แต่ตอนหลังเนี่ยมีคนช่วยปั่นช่วยแชร์ช่วยอะไร เยอะ มันขึ้นมาแล้วก็เลยไม่คิดจะซื้อ พอเรา search มันก็อยู่หน้าหนึ่งอะฮะ ตอนนี่ ก็เลยคิดว่า ไม่ ๆ และ ไม่มีตั้งค์ด้วยฮะ...เราใช้วิธีอย่างนี้เรามีเครือข่ายสื่อมวลชนอยู่กลุ่มนึง ถ้าวันไหนเรามีประเด็นที่จะต้องแถลงข่าว คือ สื่อมวลชนพวกนี้พร้อมที่จะมา เวลาเรามีประเด็น hot เรื่องท้องเรื่องอะไร เขาจะโทรมาหาเราเรื่อย ๆ เป็นเครือข่ายสื่อมวลชนที่ทำประเด็นเรื่องท้อง..."

(สัมภาษณ์สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม, 27 ตุลาคม 2566)

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ประสิทธิภาพของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การศึกษาประสิทธิภาพของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คณะผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่าง พ.ศ. 2559-2564 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการให้คำปรึกษาของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยผลการศึกษสามารถจำแนกได้ 3 ด้าน ดังนี้ 1) การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) พบว่าจำนวนสายที่ได้รับบริการมีแนวโน้มลดลงตามจำนวนคู่สายที่ปรับลดจาก 7 คู่สายเหลือ 5 คู่สาย ส่งผลให้มีจำนวนสาย missed call ที่แท้จริงเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถึงความสามารถ (capacity) ในการรองรับผู้รับบริการในปัจจุบัน พบว่า จำนวนสายที่ได้รับบริการยังต่ำกว่า maximum capacity และยังไม่เพียงพอกับความต้องการของจำนวนผู้โทรเข้ารับบริการทั้งหมด 2) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) แต่จำนวนผู้รับบริการที่ตอบแบบสำรวจความพึงพอใจลดลง และ 3) ผู้รับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ตัดสินใจประสงค์ที่จะยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเจ้าหน้าที่สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะประสานกับสถานพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่นั้น ๆ ซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษาของผู้ที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีระบบการติดตามระหว่างสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) กับสถานพยาบาลเครือข่าย และสถานพยาบาลเครือข่ายไม่ได้ส่งข้อมูลกลับเพื่อรายงานผลการดำเนินงานของผู้รับบริการแต่ละรายให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ทราบ ดังนั้นประสิทธิภาพของการให้บริการ จึงเน้นที่ผลลัพธ์ของการส่งต่อผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการทุกรายที่ประสงค์จะยุติการตั้งครรภ์ สายด่วนจะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

5.1.2 ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การศึกษาต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) คณะผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคำนวณต้นทุนเฉลี่ยต่อการให้บริการในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้ครอบคลุมต้นทุนการให้บริการทั้งหมด โดยจากการศึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควรได้รับงบประมาณปีละ 8.7-9.6 ล้านบาท ทั้งนี้หากพิจารณาปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่มีผลต่างระหว่างงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรและงบประมาณทางเศรษฐศาสตร์คำนวณที่ 4.2 ล้านบาท ผลต่างดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อต้นทุนในการให้บริการโดยเฉพาะในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่เป็นช่วงของการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ดังนั้นแหล่งทุนควรพิจารณาเพิ่มการจัดสรรงบประมาณให้กับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ให้ครอบคลุมต้นทุนในการให้บริการเพื่อให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถดำเนินงานต่อไปได้

หากพิจารณาประเภทของต้นทุนในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จะแบ่งเป็นต้นทุนคงที่ (fixed cost) ที่ 4-5.2 ล้านบาทต่อปี และต้นทุนผันแปรที่ 3.8 บาทต่อนาทีที่ให้บริการ ทั้งนี้การคิดต้นทุนเฉลี่ยต่อการให้บริการ หากใช้งบประมาณที่คำนวณจากมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ และจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในปีล่าสุด จะพบว่าต้นทุนเฉลี่ยอยู่ที่ 153 บาทต่อครั้ง และเมื่อนำข้อมูลไปประกอบกับ

การคาดการณ์จำนวนการเข้ารับบริการในอีก 4 ปีข้างหน้า จะพบว่าหากการเข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีจำนวนการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 8-15 ต่อปี จะเกิดภาระงบประมาณปีละ 11-14 ล้านบาท หรือหากพิจารณาภาพรวมของการให้บริการในอีก 4 ปี ภาระงบประมาณที่คาดการณ์คือ 50.8 ล้านบาท

5.1.3 ความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

การศึกษาความคุ้มค่าของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยใช้การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis หรือ CBA) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกับผลลัพธ์ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการแปลงผลลัพธ์ดังกล่าวให้อยู่ในรูปของมูลค่าเงินเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับต้นทุน และกำหนดผลลัพธ์ของการมีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จำนวน 2 ผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ลดอัตราการเสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 2) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complication) จากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่าบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความคุ้มค่าในการบริการ เพราะสามารถช่วยลดจำนวนการเสียชีวิตของผู้ยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัยและลดจำนวนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย ทั้งนี้หากพิจารณาแปลงผลประโยชน์ดังกล่าวเป็นมูลค่าเงิน การมีบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถสร้างผลประโยชน์เป็นมูลค่า 102-114 ล้านบาทต่อปี กล่าวคือการลงทุนในบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) 1 บาท สามารถสร้างประโยชน์ตอบแทนแปลงเป็นมูลค่าเงินอยู่ที่ 13 บาท

5.1.4 ความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 42 คน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้บริการในปัจจุบันของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความเหมาะสม เนื่องจากสามารถให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทั้งการให้คำปรึกษา การประสานงาน การส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายทั่วประเทศได้อย่างเหมาะสมกับอายุครรภ์ สิทธิการเบิกจ่าย และความสะดวกในการเดินทาง ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลที่ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งมีความปลอดภัยและสามารถเข้ารับบริการได้จริง อย่างไรก็ตาม เพื่อให้รูปแบบการให้บริการในปัจจุบันมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควรเพิ่มจำนวนคู่สาย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้มากขึ้น อีกทั้งควรพัฒนาระบบการติดตามสาย missed call และระบบการคัดกรองผู้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วยระบบตอบรับอัตโนมัติ ตลอดจนพัฒนาระบบการส่งต่อที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อปกป้องข้อมูลอ่อนไหวและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการงบประมาณและหาช่องทางของรายรับที่มีความยั่งยืนมากขึ้น

ในประเด็นความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต ผลการศึกษาพบว่าสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) และสถานพยาบาลเครือข่ายมีความพร้อมใน

การให้บริการในปัจจุบัน ทั้งบุคลากรในการให้คำปรึกษา หรือบุคลากรที่ให้บริการด้านหัตถการยุติการตั้งครรภ์ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ การสนับสนุนด้านงบประมาณ จากรัฐบาลตามสิทธิการรักษาพยาบาลทั้งประกันสังคม ข้าราชการ หรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งยังมีระบบกลไกและมีการขยายเครือข่ายสถานพยาบาลในการรองรับการขยายการให้บริการในอนาคต อย่างไรก็ตาม การติดตามด้วยข้อจำกัดเรื่องการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นการ ตัดสินใจของปัจเจกบุคคล จึงส่งผลกระทบต่อให้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาด้วยบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ไม่ เพียงเท่านั้นยังมีปัจจัยด้านเทคโนโลยีและรูปแบบการสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดและส่งผลให้เกิด การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชน การขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) จึง ควรคำนึงถึงประเด็นท้าทายที่เกิดขึ้น และวางแผนการรับมืออย่างรอบคอบเพื่อให้การให้บริการสามารถดำเนิน ต่อไปได้ดียิ่งขึ้น

5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

5.2.1 ข้อจำกัดด้านข้อมูล

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทย เป็นข้อมูลประมาณการที่อาจจะมี ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลค่อนข้างสูง เนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์เป็นประเด็นที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน จึงไม่มี การบันทึกข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา โดยการยุติการตั้งครรภ์แบบปลอดภัย อาจบันทึกข้อมูลผู้ป่วยว่ามี เลือดออกทางช่องคลอดเท่านั้น ซึ่งทำให้การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นไปได้ยาก และการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย จึงไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจำนวน ผู้รับบริการและค่ารักษา อีกทั้งข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสถิติการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยเป็น ข้อมูลที่ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากมีผู้ศึกษาวิจัยหรือเก็บรวบรวมข้อมูลน้อยรายและเป็นข้อมูลในอดีต ซึ่งมีบริบท ทางสังคมที่แตกต่างกับปัจจุบัน นอกจากนี้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการติดตามผลของผู้รับบริการที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ที่สถานพยาบาลได้สำเร็จหรือไม่ และไม่มีข้อมูลเชิง ลึกเพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิผลของการให้บริการในแต่ละครั้ง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงขาดข้อมูลในการ วิเคราะห์ประสิทธิผลหลังการรับบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ได้ และได้นำเสนอเป็น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อใช้ในการพัฒนาการให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ใน อนาคต

5.2.2 ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล

คณะผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เพื่อสัมภาษณ์ เชิงลึกในประเด็นความพึงพอใจจากการใช้บริการได้ เนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว ข้อมูลความพึง พอใจที่ใช้ในการศึกษาวิจัยจึงได้จากการรวบรวมโดยอาสาสมัครสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ที่ ให้บริการเท่านั้น นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการสนทนาทางโทรศัพท์ระหว่างบุคลากรที่ให้ คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษา เพื่อใช้ในการศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการ และเป็นตัวแปรสำคัญในการ คำนวณระยะเวลาการให้บริการที่มีคุณภาพได้ แต่ได้อ่านข้อมูลบางส่วนจากเอกสารที่เป็น case report เนื่องจากข้อจำกัดด้านการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการของสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เท่านั้น และศึกษาจากรายงานประจำปีของการให้บริการ

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

1. สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควรพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยต่อข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้น เช่น ระบบการส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลในเครือข่าย ระบบการติดตามสายที่ไม่ได้รับ (missed call) ระบบโทรศัพท์ตอบรับอัตโนมัติ เป็นต้น

2. สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควรเพิ่มจำนวนคู่สายเป็น 7-10 คู่สาย เพื่อให้สามารถรองรับกับความต้องการของจำนวนผู้โทรเข้ารับบริการทั้งหมด

3. สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควรบูรณาการและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ของผู้รับบริการ พร้อมทั้งจัดทำระบบเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้บริการ

4. สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ควรเพิ่มช่องทางในการรับการสนับสนุนงบประมาณ และบริหารจัดการงบประมาณอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความยั่งยืนและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งเพิ่มช่องทางการสื่อสาร และกลวิธีการสื่อสารให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับบริบทของสังคมและเทคโนโลยีที่จะเปลี่ยนไปในอนาคต

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้กำหนดนโยบาย

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรพิจารณาให้ทุนสนับสนุนสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เนื่องจากเป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่าและตอบโจทยนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health protection and prevention policy) โดยพิจารณาจ่ายเป็นเงินทุนสนับสนุนเป็นระบบเหมาจ่ายที่ 10.5 ล้านบาทต่อปี โดยให้บริการ 70,000 ครั้งต่อปี และให้มีการติดตามประเมินผลภายใน 5 ปี เพื่อให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) สามารถให้บริการได้ต่อไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาล กระทรวงศึกษาธิการ ควรสร้างความเข้าใจอย่างรอบด้านให้กับประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสม ช่องทางและการเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อลดจำนวนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนํายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานนํายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2562. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n330_d1a80b22d8a4daa876f459095915af6d_Ebook_Abortion_62.pdf.
2. World Health Organization. Abortion [Internet]. World Health Organization. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
3. 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>.
4. 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.
5. มูลนิธิเข้าถึงเอดส์. รายงานการจัดการองค์ความรู้ 1663 สายด่วนปรึกษาเรื่องเอดส์และท้องไม่พร้อม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเข้าถึงเอดส์; 2561.
6. ศาลรัฐธรรมนูญ. คำวินิจฉัยที่ 4/2563 : สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของหญิง [Internet]. 2563. Available from: <https://occ.th.constitutionalcourt.or.th/detail/คำวินิจฉัยที่-42563--สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของหญิง>.
7. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การยุติการตั้งครรภ์แห่งประมวลกฎหมายอาญา 2565, เล่ม 139 ตอนพิเศษ 228. 26 กันยายน 2565.
8. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์. แนวทางการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย. 2561. Available from: <https://www.rsathai.org/contents/305/>.
9. 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.
10. สำนักงานนํายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. นนทบุรี: สำนักงานนํายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
11. บุญฤทธิ สุขรัตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล”. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
12. Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ sexual & reproductive health*. 2021;47:246-51.
13. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh GJC. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. 2017;96:233-41.
14. Aiken AR, Starling JE, van der Wal A, van der Vliet S, Broussard K, Johnson DM, et al. Demand for self-managed medication abortion through an online telemedicine service in the United States. 2020;110:90-7.

15. Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, Mulder EJ, Visser GHJAjoo, gynecology. Maternal decision to terminate pregnancy in case of Down syndrome. 2007;196:149. e1-. e11.
16. Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal DJAowsmh. Reasons women give for abortion: a review of the literature. 2009;12:365-78.
17. Helström L, Od lind V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. 2003;31:405-10.
18. Biggs MA, Gould H, Foster DG. Understanding why women seek abortions in the US. BMC women's health. 2013;13:29.
19. Souza MG, Fusco CL, Andreoni SA, Silva RdSJRbde. Prevalence and sociodemographic characteristics of women with induced abortion in a population sample of São Paulo, Brazil. 2014;17:297-312.
20. 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.
21. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Unsafe abortion: a cruel way of birth control. African health sciences. 2014;14:487-8.
22. Rasch V. Unsafe abortion and postabortion care - an overview. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2011;90:692-700.
23. Ahsan A, Jafarey SN. Unsafe abortion: global picture and situation in Pakistan. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2008;58:660-1.
24. 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.
25. Jelinska K, Yanow S. Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. Contraception. 2018;97:86-9.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.

30. 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.
31. Obstetricians RCo, Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: RCOG press; 2011.
32. Low ST, Chen ZE, Cameron S. Women's experiences of self-referral to an abortion service: qualitative study. *BMJ sexual & reproductive health*. 2021;47:37-42.
33. guideline NG140 N. Abortion care. 2019.
34. 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-.
35. Guilbert E, Costescu D, Wagner M, Renner R, Norman W, Dunn S, et al. Canadian protocol for the provision of medical abortion via telemedicine. Ottawa, ON: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; 2020.
36. Lince-Deroche N, Fetters 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.
37. Parenthood P. Pregnancy Options: Planned Parenthood Federation of America Inc.; 2022 [Available from: <https://www.plannedparenthood.org/learn/pregnancy/pregnancy-options>].
38. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (17 เมษายน 2566). จำนวนและอัตราการตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) อัตราการตายทารก (ต่ำกว่า 1 ปี) จำแนกตามเพศ และอัตราการตายมารดา พ.ศ. 2555 – 2564. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=305.
39. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet global health*. 2014;2:e323-e33.
40. ตามรอยการเดินทางเครือข่ายอาสา RSA 2563. เครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Available from: <https://bit.ly/3HtcECZ>.
41. Srinil S. Factors associated with severe complications in unsafe abortion. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2011;94:408-14.
42. Chaturachinda K. Unsafe abortion in Thailand: Roles of RCOG. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014:2-7.
43. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2557. Available from: <https://www.thaiteentraining.com/data/ref/20160902155751.pdf>.
44. Warakamin S, Boonthai N, Tangcharoensathien V. Induced abortion in Thailand: current situation in public hospitals and legal perspectives. *Reprod Health Matters*. 2004;12:147-56.

45. ธนวัฒน์ เพ็ชรล่อเหลียน. ความไม่รู้...สถิติทำแท้งเดือนพฤษภาคม 1.2 แสนราย. โพสต์ทูเดย์. <https://www.posttoday.com/social/general/141178>. Published March 4, 2555.
46. ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. เกียงกันเรื่อง แท้ง :สุขภาพ เสรีภาพ ศีลธรรม. กรุงเทพฯ :มูลนิธิเพื่อการศึกษาประชาธิปไตยและการพัฒนา (โครงการจัดพิมพ์คบไฟ) และเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม, 2561.
47. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017;390:2372-81.
48. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*. 2009;36:452-7.

ภาคผนวก

ก. ตารางแสดงการแจกแจงต้นทุนคงที่ (fixed cost) ของสายด่วนการตั้งครุภัณฑ์ไม่พร้อม (1663)

หมวดค่าใช้จ่าย	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
หมวดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่	1,364,971	1,364,971	79,352	1,264,068
หมวดค่าตอบแทน (ยกเว้น เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา)	2,635,080	2,635,080	2,908,696	2,749,801
หมวดการวางแผน (micro-planning)	15,290	15,290	6,421	6,998
หมวดค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค (utility bills)	298,747	298,747	32,000	-
หมวดค่าใช้จ่ายเพื่อการติดตามและ ประเมินผล (M&E)	202,904	202,904	92,069	24,562
หมวดค่าใช้จ่ายการประชุมสัมมนา	13,876	13,876	-	-
หมวดค่าใช้จ่ายโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ค่าบำรุง server	177,348	177,348	182,500	255,500
หมวดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	541,039	541,039	720,368	-
รวม	5,249,254	5,249,254	4,021,406	4,300,929

*** รวบรวมจากรายงานการเงินประจำปีของมูลนิธิเข้าถึงเอดส์

ข. ตารางการคำนวณต้นทุนการเสียชีวิต (cost of mortality)

➤ ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2561

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
0	2561	24	236,927	236,927
1	2562	25	243,705	236,607
2	2563	26	224,962	212,048
3	2564	27	231,985	212,299
4	2565	28	248,150	220,478
5	2566	29	254,354	219,408
6	2567	30	260,713	218,343
7	2568	31	267,230	217,283
8	2569	32	273,911	216,228
9	2570	33	280,759	215,178
10	2571	34	287,778	214,134
11	2572	35	294,972	213,094
12	2573	36	302,347	212,060
13	2574	37	309,905	211,030
14	2575	38	317,653	210,006
15	2576	39	325,594	208,987
16	2577	40	333,734	207,972
17	2578	41	342,078	206,963
18	2579	42	350,629	205,958
19	2580	43	359,395	204,958
20	2581	44	368,380	203,963
21	2582	45	377,590	202,973
22	2583	46	387,029	201,988
23	2584	47	396,705	201,007
24	2585	48	406,623	200,031
25	2586	49	416,788	199,060
26	2587	50	427,208	198,094
27	2588	51	437,888	197,132

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
28	2589	52	448,835	196,175
29	2590	53	460,056	195,223
30	2591	54	471,558	194,276
31	2592	55	483,347	193,332
ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2561				6,683,216

*** อัตราคิดลด (discount rate) = 3%, GDP Growth ที่ 2.5% ต่อปี

➤ **ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2562**

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
0	2562	24	243,705	243,705
1	2563	25	224,962	218,410
2	2564	26	231,985	218,668
3	2565	27	248,150	227,092
4	2566	28	254,354	225,990
5	2567	29	260,713	224,893
6	2568	30	267,230	223,801
7	2569	31	273,911	222,715
8	2570	32	280,759	221,634
9	2571	33	287,778	220,558
10	2572	34	294,972	219,487
11	2573	35	302,347	218,422
12	2574	36	309,905	217,361
13	2575	37	317,653	216,306
14	2576	38	325,594	215,256
15	2577	39	333,734	214,211
16	2578	40	342,078	213,171
17	2579	41	350,629	212,137
18	2580	42	359,395	211,107
19	2581	43	368,380	210,082
20	2582	44	377,590	209,062
21	2583	45	387,029	208,047

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
22	2584	46	396,705	207,037
23	2585	47	406,623	206,032
24	2586	48	416,788	205,032
25	2587	49	427,208	204,037
26	2588	50	437,888	203,046
27	2589	51	448,835	202,061
28	2590	52	460,056	201,080
29	2591	53	471,558	200,104
30	2592	54	483,347	199,132
31	2593	55	495,430	198,166
ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2562				6,837,844

*** อัตราคิดลด (discount rate) = 3%, GDP Growth ที่ 2.5% ต่อปี

➤ ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2563

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
0	2563	24	224,962	224,962
1	2564	25	231,985	225,228
2	2565	26	248,150	233,905
3	2566	27	254,354	232,770
4	2567	28	260,713	231,640
5	2568	29	267,230	230,515
6	2569	30	273,911	229,396
7	2570	31	280,759	228,283
8	2571	32	287,778	227,175
9	2572	33	294,972	226,072
10	2573	34	302,347	224,974
11	2574	35	309,905	223,882
12	2575	36	317,653	222,795
13	2576	37	325,594	221,714
14	2577	38	333,734	220,638
15	2578	39	342,078	219,567

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
16	2579	40	350,629	218,501
17	2580	41	359,395	217,440
18	2581	42	368,380	216,384
19	2582	43	377,590	215,334
20	2583	44	387,029	214,289
21	2584	45	396,705	213,249
22	2585	46	406,623	212,213
23	2586	47	416,788	211,183
24	2587	48	427,208	210,158
25	2588	49	437,888	209,138
26	2589	50	448,835	208,123
27	2590	51	460,056	207,112
28	2591	52	471,558	206,107
29	2592	53	483,347	205,106
30	2593	54	495,430	204,111
31	2594	55	507,816	203,120
ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2563				6,995,083

*** อัตราคิดลด (discount rate) = 3%, GDP Growth ที่ 2.5% ต่อปี

➤ **ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2564**

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
0	2564	24	231,985	231,985
1	2565	25	248,150	240,922
2	2566	26	254,354	239,753
3	2567	27	260,713	238,589
4	2568	28	267,230	237,431
5	2569	29	273,911	236,278
6	2570	30	280,759	235,131
7	2571	31	287,778	233,990
8	2572	32	294,972	232,854
9	2573	33	302,347	231,724

ปีที่	พ.ศ.	อายุ (ปี)	GDP per capita	GDP value in 2561
10	2574	34	309,905	230,599
11	2575	35	317,653	229,479
12	2576	36	325,594	228,365
13	2577	37	333,734	227,257
14	2578	38	342,078	226,154
15	2579	39	350,629	225,056
16	2580	40	359,395	223,963
17	2581	41	368,380	222,876
18	2582	42	377,590	221,794
19	2583	43	387,029	220,717
20	2584	44	396,705	219,646
21	2585	45	406,623	218,580
22	2586	46	416,788	217,519
23	2587	47	427,208	216,463
24	2588	48	437,888	215,412
25	2589	49	448,835	214,366
26	2590	50	460,056	213,326
27	2591	51	471,558	212,290
28	2592	52	483,347	211,260
29	2593	53	495,430	210,234
30	2594	54	507,816	209,213
31	2595	55	520,511	208,198
ต้นทุนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2564				7,181,422

*** อัตราคิดลด (discount rate) = 3%, GDP Growth ที่ 2.5% ต่อปี

Policy Brief



Volume 12

Issue 168 • JUN 2024

1663 : สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รับสาย 1 ครั้ง มีต้นทุนที่บาท?

Highlight

- ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ตามมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ และคำนวณจากจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการปีล่าสุดอยู่ที่ 153 บาทต่อครั้ง และคาดการณ์ว่าจะมีภาระงบประมาณการให้บริการในช่วง 4 ปีข้างหน้าประมาณ 50.8 ล้านบาท
- การให้คำปรึกษาบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่าและตอบโจทย์นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health protection and prevention policy)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรพิจารณาสนับสนุนงบประมาณสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยจัดสรรงบประมาณปีละ 10.5 ล้านบาท และให้บริการอย่างน้อย 70,000 ครั้งต่อปี พร้อมทั้งให้มีการติดตามประเมินผลภายใน 5 ปี เพื่อให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความยั่งยืนในการให้บริการในอนาคต

รู้ก่อนกด 1663

- การยุติการตั้งครรภ์ หรือการทำแท้งในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554–2563 มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยปัจจัยสำคัญของการยุติการตั้งครรภ์ คือ สภาพเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- ประเทศไทยได้มีการปรับแก้ไขกฎหมายเพื่อให้รองรับการยุติการตั้งครรภ์ช่วงอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ และมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ผ่านสิทธิประโยชน์ทั้งประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สายด่วน 1663 คือ บริการให้คำปรึกษาปัญหาท้องไม่พร้อม ซึ่งเป็นกลไกป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย และเป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่า



สายด่วน 1663: การลงทุนที่ตอบโจทย์



การคำนวณต้นทุนรวม (total cost) ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

โดยแจกแจงต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปรตามลักษณะของผู้เข้ารับบริการ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1 **กลุ่ม normal case** คือ ผู้เข้ารับบริการขอคำปรึกษาโดยทั่วไป
- 2 **กลุ่ม complex case** คือ ผู้เข้ารับบริการขอคำปรึกษาที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องมีการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัย (ต่อ)

ต้นทุน ในการให้บริการ
สายด่วนการตั้งครรภ์
ไม่พร้อม (1663)
ตามมุมมองต้นทุน
ทางเศรษฐศาสตร์ อยู่ที่

**8.7 – 9.8
ล้านบาทต่อ
ปีงบประมาณ**



หากพิจารณา**ในปีงบประมาณ 2564**
ซึ่งเป็นปีที่มีข้อมูลล่าสุด พบว่า
**งบประมาณตามมุมมอง
ทางเศรษฐศาสตร์อยู่ที่
9.7 ล้านบาท**



จำนวนครั้ง ในการเข้ารับบริการขอคำปรึกษา
ในปีงบประมาณ 2564 อยู่ที่ **63,134 ครั้ง**
ดังนั้น **ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง** ในการให้บริการ
สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
จะอยู่ที่ **153 บาท** ต่อการให้บริการ
ปรึกษา 1 ครั้ง

ต้นทุนในการให้บริการ สายด่วนการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม (1663)

จำแนกตามประเภทต้นทุน
ปีงบประมาณ 2564

ต้นทุน
รวม

=

ต้นทุน
คงที่

+

ต้นทุน
ผันแปร

ประเภทต้นทุน

ต้นทุนในการให้บริการต่อนาที
x
เวลาที่ใช้ในการให้บริการ

กลุ่ม normal case

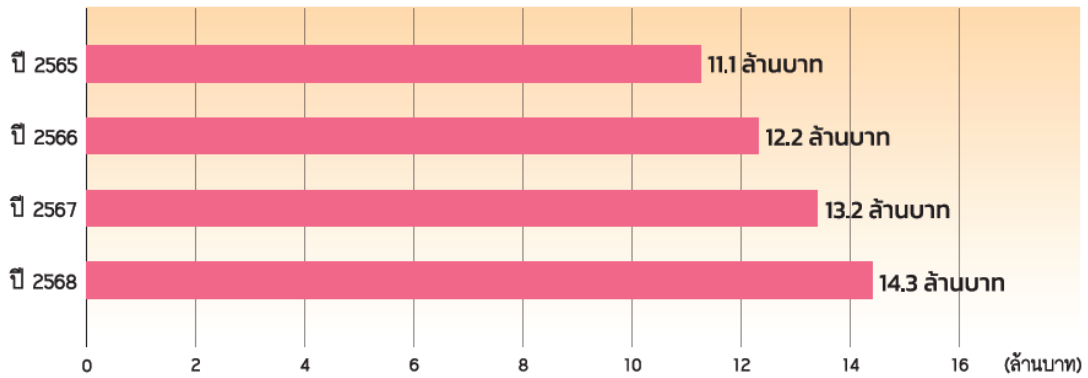
กลุ่ม complex case

1 จำนวนสาย ที่ให้บริการ (สาย)	58,699	4,435
2 เวลาที่ใช้ในการ ให้บริการ (นาที)	1,377,548	105,880
3 ต้นทุนในการให้ บริการต่อนาที (บาท)	3.25	8.66
4 ต้นทุนผันแปร (บาท) (๑ x ๑)	4,472,558	916,710
5 ต้นทุนคงที่ (บาท)	4,300,929	
6 ต้นทุนรวม (บาท) (๑ + ๕)	9,690,197	
7 ต้นทุนเฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	153	

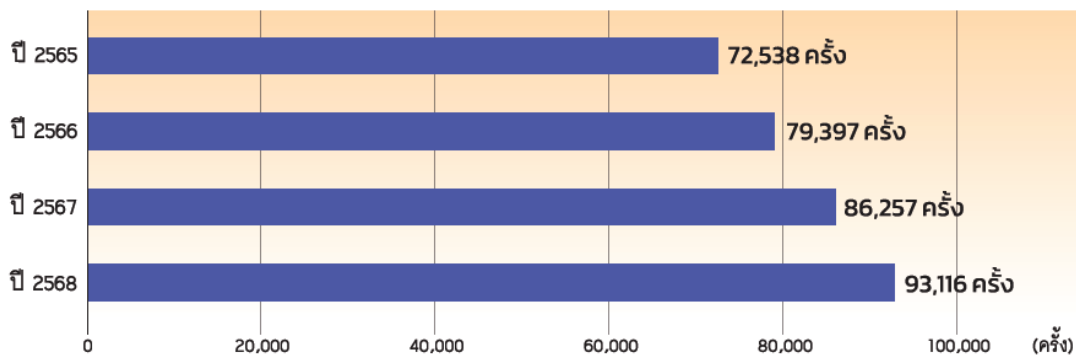


ลงทุนกับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต้องใช้งบประมาณเท่าไร?

แผนภูมิแสดงคาดการณ์งบประมาณในปี 2565-2568



แผนภูมิแสดงคาดการณ์จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในปี 2565-2568



คณะผู้วิจัยได้ทำการคาดการณ์ (forecast) จำนวนครั้งในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต โดยใช้ข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ 2561-2564 ด้วยวิธีการคาดการณ์เชิงเส้น (linear extrapolation) พบว่า ปริมาณการเข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี



โดยคาดว่าจะในปี 2568 จะมีผู้เข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มากถึง 93,116 ครั้ง และภาระงบประมาณที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละปีอยู่ที่ประมาณ 11-14 ล้านบาท ต่อปี หรือหากรวมเป็นผลกระทบงบประมาณทั้ง 4 ปี จะมีการงบประมาณ 50.8 ล้านบาท



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

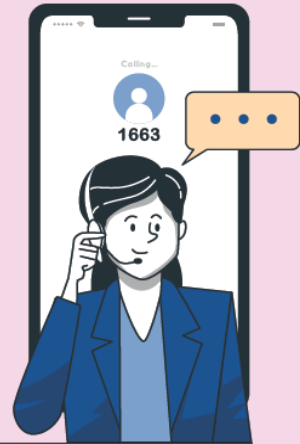
สปสข. ควรพิจารณาสนับสนุนงบประมาณสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยจัดสรรงบประมาณปีละ 10.5 ล้านบาท และให้บริการอย่างน้อย 70,000 ครั้งต่อปี พร้อมทั้งให้มีการติดตามประเมินผลภายใน 5 ปี เพื่อให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความยั่งยืนในการให้บริการในอนาคต



เกี่ยวกับการศึกษา

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ดำเนินโครงการวิจัย "การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" มีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
- 2) เพื่อศึกษาดัชนีต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
- 3) เพื่อศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
- 4) เพื่อศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยใช้รูปแบบการศึกษาเป็นแบบผสมวิธี (mixed methods) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative methods) และเชิงคุณภาพ (qualitative methods)



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย กุมาริ พัทณี, ดร.นภดล พิมสาร, ภิชากรีย์ กรุณายาวงค์, ธนาญศ เศรษฐนิโสภณ, มันทา กรกฏ และอิทธิพร เรืองทวีป
ที่ปรึกษาโครงการ: ดร. ภญ.ปญษรุตพร กิ่งแก้ว และรศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกุลวัฒน์ชัย

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน



ดร.นภดล
พิมสาร



กุมาริ พัทณี



ภิชากรีย์
กรุณายาวงค์



ธนาญศ
เศรษฐนิโสภณ



มันทา กรกฏ



อิทธิพร เรืองทวีป



หน่วยงานที่สนใจรับ Policy brief ฉบับพิมพ์
สมัครได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุชื่อ-ที่อยู่ เพื่อจัดส่ง



ท่านที่สนใจรับ Policy brief ฉบับ PDF
สมัครได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุชื่อ-อีเมล เพื่อจัดส่ง
หรือดาวน์โหลด Policy brief ฉบับอื่น ๆ ได้ที่
<https://www.hitap.net/resources/downloads>

HITAP เป็นองค์กรวิจัยภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยี หรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญหาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น รวมถึงทำการประเมินเพื่อพัฒนาองคกรต่าง ๆ ในองค์กรภาครัฐ

ติดต่อ:

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 0-2590-4549, 0-2590-4374-5
โทรสาร: 0-2590-4369

อีเมล: comm@hitap.net
เว็บไซต์: www.hitap.net



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้
ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา
ไม่ใช้เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง



รายการเผยแพร่ policy brief

- 1) <https://www.hitap.net/documents/189852>
- 2) ที่ประชุม หลักสูตรการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ (Health Policy & Strategy Training Program : HPT7) วันที่ 1 เมษายน 2567
- 3) ที่ประชุม โครงการพัฒนาผู้บริหารระดับสูง กรมการแพทย์ (Transformative Leadership Program) รุ่นที่ 5 วันที่ 18 เมษายน 2566
- 4) ที่ประชุม อบรมหลักสูตรระบาดวิทยาและชีวสถิติเบื้องต้น กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค วันที่ 2 กรกฎาคม 2567
- 5) ที่ประชุม สัมมนาทางด้านธุรกิจเครื่องมือแพทย์ “Thailand Medical Reimbursement and Public Funds” วันที่ 11 กรกฎาคม 2567
- 6) ที่ประชุม การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณภาพผลงานวิชาการและการคัดเลือกผลงานวิชาการยอดเยี่ยม กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566 วันที่ 19 กรกฎาคม 2567
- 7) ที่ประชุม การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy brief) กรมสุขภาพจิต วันที่ 23 กรกฎาคม 2567
- 8) ที่ประชุม อบรมหลักสูตรฝึกอบรมนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง (น.บ.ส.) รุ่นที่ 40 วันที่ 30 กรกฎาคม 2567