กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

การให้บริการ อนามัยการเจริญพันธุ์

คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



บรรณาธิการ

สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ
ภารดี ชาญสมร
ยุพา พูนขำ
ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง
สุวชัย อินทรประเสริฐ
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย



การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ISBN : 978-616-11-1463-3

บรรณาธิการ

สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ
ภารดี ชาญสมร
ยุพา พูนขำ
ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง
สุวชัย อินทรประเสริฐ
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

พิมพ์ครั้งที่ 2 จำนวนพิมพ์ 7,000 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
โทร. 02 - 590 - 4242, 02 - 590 4243

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

คำนำ

อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) คือภาวะความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกายและจิตใจอันเป็นผลสัมฤทธิ์จากกระบวนการการทำหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยรัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้วยการที่คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗) เมื่อวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๓ ซึ่งการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในการให้บริการเพื่อเสริมสร้างภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี เริ่มตั้งแต่ประชากรเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นจนกระทั่งถึงวัยที่เตรียมพร้อมก้าวเข้าสู่การสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพแข็งแรง คู่มือให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์เล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้สำหรับการดำเนินงานให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในคลินิกวัยรุ่น คลินิกเตรียมพร้อมก่อนสมรส และคลินิกเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ตลอดจนการส่งเสริมบทบาทของผู้ชายในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยได้รับความกรุณาจากอาจารย์แพทย์ ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ในการร่วมนิพนธ์และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา กรมอนามัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งมา ณ โอกาสนี้

กรมอนามัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ให้บรรลุผลและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้วัยรุ่นไทยมีสุขภาพดี รวมทั้งการสร้างครอบครัวรุ่นใหม่ให้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเตรียมพร้อมเพื่อการมีครอบครัวที่อบอุ่นและเข้มแข็งต่อไป

(ดร. นายแพทย์ สมยศ ดีรัศมี)
อธิบดีกรมอนามัย

บทนำ

ปัจจุบันครอบครัวในสังคมไทยมักจะมีลูกน้อย เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคม และการมองคุณค่าของเด็กเปลี่ยนแปลงไป การที่ครอบครัวมีลูกน้อย คุณภาพของเด็ก จึงมีความสำคัญมาก การดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด สภาวะหลังคลอดและการเลี้ยงดูทารกให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น และความรู้เกี่ยวกับการดูแลต่างๆ เหล่านี้จึงควรแพร่หลาย เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และนำไปปฏิบัติอย่างไรก็ตาม การที่จะมีการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ถูกกำหนดด้วยการเลือกคู่และแต่งงาน คู่สมรสจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรือหากมีโรคประจำตัวก็ต้องเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงที่จะส่งต่อไปยังบุตรได้ แต่โรคบางโรคปรากฏในพ่อแม่ในรูปแฝงที่ไม่แสดงอาการ แต่เมื่อมีบุตรโรคนั้นก็จะปรากฏเป็นโรคที่รุนแรงในบุตรได้ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เล็งเห็นความสำคัญในด้านนี้และพบว่า การให้บริการและการดูแลหญิงชายก่อนสมรส และคู่สมรสก่อนตั้งครรภ์ เป็นความต้องการของชุมชนจึงจัดทำคู่มือการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ขึ้น โดยคาดหวังว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นคู่มือและหลักในการให้บริการแก่หญิงชายก่อนสมรสและคู่สมรสก่อนตั้งครรภ์ได้ในคู่มือฉบับนี้เกริ่นนำด้วยภาพรวมของอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย และต่อด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ

ส่วนแรกเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การจัดบริการคลินิกวัยรุ่น และการดูแลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งในทางสังคมและสาธารณสุขของประเทศไทย

ส่วนที่ 2 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ รวมทั้งการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดต่อสู่ทารก โภชนาการที่สำคัญสำหรับการตั้งครรภ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และโรคที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการใช้ชีวิตคู่ โดยหวังว่าความรู้เหล่านี้จะช่วยทำให้คู่สมรสมีสุขภาพดีสามารถดูแลตัวเอง และทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และมีครอบครัวที่อบอุ่น

ส่วนที่ 3 เป็นส่วนเพิ่มเติมปกิณกะ ประกอบด้วยการดูแลภาวะมีบุตรยาก ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญของอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย และเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทผู้ชายในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

สุดท้าย ในส่วนภาคผนวกประกอบด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗) นโยบายการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554 และมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๕๓ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ซึ่งเอกสารเหล่านี้สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

คู่มือฉบับนี้สำเร็จลงได้ ต้องขอขอบคุณผู้นิพนธ์และทีมงานที่ได้จัดเตรียมต้นฉบับ โดยเฉพาะคุณกฤษณ์ พันตรา ในการจัดเตรียมต้นฉบับและประสานงานอย่างดีเลิศ คณะบรรณาธิการหวังว่าคู่มือการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ จะมีประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการวางแผนนโยบายในการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ เพื่อนำไปปฏิบัติ เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรไทยในอนาคต

สมศักดิ์	สุทัศน์วรวุฒิ
ภารดี	ชาญสมร
ยุพา	พูนขำ
ปิยะรัตน์	เอี่ยมคง
สุวชัย	อินทรประเสริฐ
กิตติพงศ์	แซ่เจ็ง

รายนาม ผู้นิพนธ์

กรรณิการ์ รักเสนาะ	ศษ.บ. (ประวัติศาสตร์), ค.ม. (บริหารการศึกษา) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์	ป.บ.ส. รป.ม. (การจัดการเกี่ยวกับนักบริหาร) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	พ.บ., ส.ม., ว.ว. (ระบาดวิทยา) M.P.H., Antwerp Belgium ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กฤษณ์ พันตรา	วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) วท.ม. (โรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
จารีรัตน์ ชูตระกูล	ศศ.บม. (รัฐศาสตร์), บธ.ม. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
จิตติมา มโนนัย	พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ - นรีเวช), ว.ว. (สูติ - นรีเวช), อ.ว. (เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์) รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
จินตนา พัฒนพงศ์ธร	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (ประชากรและการพัฒนา) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
จุฑาวดี วุฒิวงศ์	พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง), ว.ว. (สูติ - นรีเวช) อ.ว. (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์) Fellow in Maternal Fetal Medicine, UCL, UK ผู้อำนวยการกองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

	รองประธานคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ชุด พ.ศ. 2553 - 2555 รองประธานคณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชุด พ.ศ. 2553 - 2555
ชลิดา เกษประดิษฐ์	วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข), สค.ม., ปช.ด. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา), M.P.H (epidemiology) ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีและผู้จัดการแผนงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) สำนักงานประจำประเทศไทย
นิพรรณพร วรมงคล	พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์), อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว) นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
นุชนารถ แก้วดำเกิง	พย.บ., วท.ม. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
บุษกร แสงแก้ว	พย.บ. (การพยาบาลผู้ใหญ่), พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ปภาวี ไชยรักษ์	วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์), บธ.ม. (การจัดการ) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ประกายดาว พรหมประพัฒน์	ป.บ.ส. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปรียมาศ เวสสบุตร	ค.บ. (สุขศึกษา) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง	พย.บ., ศษ.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์	พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ - นรีเวช), ว.ว. (สูติ - นรีเวช) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์ที่ปรึกษาโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์แนชชันแนล กรรมการมูลนิธิคุณแม่คุณภาพ
ภารดี ชาญสมร	วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข), วท.ม. (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ยุพา พูนขำ	สต.บ., Diploma in Population Research, UK M.P.H., USA นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย	พ.บ., ว.ว. (สูติ - นรีเวช), อ.ว. (เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์) อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เรณู ชูนิล	วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์	พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง), ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์) Dip. of the American Board of Medical Genetics (Clinical Genetics and Clinical Biochemical Genetics) ศาสตราจารย์ เมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้อำนวยการศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านเวชพันธุศาสตร์

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมเกียรติ สีตวาริน
พ.บ., ว.ว. (สูติ - นรีเวช), อ.ว. (เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์)
อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์
พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)
M.P.H., Belgium
รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ
พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ - นรีเวช), ว.ว. (สูติ - นรีเวช)
Dip. Field Epidemiology in Reproductive Health, CDC, USA
รองศาสตราจารย์ หัวหน้าสาขาอนามัยการเจริญพันธุ์และวางแผน
ครอบครัวประชากร ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการบริหารราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ชุด พ.ศ. 2547 - 2549, พ.ศ. 2550 - 2552

สมสุข โสภาวนิตย์
วท.บ. (สุขศึกษา), รป.บ. (บริหารรัฐกิจ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สัญญา ภัทราชัย
พ.บ., อ.ว. (สูติ - นรีเวช), M.P.H.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิริมน วิไลรัตน์
นศ.บ., M.A in Demography, Australia
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สุธน ปัญญาดิลก
ศ.บ. (ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์), M.P.H., USA
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สุภาวรรณ เจตุวงศ์
กศ.บ. (สุขศึกษา), สค.ม. (สาขาวิจัยประชากรและสังคม)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สุรัตนา เตาะไธสง
ป.บ.ส.
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สุวชัย อินทรประเสริฐ
พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ - นรีเวช), ว.ว. (สูติ - นรีเวช),
อ.ว. (เวชศาสตร์ฉุกเฉิน),
อ.ว. (เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์),
Dip. in Population Growth Studies, UK
ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ
อาจารย์พิเศษภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ชุด พ.ศ. 2550 - 2552

สุวพร ทวีสิทธิ์
กศ.บ. (สุขศึกษา)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อภิชาต จิตต์เจริญ
พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ - นรีเวช), ว.ว. (สูติ - นรีเวช)
ศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

		หน้า
	คำนำ	ก
	บทนำ	ข
	รายนามผู้นิพนธ์	ค
	สารบัญ	ซ
บทที่ 1	**อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย** สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์ กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ภารดี ชาญสมร สุวชัย อินทรประเสริฐ กฤษณ์ พันตรา	1-14
	ส่วนที่ 1 อนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น	
บทที่ 2	**การจัดบริการคลินิกวัยรุ่น** ยุพา พูนขำ สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย	17-42
บทที่ 3	**เพศศึกษารอบด้าน** กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์ ชลิดา เกษประดิษฐ์ นุชนารถ แก้วดำเกิง สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ	43-62
บทที่ 4	**การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น** สุภวรรณ เจตุวงศ์ จารีรัตน์ ชูตระกูล ประกายดาว พรหมประพัฒน์ สมสุข โสภาวนิตย์ จิตติมา มโนนัย รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย	63-79

สารบัญ

หน้า

บทที่ 5 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ 81-97
สุรัตนา เตาะไธสง
สัญญา ภัทราชัย
นิพรรณพร วรมงคล

ส่วนที่ 2 การเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

บทที่ 6 การเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ 101-115
สิริมน วิไลรัตน์
สุวพร ทวีสิทธิ์
สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ

บทที่ 7 การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดต่อสู่ทารก 117-128
ประกายดาว พรหมประพัฒน์
อภิชาต จิตต์เจริญ

บทที่ 8 โรคธาลัสซีเมีย 129-149
บุษกร แสงแก้ว
จินตนา พัฒนพงศ์ธร
อภิชาต จิตต์เจริญ

บทที่ 9 การวางแผนครอบครัว 151-169
เรณู ชูนิล
สัญญา ภัทราชัย

บทที่ 10 การใช้ชีวิตคู่ 171-189
ปรียมาศ เวสสบุตร
กรรณิการ์ รักเสนาะ
พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์

บทที่ 11 การให้การปรึกษาในคลินิกเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ 191-215
ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง
ปภาวี ไชยรักษ์
สมเกียรติ สีตวาริน
สุวชัย อินทรประเสริฐ

หน้า

บทที่ 12 สารอาหารสำคัญสำหรับการตั้งครรภ์ 217-236
จุฑาวดี วุฒิวงศ์
วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์
ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง

ส่วนที่ 3 ปกิณกะ

บทที่ 13 ภาวะมีบุตรยากและการรักษา 239-249
ภารดี ชาญสมร
จิตติมา มโนนัย
กฤษณ์ พันตรา

บทที่ 14 การเพิ่มบทบาทผู้ชายในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ 251-264
เรณู ชูนิล
สุธน ปัญญาดิลก
ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ
สมเกียรติ สีตวาริน
สุวชัย อินทรประเสริฐ

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗) 267-271
ภาคผนวก 2 ร่าง พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ... 273-281
ภาคผนวก 3 ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ 283-285
ภาคผนวก 4 มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน 287-308
ภาคผนวก 5 นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554 309-311
ภาคผนวก 6 แผนงานโรคธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 313-315

ดัชนี 317-324

บทที่ 1
อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
ภารดี ชาญสมร
สุวชัย อินทรประเสริฐ
กฤษณ์ พันตรา

คำนำ
คำนิยามและขอบเขตของอนามัยการเจริญพันธุ์
ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี
องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์
การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์
การบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ควรจัดให้มีในสถานบริการระดับต่างๆ ของรัฐ
สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย
นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ
สรุป
เอกสารอ้างอิง
ภาคผนวก

บทที่ 1
อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
ภารดี ชาญสมร
สุวชัย อินทรประเสริฐ
กฤษณ์ พันตรา

คำนำ

อนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive health) มิใช่เป็นคำใหม่ หรือเรื่องใหม่แต่เป็นคำที่ใช้ในวงการแพทย์ และสาธารณสุขมานานแล้ว ในอดีตเน้นเรื่องงานวางแผนครอบครัว และอนามัยแม่และเด็ก เน้นสุขภาพของสตรีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนการดูแลสุขภาพของมารดาและบุตรหลังคลอดซึ่งได้รับผลสำเร็จในระดับหนึ่ง เช่น อัตราตายของมารดาลดลง มีการคุมกำเนิดมากขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบสืบพันธุ์ของสตรีในส่วนที่ถูกละเลย และไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร ช่วงตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ คืออนามัยวัยรุ่น เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ แต่ยังไม่ตั้งครรภ์ และไม่ได้คุมกำเนิด ก็ต้องได้รับการดูแลด้วย เมื่อผ่านพ้นวัยเจริญพันธุ์ ก็มีปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมาด้วยเช่นเดียวกัน แม้แต่งานที่อยู่ในขอบเขตรับผิดชอบเดิมก็ยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร เช่น งานวางแผนครอบครัวมิใช่จะสนใจเรื่องบริการคุมกำเนิดอย่างเดียว แต่ควรจะต้องครอบคลุมไปถึงการดูแลปัญหาการมีบุตรยาก งานอนามัยแม่และเด็ก ก็มิใช่หวังเพียงให้ “ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย” เท่านั้น แต่จะต้องพิจารณาถึงสุขภาพโดยรวมผู้เป็นมารดาและการวางรากฐานเพื่อพัฒนาสุขภาพของลูกที่เกิดมาด้วยและไม่เพียงแต่รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ต้องรวมไปถึงการป้องกันการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์และเอดส์ ต้องรวมการดูแลสุขภาพทั่วๆ ไปของสตรีในวัยก่อนเจริญพันธุ์ วัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ และวัยหลังเจริญพันธุ์ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของคู่สมรสที่อาจจะนำโรคต่างๆ มาสู่สตรีวัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ทารกในครรภ์และเด็ก

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยยังคงมีอยู่หลายอย่าง กิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ 10 ประการ คือ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะการมีบุตรยาก การแท้งและภาวะแทรกซ้อน มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น และภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ ยังคงต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางด้านการแพทย์สาธารณสุขหลายๆ สาขา เพื่อให้ปัญหาต่างๆ ลดลงให้เหลือน้อยที่สุด

คำนิยามและขอบเขตของอนามัยการเจริญพันธุ์

สุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์หรืออนามัยการเจริญพันธุ์ แปลมาจากคำว่า “reproductive health” ซึ่งหมายถึง “ภาวะที่บุคคลควรมีชีวิตทางเพศที่รับผิดชอบ พึงใจและปลอดภัย มีความสามารถที่จะมีบุตรรวมทั้งการเลือกว่าจะมีบุตรเมื่อไร ถี่ห่างเท่าไร มีสิทธิที่จะรับรู้และเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ราคาถูก รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่ทำให้สตรีมีความปลอดภัยในการตั้งครรภ์ คลอดบุตรและให้กำเนิดบุตรที่แข็งแรง [1]

ใน พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยให้คำนิยามใหม่ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นว่า “ภาวะความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิตซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข” [2]

จะเห็นได้ว่าคำนิยามของอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเหมือนกับของสุขภาพอนามัย แต่เป็นเรื่องของระบบสืบพันธุ์ ทั้งในด้านหน้าที่กระบวนการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศที่รับผิดชอบ ซึ่งจะประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 3 อย่าง [1] คือ

- มีความสามารถ (ability) ในการจะมีบุตรและควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนเอง มีเสรีภาพที่จะเลือกว่าจะมีบุตรเมื่อไร ถี่ห่างเท่าไร ตลอดจนมีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์
- ประสบผลสำเร็จ (success) โดยมีอัตราตายของมารดาและทารกต่ำ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ลูกที่เกิดมาได้รับการพัฒนาให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ
- ปลอดภัย (safety) มีโอกาสเลือกวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ ราคาถูก รวมทั้งมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่ทำให้สตรีมีความปลอดภัยในด้านการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและบุตรที่เกิดมามีความแข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย

คำว่า “สุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์” หรือ “อนามัยการเจริญพันธุ์” ไม่ใช่เป็นคำใหม่ หรือเรื่องใหม่ แต่เป็นคำที่มีใช้ในวงการแพทย์และสาธารณสุขอยู่นานแล้ว และในปี พ.ศ. 2537 มีการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development หรือ ICPD) ซึ่งเป็นการประชุมประชากรโลกครั้งล่าสุด ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ ได้มีการหยิบยกเอาเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ขึ้นมาเป็นหัวข้อสำคัญที่ทุกประเทศทั่วโลกให้นำไปพิจารณาดำเนินการตามมติของที่ประชุม เกี่ยวกับแผนปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาประชากร โดยรัฐบาลไทยส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุมและตกลงที่จะพัฒนาคุณภาพประชากรให้มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ ความว่า “คนไทยทุกคนทั้งหญิงและชายทุกกลุ่มอายุต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี [3]

ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี

ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีพบได้มากกว่าบุรุษเพราะ [4-5]

1. สตรีเป็นผู้ที่ประสบปัญหาด้านการตั้งครรภ์ การคลอด และแท้ง (แท้งเองหรือทำแท้ง) คาดว่าแต่ละปีจะมีมารดาตายจากการตั้งครรภ์ คลอดและแท้งเป็นจำนวนมาก การตายจากการแท้งส่วนใหญ่เกิดจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย
2. สตรีติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเชื้อเอดส์ได้ง่ายกว่าบุรุษหลายเท่า (ในจำนวนครั้งของการร่วมเพศเท่ากัน) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีจะมีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าในบุรุษ
3. สตรีได้รับผลกระทบระยะยาวจากการอักเสบในระบบสืบพันธุ์ เช่น การอักเสบในอุ้งเชิงกรานปวดท้องน้อยเรื้อรัง และมีบุตรยาก เป็นต้น
4. สตรีที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจจะถ่ายทอดโรคไปสู่ทารกก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขอีกมาก

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ [1]

สุขภาพอนามัยทั่วๆ ไป และอนามัยการเจริญพันธุ์จะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ตั้งแต่พันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคมที่เราเกิดมาและอาศัยอยู่ พฤติกรรมของบุคคล (ซึ่งจะเป็นทั้งปัจจัยที่ส่งเสริม หรือบ่อนทำลายอนามัยการเจริญพันธุ์) และการบริการทางการแพทย์สาธารณสุข ดังนี้

1. พันธุกรรม (genetic constitution)
   - โครงสร้างของร่างกาย ความสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย
   - โรคทางพันธุกรรม
2. สภาพเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic development)
   - สิ่งแวดล้อมและการสุขาภิบาล เช่น ฤดู ภูมิอากาศ ภูมิภาค โรคติดต่อในชุมชน (endemic diseases) เป็นต้น
   - การเมืองการปกครอง เช่น นโยบาย กฎหมาย งบประมาณที่จัดให้ในเรื่องนี้ เป็นต้น
   - เศรษฐกิจ เช่น รายได้ อาชีพ เป็นต้น
   - สังคม เช่น สถานภาพของสตรี ระดับการศึกษา ความไม่ทัดเทียมกันทางเพศ เป็นต้น
   - ภาวะโภชนาการ เช่น มารดาโลหิตจางจะทำให้บุตรน้ำหนักน้อย เป็นต้น
   - การคมนาคม โดยภาพรวม และการคมนาคมมายังสถานบริการทางการแพทย์สาธารณสุข
3. พฤติกรรมของบุคคล (personal behaviors)
   - พฤติกรรมทางเพศ (sexual behaviors) เช่น สำส่อนทางเพศ
   - การใช้ยาเสพติด บุหรี่

- พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ (reproductive behaviors) เช่น การตั้งครรภ์ที่ได้วางแผนและไม่ได้วางแผน มีลูกมาก ลูกถี่ มีลูกเมื่อยังอายุน้อยหรือมากเกินไป เป็นต้น
- วัฒนธรรมท้องถิ่น (traditional practices) ซึ่งมีทั้งผลดีและไม่ดี

4. บริการทางการแพทย์สาธารณสุข
   - มีบริการการลงทุน/ งบประมาณ บุคลากร การกระจายในชนบทและเมือง
   - การใช้บริการ การเข้าถึงบริการ สตรีไปใช้บริการน้อยกว่าบุรุษ การยอมรับค่าใช้จ่าย
   - ประสิทธิภาพของบุคลากร (คุณภาพ) เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ การหาปัจจัยเสี่ยงและการส่งต่อผู้ป่วย

การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์

อนามัยการเจริญพันธุ์นั้น จะส่งเสริมให้ดีขึ้นได้ก็ด้วยการพิจารณาถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ ดังกล่าวข้างต้นแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม ปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชน ปรับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและสุดท้ายต้องปรับปรุงบริการด้านการแพทย์สาธารณสุขตามช่วงระยะต่างๆ ของการเจริญพันธุ์

การบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ควรจัดให้ในสถานบริการระดับต่างๆ ของรัฐ

1. ระดับสถานีอนามัย หรือปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) [6]

1.1 ให้คำปรึกษาก่อนการสมรสและก่อนการตั้งครรภ์

1.2 การปรึกษาและให้การดูแลสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชน

1.3 ให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ รับฝากครรภ์ในรายที่ไม่มีภาวะเสี่ยง ตรวจหลังคลอด ให้คำแนะนำการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

1.4 บริการดูแลรักษาเบื้องต้นสำหรับผู้ที่แท้งบุตรแล้วส่งไปพบแพทย์

1.5 ให้การดูแลสุขภาพอนามัยของทารกและเด็ก

1.6 ให้การตรวจรักษาเบื้องต้น สำหรับโรคที่เกิดจากการอักเสบในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ โดยการใช้เครื่องมือพื้นฐาน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการง่ายๆ เช่น ใช้กล้องจุลทรรศน์ เป็นต้น

1.7 ให้บริการการตรวจการติดเชื้อเอดส์ (เจาะเลือดส่งตรวจ) และให้คำปรึกษา

1.8 ให้บริการตรวจหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก

1.9 ให้บริการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่มีบุคลากรและอุปกรณ์ที่พร้อมกว่า

2. ระดับโรงพยาบาลชุมชน

นอกจากบริการต่างๆ ที่กล่าวในระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน ควรให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพิ่มเติมดังนี้

2.1 รับฝากครรภ์ ดูแลการคลอด และตรวจหลังคลอด

2.2 การให้บริการคุมกำเนิดวิธีที่ต้องใช้แพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการอบรมแล้ว

2.3 การทดสอบการตั้งครรภ์และให้คำปรึกษาทั้งที่ตั้งครรภ์ และไม่ตั้งครรภ์

2.4 ให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตรยาก

2.5 ตรวจหา ให้การวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. ระดับโรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์

นอกจากบริการต่างๆ ที่กล่าวในข้อ 1. และ 2. แล้ว โรงพยาบาลของรัฐที่มีขีดความสามารถสูง ควรให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพิ่มเติมดังนี้

3.1 ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเน้นผู้ที่เป็นแม่ใหม่

- รับฝากครรภ์เสี่ยงสูง ดูแลการคลอดรวมทั้งรับดูแลผู้มีปัญหาด้านการตั้งครรภ์ และคลอด
- ตรวจหลังคลอด
- ให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหาทางแก้ไขกรณีที่ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้
- ให้คำปรึกษา เรื่องการวางแผนครอบครัวและให้บริการคุมกำเนิดทุกวิธี

3.2 ให้การดูแลผู้ที่แท้งบุตร

3.3 ให้การดูแลรักษาผู้ที่มีการอักเสบติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์

3.4 ตรวจหาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์

3.5 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น แล้วส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านมะเร็งนรีเวชต่อไป

สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

หลังจากที่รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยได้กำหนดขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ 10 เรื่อง คือ อนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะการมีบุตรยาก การแท้งและภาวะแทรกซ้อนมะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น และภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ ทั้งหมดนี้ที่ต้องพัฒนาไปพร้อมๆ กับการทำให้ประชาชนทุกคนได้เข้าถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย ดังมีขอบเขตและสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ดังนี้

1. การวางแผนครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้คนไทย มีขนาดครอบครัวที่เหมาะสมตามความต้องการหรือศักยภาพของแต่ละครอบครัว ปัจจุบันประเทศไทยประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว โดยอัตราการคุมกำเนิด ในหญิงที่สมรส อายุ 15-49 ปี ได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 70 ในปี 2537 เป็น ร้อยละ 79.6 ในปี 2552 [7] ซึ่งส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามในปัจจุบันอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง จึงเป็นเรื่องสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการให้วัยรุ่นและเยาวชนทั้งหญิงชายตระหนัก และเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพเหมาะสม โดยความสมัครใจ

2. งานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อดูแลสุขภาพของสตรีทั้งก่อน ระหว่าง และหลังตั้งครรภ์ ให้มีการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย พร้อมทั้งมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรงและได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ ตามเป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษของประเทศไทยที่เป็นไปตามข้อตกลงแห่งสหประชาชาติ เพื่อพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ โดยลดอัตราการตายของมารดาลง 3 ใน 4 ในช่วงปี 2533-2558[8] จากข้อมูลรายงานการตายของมารดาในประเทศไทย ในปี 2551 เท่ากับ 23.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน [9] จึงจำเป็นต้องเน้นให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลสตรีมีครรภ์ ให้สามารถค้นหาความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ให้เร็วที่สุด ทั้งการดูแลครรภ์คุณภาพ การควบคุมและป้องกันโรคทางพันธุกรรม การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อให้มารดามีสุขภาพดีและทารกที่เกิดมาไม่เพียงแต่รอดชีวิตและปลอดภัยเท่านั้น แต่ต้องเป็นประชากรที่มีคุณภาพด้วย

3. เอดส์ จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคเมื่อเดือนสิงหาคม 2553 รายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 372,874 ราย เสียชีวิตแล้ว 98,153 ราย [10] แนวโน้มของผู้ป่วยและผู้ที่เสียชีวิตด้วยเอดส์ ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-59 ปี) รวมกันถึงร้อยละ 93.4 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.0 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.0 [11]

4. มะเร็งระบบสืบพันธุ์ ถ้าจะลดอัตราการเกิดมะเร็งระบบสืบพันธุ์ ก็ต้องลดพฤติกรรมเสี่ยง และหาทางให้มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เพื่อให้ได้รับการรักษาเร็วที่สุด มะเร็งระบบสืบพันธุ์ในผู้หญิงที่พบมากที่สุดคือมะเร็งเต้านม ซึ่งหากผู้หญิงไทยตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ และได้รับการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่มีความชำนาญ ก็จะพบความผิดปกติได้เร็ว จากการสำรวจ ผู้หญิงอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 60.7 เคยตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง [12] สำหรับมะเร็งในผู้หญิงที่พบรองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูกซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการติดเชื้อ human papilloma virus (HPV) ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2552 หญิงไทยอายุ 15-59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 42.5 และหญิงไทยที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนานกว่า 2 ปีที่มีอายุระหว่าง

30-44 ปี มีถึงร้อยละ 20.9 [12] สำหรับมะเร็งระบบสืบพันธุ์ในผู้ชาย คือ มะเร็งต่อมลูกหมาก การศึกษาแนวทางการค้นหาความผิดปกติและภาวะเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากในชายไทยในปี 2551 พบความชุกของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก 4.27 ต่อประชากร 100,000 คน [13] แต่ที่น่าคำนึงถึง คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่จะต้องมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน ดังนั้นจึงควรเน้นเรื่องการคัดกรองความผิดปกติเรื่องต่อมลูกหมากในชายไทยด้วย

5. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง แต่สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวดังรายงานของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่พบว่ามีอัตราป่วย 41.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2548 และเพิ่มขึ้นเป็น 79.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2553 [14]

6. การแท้งและภาวะแทรกซ้อน การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการแท้งบุตรเกิดขึ้นได้หลายกรณี ทั้งการแท้งเองตามธรรมชาติ การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายอาญามาตรา 305 และการตัดสินใจทำแท้งด้วยวิธีการต่างๆ เรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จากการสำรวจสถานการณ์การแท้งในประเทศไทย ปี 2542 โดยกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่าร้อยละ 28.5 ของการแท้งทั้งหมดเกิดจากการทำแท้ง ร้อยละ 60 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี และร้อยละ 30 เป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 40 ของผู้หญิงหลังแท้งต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง [15] การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 เรื่องการแท้งบุตรใน 5 ปีที่ผ่านมา พบประวัติการแท้งบุตรในสตรีอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 4.4 วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15.2 สำหรับสาเหตุการแท้งบุตรในครั้งสุดท้าย ของสตรีอายุ 15-29 ปี พบว่าร้อยละ 65.4 เป็นการแท้งตามธรรมชาติ ร้อยละ 22.8 เป็นการแท้งโดยเหตุผลทางการแพทย์ และร้อยละ 10.7 เป็นการทำแท้งเพราะไม่พร้อมที่จะมีบุตร [12] จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี 2554 ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 134 แห่ง ใน 13 จังหวัด โดยผู้ป่วยแท้งที่ยินยอมในการตอบแบบสอบถามและสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 1,425 ราย พบว่าร้อยละ 32.7 ของการแท้งทั้งหมดเกิดจากการทำแท้ง ร้อยละ 53.0 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 28.0 เป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 30.2 ของผู้ทำแท้งมีสถานภาพเป็นนักเรียน/นักศึกษา

7. เพศศึกษา ด้วยเหตุที่ภาวะการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนไทยเปลี่ยนแปลง เช่น การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วขึ้น ปี 2551-2552 พบว่าอายุเฉลี่ยของการมีประจำเดือนครั้งแรกในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เท่ากับ 13.2 ปี อายุ 30-44 ปี เท่ากับ 14.4 ปี และอายุ 45-55 ปี เท่ากับ 15.2 ปี [12] จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ได้ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 50.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 54.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี 2554 [16] วัยรุ่นเป็นวัยที่ควรอยู่ในระบบการศึกษา และควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ แต่มาตั้งครรภ์

ในขณะที่ยังไม่พร้อม จึงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข วิธีหนึ่งคือ การเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษา โดยเฉพาะเพศศึกษารอบด้าน เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการเตรียมพร้อมและพัฒนาทักษะชีวิต มีเป้าหมายชีวิต มีทักษะการเจรจาต่อรอง พร้อมทั้งส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวตั้งแต่วัยเด็กและเยาวชน ทั้งในและนอกระบบการศึกษา รวมทั้งต้องสอดแทรกและเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศ ให้มีทักษะในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีสุขภาวะทางเพศ ปัจจุบันองค์การแพธ (PATH) ได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ พัฒนานโยบายและการดำเนินงานด้านเพศศึกษา สู่การจัดหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา ซึ่งควรเร่งพัฒนาทักษะการถ่ายทอดความรู้ให้เหมาะสมกับวัยและวุฒิภาวะของนักเรียน

8. อนามัยวัยรุ่น เป็นภาพรวมของการดูแลวัยรุ่นให้มีความรู้ เข้าใจและได้รับคำปรึกษาในด้านสุขภาพทั่วไป ในที่นี้จะเน้นเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น เรื่องเพศศึกษารวมทั้งได้รับบริการคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและปลอดภัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ซึ่งได้ดำเนินงานจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น [17] ในรูปแบบต่างๆ ที่เข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นผู้ให้บริการควรพัฒนาทักษะผู้ให้คำปรึกษา เข้าใจวิถีวัยรุ่น และทำงานที่ตอบสนองความต้องการวัยรุ่นได้ดีในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยมีเป้าหมายให้มีการดำเนินงานครอบคลุม 77 จังหวัด ภายในปี พ.ศ. 2555

9. การมีบุตรยาก ปัจจุบันผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ส่วนหนึ่งจะอยู่ในระบบการศึกษานานขึ้น ทำให้อายุแรกสมรสสูงขึ้น ภาวะการเจริญพันธุ์จะลดลง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลถึงการตัดสินใจมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้น สถานการณ์การมีบุตรยากในประเทศไทยปี 2540 พบหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี มีบุตรยากขั้นปฐมภูมิ ร้อยละ 2.5 และมีบุตรยากขั้นทุติยภูมิ ร้อยละ 9.9 [18] และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ในคู่สมรส (15-59 ปี) พบมีปัญหาเรื่องมีบุตรยาก ร้อยละ 11 [12] สำหรับผู้ที่ต้องการมีบุตรบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำการดูแลเบื้องต้น เพื่อค้นหาภาวะการมีบุตรยาก เพื่อการดูแลและรักษาแต่แรกเริ่มและพิจารณาส่งต่อ ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก

10. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ ผู้หญิงช่วงอายุ 45-59 ปี เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ หรือเรียกว่าผู้ที่อยู่ในวัยทอง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายว่า เป็นวัยที่ระดูสิ้นสุดอย่างถาวร เนื่องจากรังไข่หยุดทำงานระดับฮอร์โมนเพศลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ เช่น กลุ่มอาการหมดระดู กระดูกพรุน เป็นต้น สำหรับผู้ชายการเข้าสู่วัยทองเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงร่างกายหลายๆ อย่างที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น โรคกระดูกพรุน อ้วน เบาหวาน หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้หญิงเมื่อหมดประจำเดือน (สิ้นสุดการมีระดู) ที่อายุ 47.5 ปี [12] ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญต่อการสร้างรายได้ ประสบการณ์และมีประสิทธิภาพในการทำงาน จำเป็นต้องดูแลสุขภาพผู้ที่อยู่ในภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ทั้งหญิงและชาย เพื่อป้องกันและลดภาวะความเจ็บป่วยก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอนาคต

ในขณะที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2513 มีร้อยละ 4.8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 11.8 ใน พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ. 2573 [19] การส่งเสริมสุขภาพผู้ที่อยู่ในวัยทอง จะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุยืนยาวในอนาคต และเป็นผลดีต่อการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคของผู้สูงอายุ ลดภาวะความเจ็บป่วยให้กับครอบครัว สังคม และลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศด้วย

นอกจากนี้ในปัจจุบันหลายฝ่ายให้ความสำคัญและคำนึงถึงเรื่องของ สุขภาวะทางเพศ รวมทั้งการที่จะสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศต้องคำนึงถึงความหลากหลายของวิถีทางเพศของคนในสังคม ภาวะความเป็นผู้หญิงและความเป็นผู้ชาย ต้องคำนึงว่าความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งผิดปกติ และเป็นสิ่งที่สามารถแปรเปลี่ยนตามกาลเวลาและประสบการณ์ชีวิต และต้องคำนึงว่า “เพศ” เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการใช้ชีวิต การเคารพสิทธิทางเพศของตนและผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นความจำเป็นสำหรับคนทุกเพศทุกวัยที่จะทำให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพดี ภายใต้สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive rights) ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ต้องได้รับโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่มีการบังคับ และไม่มีความรุนแรงเกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์โดยกำลังดำเนินการผลักดันให้มี ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้เป็นกฎหมายส่งเสริมและสนับสนุนให้คนทุกเพศ ทุกวัยได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

เนื่องจากงานอนามัยการเจริญพันธุ์แต่ละองค์ประกอบเป็นความรับผิดชอบของหลายๆ หน่วยงานที่ต้องบูรณาการร่วมกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพประชากรทุกกลุ่มวัยด้วยงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ในปี พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดไว้ ดังนี้ มาตรา 6 สุขภาพหญิงในด้านสุขภาพทางเพศ และสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความจำเพาะ ซับซ้อน มีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม [20]

ในปี พ.ศ. 2552 องค์กรภาคีเครือข่าย และสมาชิกภาคส่วนต่างๆ ได้มีการบรรจุประเด็นอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ [21] เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานด้านสุขภาพทุกมิติของประเทศ ใจความในหมวดที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ ข้อ 31 ความว่า

ให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนให้เป็นรูปธรรม

ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย

ในปี พ.ศ. 2553 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗) ซึ่งขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติที่มีองค์ประกอบจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาควิชาการ ตามนโยบายที่ว่า "รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชากร สร้างประเทศให้รุ่งเรืองมั่งคั่งและมั่นคงสืบไป"

รายละเอียดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗) ดูได้ในภาคผนวก 1

สรุป

งานอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของระบบสืบพันธุ์ของทุกเพศ ทุกวัยทั้งในด้านหน้าที่กระบวนการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศที่รับผิดชอบ ซึ่งมีผลจากปัจจัยด้านพันธุกรรม เศรษฐกิจ และสังคม พฤติกรรมของบุคคลและบริการทางการแพทย์สาธารณสุข การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์จึงควรดำเนินการด้านต่างๆ ไปพร้อมกัน งานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยมีขอบเขตกว้างขวางถึง 10 เรื่อง ที่แต่ละประเด็นมีความเกี่ยวข้องกัน คือ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะมีบุตรยาก การแท้งและภาวะแทรกซ้อน มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่นและภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ ที่รัฐบาลได้กำหนดให้มีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นทิศทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. Fathalla MF, Rosenfield A. Reproductive health: global issues. In: Fathalla MF, Rosenfield A, Indriso C, Sen DK, Ratnam SS, editors. The FIGO Manual of human reproduction, volume 3, Reproductive health: global issues. New Jersy: The Parthenon Publishing Group; 1990. p 10-23.
2. ปรากรม วุฒิพงศ์. นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์. วารสารวางแผนครอบครัวและประชากร. 2541; 1(1): 1-2.
3. United Nations. Population and development, volume I. Program of action adopted at the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 September 1994. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nation; 1995.
4. Women's reproductive health: the role of family planning program. Out Look 1994; 12(2): 1-8.

5. World Health Organization. Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trends Assessment. Global estimates for health situation assessment and projections 1990. Geneva: WHO; 1990.
6. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร, เกษม เวชสุทรานนท์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, บรรณาธิการ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี; 2552.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก; 2553.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทีมงานองค์การสหประชาชาติ. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2547.
9. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ. สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ปี 2549-2551. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 2553.
10. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (31 สิงหาคม 2553). (เอกสารอัดสำเนา)
11. เว็บไซต์ OK Nation. 1 ธันวาคม วันต้านเอดส์โลก. 2553
12. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
13. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล/คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. การศึกษาแนวทางการค้นหาความผิดปกติและภาวะเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากในชายไทย. นนทบุรี: 2551. (เอกสารอัดสำเนา)
14. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2553: (เอกสารอัดสำเนา)
15. สุวัทนา วรคามิน, นงลักษณ์ บุญไทย. สถานการณ์ของการทำแท้งในปัจจุบัน. ใน: สุวชัย อินทร-ประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์, ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, รณชัย คงสกนธ์, นงลักษณ์ บุญไทย, สุวัทนา วรคามิน และคณะ, บรรณาธิการ. การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2548. หน้า 1-16.
16. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗). ม.ป.ท., ม.ป.ป.
17. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์; 2553.

18. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย. สถานการณ์การมีบุตรยากในประเทศไทย ปี 2540. กรุงเทพมหานคร: 2541. (เอกสารอัดสำเนา)
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2553-2573. กรุงเทพมหานคร: 2550.
20. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร: วิกิ 2553.
21. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร: วิกิ 2553.

ส่วนที่ ๑

อนามัยการเจริญพันธุ์ วัยรุ่น

บทที่ 2
การจัดบริการคลินิกวัยรุ่น

ยุพา พูนขำ
สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

คำนำ
แนวทางการจัดคลินิกวัยรุ่น
มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน
การให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัว
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 2
การจัดบริการคลินิกวัยรุ่น

ยุพา พูนขำ
สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

คำนำ

"คลินิกวัยรุ่น" เป็นคลินิกที่โรงพยาบาลจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (youth friendly health services ใช้ตัวย่อว่า YFHS) เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในการป้องกัน แก้ไข ดูแล และฟื้นฟูปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-24 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นประเด็นปัญหาสังคมที่ถูกยกระดับเป็นวาระแห่งชาติ การจัดตั้ง "คลินิกวัยรุ่น" เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ ๓ ว่าด้วย การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ที่ระบุไว้ในนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗) [1] อีกทั้งยังสอดคล้องกับกลวิธีในแผนยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แบบบูรณาการของจังหวัดต่างๆ ที่เร่งรัดให้โรงพยาบาลมีการจัด YFHS

การเร่งรัดให้โรงพยาบาลจัด "คลินิกวัยรุ่น" มีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงและใช้บริการตามความต้องการ ดังนั้นสถานบริการต้องขจัดอุปสรรคต่างๆ ทั้งในส่วนของกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นเอง เช่น วัยรุ่นไม่รู้ว่าพฤติกรรมตนเองนั้นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ วัยรุ่นไม่รู้ว่าจะรับบริการที่ไหน รวมทั้งอุปสรรคในส่วนของสถานบริการเอง เช่น ทัศนคติของผู้ให้บริการ บริการเปิดเฉพาะเวลาราชการ วัยรุ่นไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา เป็นต้น ดังนั้นระบบบริการของ "คลินิกวัยรุ่น" ควรมีลักษณะของ YFHS [2, 3] คือ นโยบายที่เป็นมิตร กระบวนการให้บริการที่เป็นมิตร ผู้ให้บริการที่เป็นมิตร ทีมสนับสนุนบริการที่เป็นมิตร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกต้องเหมาะสมกับวัยรุ่น เปิดโอกาสให้วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วม มีการสื่อสารกับชุมชนและให้ชุมชนมีส่วนร่วม มีการบริการเชิงรุกและสัมพันธ์กับบริการด้านอื่นที่ดำเนินการโดยวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน การบริการที่เหมาะสมและครบวงจร การบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดทำ "มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน" เพื่อให้สถานบริการจัด "คลินิกวัยรุ่น" ตามแนวทางมาตรฐาน นอกจากนี้ยังสามารถใช้มาตรฐานฯ ประเมินตนเอง และปรับปรุงคุณภาพบริการ รวมทั้งมาตรฐานนี้จะเป็นเครื่องมือ หรือกลไกของระบบการประเมินและรับรองคุณภาพของสถานบริการ

กิจกรรมหลักของ “คลินิกวัยรุ่น” คือ กิจกรรมป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการวินิจฉัยและค้นหาวัยรุ่นที่มีปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันและให้การรักษาดูแลอย่างรวดเร็ว เช่น การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง การให้ข้อมูล คำแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การปรึกษา ดังนั้น “คลินิกวัยรุ่น” จึงเป็นจุดแรกเข้าสู่บริการ (entry point) เพื่อการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ และการให้การปรึกษา [4]

แนวทางการจัด “คลินิกวัยรุ่น”

แนวทางการจัด “คลินิกวัยรุ่น” อาจจะแบ่งเป็นระยะเตรียมการ ระยะดำเนินงาน และระยะประเมินตนเอง ดังนี้ [5]

1. ระยะเตรียมการ

จากประสบการณ์การดำเนินงาน “คลินิกวัยรุ่น” ของโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการเริ่มต้นจัด “คลินิกวัยรุ่น” ที่เป็น YFHS ควรเริ่มต้นจากการส่งทีมเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คน เข้ารับการอบรม “ผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน” ที่จัดโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการจัดบริการ YFHS มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการวัยรุ่น มีความรู้แนวทางการป้องกันและการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น มีความรู้และทักษะการให้การปรึกษาวัยรุ่นและครอบครัว รวมทั้งความรู้และความเข้าใจการจัดบริการ YFHS หลังจากนั้นทีมเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมฯ นี้ ควรเป็นแกนนำร่วมกับทีมงานดำเนินการต่อไปนี้

การกำหนดผู้รับผิดชอบ และแต่งตั้งคณะกรรมการ ผู้ผ่านการอบรมฯ ต้องเป็นแกนนำจัดประชุมหารือเพื่อให้ได้ข้อสรุปว่า ผู้รับผิดชอบหลัก/ผู้ประสานงาน กลุ่ม/ฝ่าย/งานที่รับผิดชอบคือใคร จากประสบการณ์พบว่า ส่วนใหญ่ “คลินิกวัยรุ่น” จะจัดตั้งและอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) บางแห่งอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานจิตเวช การรวมพลังเพื่อเป็นแนวร่วมและทีมงานเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จของการทำงาน จึงมีความจำเป็นต้องแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน YFHS โดยคณะกรรมการมีบทบาท สนับสนุนทางวิชาการ สนับสนุนการดำเนินงาน และให้ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมโครงการ การติดตามและประเมินผล คณะกรรมการอาจมี 2 คณะคือ

1) **คณะกรรมการภายในโรงพยาบาล** ควรประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ (ผู้บริหารที่พร้อมให้การสนับสนุนการทำงาน เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและเป็นผู้อำนวยความสะดวก และช่วยสื่อสารกับผู้บริหารทั้งภายในและภายนอก) เป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มงานที่รับผิดชอบ “คลินิกวัยรุ่น” หัวหน้างานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้รับผิดชอบงานประชาสัมพันธ์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานหลักเป็นเลขานุการ ซึ่งจากประสบการณ์ของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหลายๆ แห่ง พบว่า คณะกรรมการไม่ควรมีเกิน 7 คน โดยเน้นการแต่งตั้งคนที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมเป็นทีมงาน

2) คณะกรรมการเครือข่าย นอกจากคณะกรรมการจากภายในโรงพยาบาลแล้ว ควรมีตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการศึกษา พัฒนาสังคม วัฒนธรรม ประชาสัมพันธ์ ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ครู ผู้ปกครอง ตัวแทนแกนนำวัยรุ่น (แกนนำวัยรุ่นหมายถึง สมาชิกสภาเด็กและเยาวชน แกนนำวัยรุ่น/สมาชิกสภานักเรียนจากสถานศึกษา/โรงเรียน วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย โดยคาดหวังให้เข้ามาให้ข้อมูล คำแนะนำ และร่วมปรึกษาหารือในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล เพื่อให้การจัดบริการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชนอย่างแท้จริง) องค์กรเอกชน โดยมีผู้แทนจากโรงพยาบาลเป็นเลขานุการและผู้ประสานงานหลัก

การเตรียมข้อมูล กิจกรรมสำคัญประการหนึ่งของผู้รับผิดชอบหลักในการจัด “คลินิกวัยรุ่น” คือการเตรียมข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ และนำเสนอผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ผู้บริหารโรงเรียนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยคาดหวังให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินงาน

ข้อมูลประชากรและข้อมูลจากระบบบริการ ผู้ที่ผ่านการอบรม “ผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน” ควรรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-24 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้

1) ข้อมูลจากระบบบริการของโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการฝากครรภ์ การคลอด การแท้ง การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ เป็นต้น

2) ข้อมูลประชากรและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนประชากรวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบ ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

3) ข้อมูลแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนได้แก่ นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล และพื้นที่ของโรงพยาบาล

4) ข้อมูลแนวคิดการดำเนินงาน YFHS และการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กรรมการบริหารโรงพยาบาล แพทย์ และหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสนับสนุนเชิงนโยบาย และวางแผนการดำเนินงานต่อไป

ข้อมูลความต้องการของวัยรุ่น [6] ขั้นตอนนี้เป็นบทบาทของคณะกรรมการและทีมงานที่ควรร่วมกันประเมินความต้องการของวัยรุ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลมาวางแผนการจัดบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และนำเสนอต่อผู้บริหาร ประเด็นสำคัญที่ควรประเมินได้แก่ คลินิกและรูปแบบบริการที่วัยรุ่นต้องการ ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ และข้อเสนอแนะในการเข้าถึงวัยรุ่น ผู้รับผิดชอบและทีมงานสามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นที่อยู่ตามสถานที่ต่างๆ เช่น สถานศึกษา (โรงเรียน วิทยาลัยรัฐ/เอกชน การศึกษานอกโรงเรียน มหาวิทยาลัยรัฐ/เอกชนฯ) ชุมชน สถานประกอบการ โรงพยาบาล และสถานบันเทิง เป็นต้น อาจเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้จาก ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ่อแม่ และแกนนำชุมชน หากเป็นไปได้ควรเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพทางวิชาการควรปรึกษาผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์การวิจัย/ประเมินผล

ข้อมูลจากระบบบริการ การจัด “คลินิกวัยรุ่น” ควรเริ่มต้น หรือ ต่อยอดจากระบบบริการและต้นทุนเดิมที่มีอยู่ จึงควรมีการศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิม เช่น จำนวนบุคลากร งานบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น HIV/AIDS โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฝากครรภ์ งานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขศึกษา สุขภาพจิต สังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ (one stop service crisis center หรือ OSCC) ความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เวลาให้บริการ ราคา ขั้นตอนบริการ สถานที่/ อุปกรณ์/ สื่อ/ เครื่องมือ/ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการรับ - ส่งต่อบริการ เป็นต้น หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลดังกล่าวไปพิจารณาร่วมกับผลของการประเมินความต้องการของวัยรุ่นในขั้นตอนก่อนหน้านี้ รวมทั้งการศึกษา “คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน” เพื่อหาส่วนขาดและวิเคราะห์แนวทาง และกิจกรรมเพื่อปรับปรุงระบบบริการให้เป็น YFHS มากยิ่งขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นบทบาทของคณะกรรมการและทีมงานของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้เป็นส่วนหนึ่งที่ใช้นำเสนอผู้บริหาร และกำหนดรูปแบบและระบบบริการ YFHS

การจัดทำแผนงานและโครงการ ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานและทีมงานควรร่วมจัดทำแผนงานและโครงการที่มีเป้าหมายให้การจัด “คลินิกวัยรุ่น” เพื่อทำให้วัยรุ่นเข้าถึงและใช้บริการ YFHS เป็นมาตรการที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ และปัญหาสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มเป้าหมายนี้ในพื้นที่ โดยนำข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและคณะกรรมการ มาปรับโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาล หรือ หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต อปท. ในบางกรณีสามารถแยกกลุ่มกิจกรรมเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนอื่นได้

การประชุมคณะกรรมการ การวางแผนการดำเนินงานและกิจกรรมสำคัญควรเป็นการร่วมปรึกษาหารือ ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมวางแผนของคณะกรรมการที่อยู่ภายในโรงพยาบาล โดยเชิญคณะกรรมการจากภายนอก มาร่วมประชุมในบางวาระ กิจกรรมที่ควรดำเนินการในความรับผิดชอบของคณะกรรมการมีดังนี้

การสื่อสารภายในโรงพยาบาล การดำเนินงานเชิงระบบ YFHS ควรมีการสื่อสารทำความเข้าใจกับทุกหน่วยงานและทุกคนที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล การสื่อสารควรใช้หลากหลายช่องทาง เช่น เวียนคำสั่ง/เวียนหนังสือ แจ้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การสื่อสารผ่าน internet/ intranet หรือ Website ของโรงพยาบาล เสียงตามสาย วารสารโรงพยาบาล และการประชุมต่างๆ เป็นต้น

การจัดทำข้อมูลเครือข่ายบริการ ควรมีการจัดทำทำเนียบเครือข่ายบริการและเครือข่ายหน่วยงานที่ทำงานวัยรุ่นเพื่อเป็นประโยชน์ในการรับ - ส่งต่อบริการ รวมทั้งการประสานงานและสนับสนุนการทำงานพัฒนาสุขภาพวัยรุ่น ข้อมูลสำคัญที่ควรมี เช่น รายชื่อและสถานที่ติดต่อของสถานศึกษา รายชื่อสมาชิกสภานักเรียน แกนนำวัยรุ่น พัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด พื้นที่เขตการศึกษา สภาเด็กและเยาวชนตำบล/อำเภอ/จังหวัด และองค์กรเอกชน เป็นต้น

2. ระยะดำเนินงาน

เป้าหมายของการจัด “คลินิกวัยรุ่น” คือ การทำให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความต้องการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โรงพยาบาลที่จะจัดตั้ง “คลินิกวัยรุ่น” ต้องมีการจัดบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ มีคุณลักษณะของ YFHS และคำนึงถึงความต้องการ โดยขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการต่างๆ เช่น ทัศนคติของผู้ให้บริการ ข้อจำกัดเรื่องอายุและสถานภาพสมรส ความกังวลว่าจะมีผู้พบเห็นเมื่อมารับบริการโดยเฉพาะสถานที่บริการที่ไม่ได้จัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ความกังวลว่าจะไม่ได้รับบริการที่ดีให้บริการเฉพาะเวลาราชการ และค่าบริการแพง เป็นต้น ควรมีกิจกรรมดำเนินงานดังต่อไปนี้

2.1 การจัดรูปแบบ “คลินิกวัยรุ่น” ที่มีบริการ YFHS การจัดรูปแบบ “คลินิกวัยรุ่น” ที่มีความเป็นมิตรควรคำนึงถึงความต้องการของวัยรุ่นและความพร้อมของโรงพยาบาลเป็นหลัก จึงควรนำผลการวิเคราะห์แนวทาง/กิจกรรมในการปรับปรุงคุณภาพ และข้อมูลความต้องการของวัยรุ่นมาร่วมในการออกแบบระบบบริการ YFHS ใหม่ ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับรูปแบบบริการ YFHS มีดังต่อไปนี้

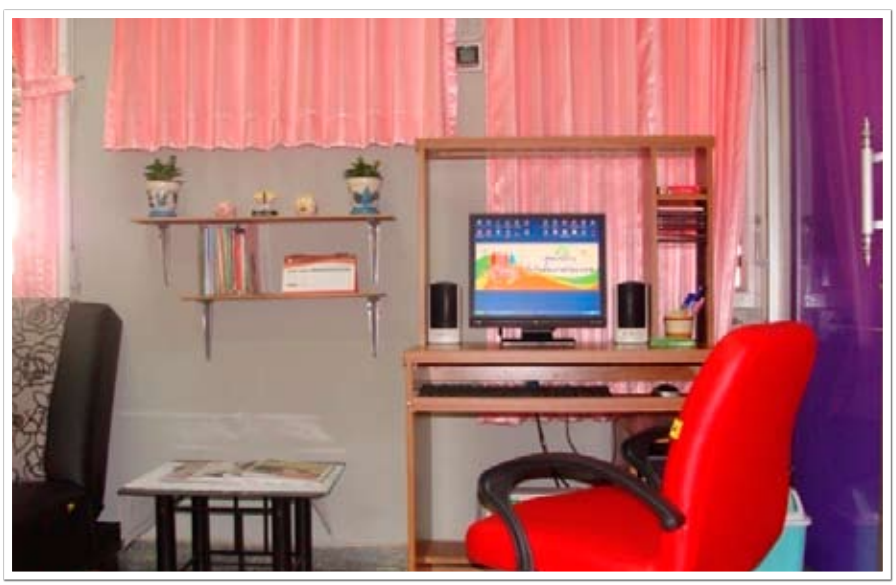
สถานที่ตั้ง “คลินิกวัยรุ่น” ควรมีการตกลงกันให้ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่ตั้งคลินิกวัยรุ่นเพื่อเป็นจุดเริ่มรับบริการ ภายในคลินิกควรมีพื้นที่ที่กว้างพอสำหรับให้บริการ มีที่นั่งรอรับบริการ มีพื้นที่สำหรับให้การปรึกษาที่เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ มีพื้นที่สำหรับจัดวางสื่อให้ความรู้ต่างๆ ควรตกแต่ง “คลินิกวัยรุ่น” ให้ดึงดูดและสอดคล้องกับรสนิยมวัยรุ่นจึงควรให้วัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบคลินิกด้วย ตามประสบการณ์ของโรงพยาบาลต่างๆ สามารถยกเป็นตัวอย่างได้ดังนี้

1) การจัดตั้ง “คลินิกวัยรุ่น” ภายในโรงพยาบาล (รูปที่ 2-1, รูปที่ 2-2) สามารถจัดตั้งได้ 2 ลักษณะ ตามความพร้อมและบริบทของโรงพยาบาล คือ “คลินิกวัยรุ่น” แยกต่างหากเป็นการตั้ง “คลินิกวัยรุ่น” ขึ้นใหม่เพื่อเป็นจุดแรกรับบริการสำหรับวัยรุ่น มีพื้นที่เฉพาะแยกเป็นสัดส่วนจากคลินิกอื่นๆ ในกรณีนี้เพื่อความเป็นส่วนตัวเพราะวัยรุ่นที่มารับบริการไม่ต้องการให้คนรู้จักเห็นจึงไม่ควรตั้งอยู่ใกล้บริเวณผู้ป่วยนอก หรือ บริเวณที่มีคนจำนวนมากผ่าน หรือ “คลินิกวัยรุ่น” ที่ผสมผสานกับคลินิกที่มีอยู่ จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งใช้วิธีผสมผสานเข้ากับคลินิกที่มีอยู่ เช่น คลินิกให้การปรึกษา และคลินิกอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน

2) การจัดตั้ง“คลินิกวัยรุ่น” นอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลบางแห่งมีความพร้อมในการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นจึงจัดตั้ง “คลินิกวัยรุ่น” นอกโรงพยาบาลซึ่งอาจอยู่ในชุมชนที่มีวัยรุ่นเข้าถึงบริการได้ดียิ่งขึ้น เช่น ศูนย์การค้า ชุมชน และศูนย์กีฬา เป็นต้น การดำเนินการอาจเป็นความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ โรงพยาบาลรับผิดชอบทั้งหมด โดยมีระบบรับการส่งต่อบริการจากเครือข่ายในชุมชน โรงเรียน สถานประกอบการ และส่งต่อบริการไปยังโรงพยาบาล และหน่วยบริการทางสังคมตามสภาพปัญหาของวัยรุ่น



รูปที่ 2-1 คลินิกวัยรุ่น “Teen Center” รพ.พุทธชินราช จ.พิษณุโลก



รูปที่ 2-2 ภายในห้องคลินิกวัยรุ่น “Teen Center” รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

2.2 ผู้ให้บริการ (รูปที่ 2-3) ผู้ให้บริการแก่วัยรุ่นและเยาวชนควรได้รับการอบรมให้เข้าใจธรรมชาติ และพัฒนาการของวัยรุ่น รู้วิธีการสื่อสาร มีทักษะในการให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัว รวมทั้งมีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และเพศศึกษา เป็นผู้ที่มีความเสียสละ รักและเข้าใจวัยรุ่น มีประสบการณ์ทำงานกับวัยรุ่นและมีเทคนิคการให้บริการวัยรุ่น สำหรับจำนวนผู้ให้บริการขึ้นอยู่กับความพร้อม ขนาดของโรงพยาบาล และกลุ่มงานที่รับผิดชอบ “คลินิกวัยรุ่น”



รูปที่ 2-3 ทีมผู้บริหารและผู้ให้บริการที่คลินิกวัยรุ่น “Teen Center” ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

2.3 การให้บริการสุขภาพที่ “คลินิกวัยรุ่น” (รูปที่ 2-4) เนื่องจาก “คลินิกวัยรุ่น” เป็นจุดแรกรับบริการที่เข้าสู่ระบบบริการของโรงพยาบาล ณ ที่นี้ควรมีบริการส่งเสริมสุขภาพ และบริการป้องกันปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้

- บริการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ประเมินภาวะอ้วน ประเมินความเครียด ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง
- บริการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชน รวมทั้งมี เอกสาร หนังสือ แผ่นพับ นิตยสาร วารสาร และสื่อสำหรับวัยรุ่นอื่น และหากมีความพร้อม ควรมีโทรทัศน์ VDO/ VCD คอมพิวเตอร์พร้อม internet
- บริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ บริการให้การปรึกษาแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง การปรึกษาวัยรุ่นพร้อมครอบครัว รวมทั้งบริการ voluntary counseling and testing มีทั้งแบบตัวต่อตัว แบบกลุ่ม และทางโทรศัพท์ บริการส่งเสริมสุขภาพ (เช่น การตรวจร่างกายพื้นฐานทั่วไป การตรวจการตั้งครรภ์ ให้บริการคุมกำเนิดต่างๆ เป็นต้น ดูรายละเอียดได้จากคู่มือมาตรฐานฯ)

- บริการป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น บริการวางแผนครอบครัว การให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น
- บริการส่งต่อไปยังคลินิกอื่น หรือ ส่งต่อไปรับการดูแลทางการแพทย์และทางสังคมนอกโรงพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการวัยรุ่น รวมทั้งการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง



รูปที่ 2-4 หัวข้อการบริการสุขภาพที่ คลินิกวัยรุ่น “Love Care Station” รพ.ท่ายาง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี

ในกรณีที่ “คลินิกวัยรุ่น” มีแพทย์ประจำ การให้บริการแบบ One Stop Services อาจเกิดขึ้นได้ เป็นบริการที่ครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และดูแลรักษาเบ็ดเสร็จภายในคลินิกเดียว

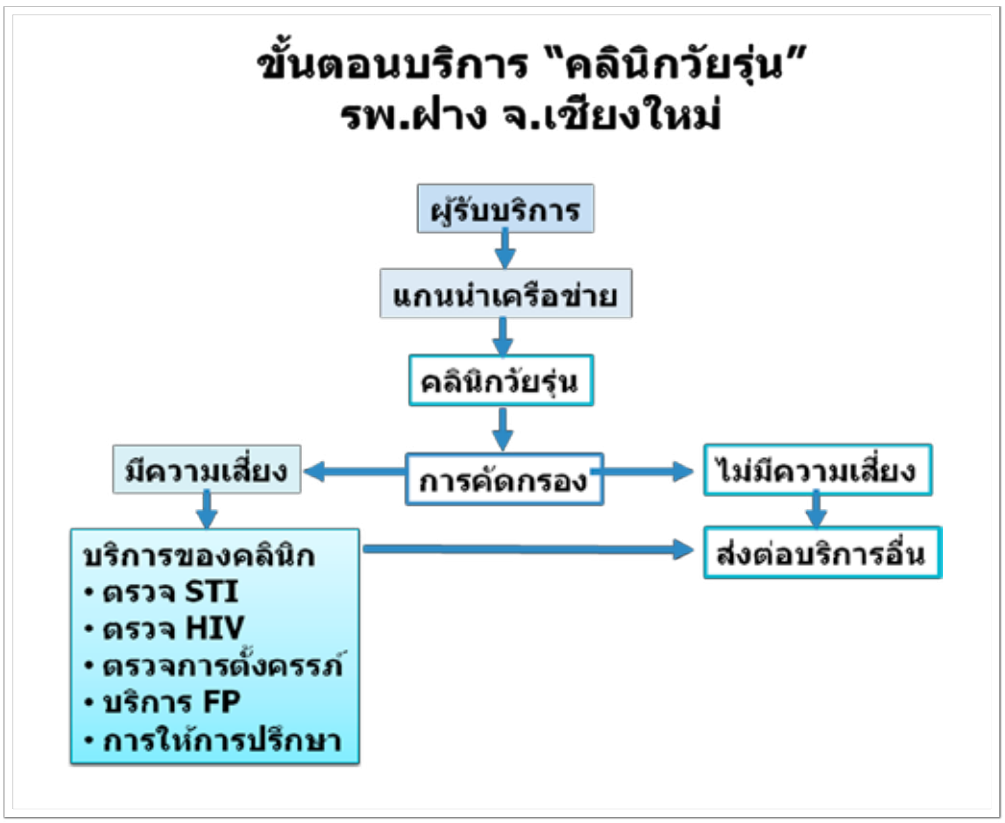
2.4 วันและเวลาให้บริการ (รูปที่ 2-5) วันและเวลาให้บริการของ “คลินิกวัยรุ่น” อาจเริ่มต้นด้วยการกำหนดวันและเวลาที่มีความเป็นไปได้และความพร้อมของโรงพยาบาลบางโรงพยาบาลเริ่มจากเปิดให้บริการเพียงสัปดาห์ละ 1 วัน เฉพาะในเวลาราชการ และเมื่อมีการเชื่อมต่อบริการกับเครือข่ายมากขึ้นก็ขยายวันและเวลาให้บริการมากขึ้น แต่เนื่องจากวัยรุ่นส่วนมากต้องการบริการนอกเวลาราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาช่วงพักเที่ยง และหลังเลิกเรียนตั้งแต่เวลา 16.00 น. เป็นต้นไป ดังนั้นโรงพยาบาลบางแห่งจึงเปิด “คลินิกวัยรุ่น” เพียงบางวันและให้บริการหลังเวลาราชการด้วย บางแห่งใช้วิธีเปิดบริการนอกเวลาราชการเฉพาะการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์



รูปที่ 2-5 บริการสายด่วน คลินิกวัยรุ่น “Teen Center” รพ.ท่ายาง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี

2.5 กิจกรรมปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีระบบบริการสุขภาพที่อาจไม่เอื้อและยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นและเยาวชน การทำให้กลุ่มเป้าหมายนี้เข้าถึงและใช้บริการจึงมีคำถามหลักที่ทีมงานของโรงพยาบาลต้องตอบให้ได้ว่า ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เป็นอย่างไร จะปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มีความเป็นมิตรและตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นได้อย่างไรบ้าง โดยใช้ข้อมูลจากกิจกรรมจัดเตรียมข้อมูลเป็นแนวทางในการปรับระบบบริการสุขภาพ สำหรับประเด็นหลักที่ควรมีการปรับระบบบริการของโรงพยาบาลคือ

การลดขั้นตอนบริการและช่องทางพิเศษ (รูปที่ 2-6, รูปที่ 2-7) การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีความอ่อนไหวทางสังคม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการต้องเอื้อให้วัยรุ่นเหล่านั้นเข้าถึงบริการและได้รับบริการและการดูแลด้วยความรวดเร็ว ภาพพจน์วัยรุ่นไม่เสียหาย ผู้รับผิดชอบต้องกำหนดให้ชัดเจนว่า ขั้นตอนบริการเป็นอย่างไร มีช่องทางพิเศษหรือไม่ หากมีช่องทางพิเศษเป็นอย่างไร จึงควรเขียนขั้นตอนบริการใหม่ที่มีความเป็นมิตรให้ชัดเจนว่าดีกว่า หรือเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนมากกว่าระบบบริการเดิมอย่างไร โดยเขียนตั้งแต่จุดแรกรับบริการ จนสิ้นสุดการรับบริการ ซึ่งอาจไปเกี่ยวข้องกับคลินิกต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา ดูแล และฟื้นฟู รวมทั้งการส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ และสังคม การเขียนขั้นตอนบริการนี้เพื่อสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการ และคลินิกที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในโรงพยาบาล



รูปที่ 2-6 ขั้นตอนบริการ "คลินิกวัยรุ่น" รพ.ฝาง อ.ฝาง จ.เชียงใหม่



รูปที่ 2-7 ขั้นตอนบริการ "คลินิกวัยรุ่น" รพ.รามาธิบดี กทม.

ความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ (รูปที่ 2-8) ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับบริการที่มีความเป็นส่วนตัว และรักษาความลับไม่ว่าบริการนั้นจะเป็นเพียงการให้ข้อมูลความรู้ การให้การปรึกษา หรือบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ เพราะการละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ จะส่งผลต่อการมารับบริการทั้งผู้รับบริการรายใหม่และรายเก่า



รูปที่ 2-8 Teen Center รพ.ฝาง อ.ฝาง จ.เชียงใหม่

การส่งต่อบริการ การจัดการบริการสุขภาพมีความจำเป็นที่ต้องให้ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุม เหมาะสมและมีคุณภาพได้มาตรฐาน เพื่อให้วัยรุ่นได้รับการดูแลรักษาและมีการรับ - ส่งต่อกลับที่ถูกต้องด้วยความปลอดภัย ไม่เกิดปัญหาตามมา ดังนั้นการจัดระบบส่งต่อผู้รับบริการเมื่อเกินศักยภาพของ “คลินิกวัยรุ่น” และการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการวางระบบเชื่อมโยงกันระหว่างคลินิกในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบหลักจึงควรจัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้รับบริการวัยรุ่นไปรับการดูแลทางการแพทย์ หรือการดูแลทางสังคม จากหน่วยงาน/สถานบริการเครือข่าย และชี้แจงทีมผู้ให้บริการ และกลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ทราบเรื่อง การรับส่งต่อบริการกับสถานศึกษา ชุมชน สถานประกอบการ หรือสถานบริการอื่นๆ

2.6 การดำเนินงานตามแผนงานและโครงการ การดำเนินงานตามแผนมักเกี่ยวข้องกับบุคลากรจากหลายกลุ่ม/ฝ่าย ดังนั้นการประสานการทำงานเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันเป็นเรื่องสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้รับผิดชอบกิจกรรมเชิงรุกและผู้ให้บริการที่ “คลินิกวัยรุ่น” ต้องมีการประสานงานและเชื่อมโยงการทำงานกันตลอดเวลา

2.7 การประชาสัมพันธ์ (รูปที่ 2-9, 2-10, 2-11) ควรกำหนดแนวทางการประชาสัมพันธ์บริการและสื่อสารให้ทราบว่ามีบริการแก่วัยรุ่นและเยาวชนในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ สถานบันเทิง ชุมชน และแหล่งรวมวัยรุ่นอื่นๆ รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู/อาจารย์ ผู้นำชุมชน แกนนำวัยรุ่น สื่อที่ใช้ประชาสัมพันธ์มีหลากหลาย เช่น เสียงตามสาย วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น การประชุม และการอบรมที่เกี่ยวข้อง Website ป้ายประชาสัมพันธ์ ที่คั่นหนังสือ/นามบัตร แผ่นพับ และโปสเตอร์ เป็นต้น



รูปที่ 2-9 ประชาสัมพันธ์บริการคลินิกวัยรุ่น “Teen Center” ที่ รพ.สามชุก อ.สามชุก จ.สุพรรณบุรี



รูปที่ 2-10 แผ่นพับประชาสัมพันธ์บริการที่ รพ.วาปีปทุม อ.วาปีปทุม จ.มหาสารคาม



รูปที่ 2-11 บัตรประชาสัมพันธ์บริการที่ รพ.วังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก

2.8 กิจกรรมเชิงรุก (รูปที่ 2-12) มีวัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่ไม่รู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ดังนั้นผู้ให้บริการไม่ควรคาดหวังให้วัยรุ่นเดินมารับบริการเอง แต่ผู้ให้บริการต้องเน้นบทบาทเชิงรุกทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล เพื่อทำให้วัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบเข้าถึงและใช้บริการ ผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องวางแผนจัดกิจกรรมหลากหลาย เพื่อเข้าให้ถึงวัยรุ่นและเยาวชนที่หลากหลายกลุ่ม เช่น

- สนับสนุนการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อให้การดูแลนักเรียน เช่น ระบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง หรือ ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนเพื่อส่งต่อโรงพยาบาล
- ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพเบื้องต้น โดยแกนนำนักเรียน และครูที่รับผิดชอบ
- สร้างเครือข่ายแกนนำวัยรุ่น/เยาวชน โดยอบรมแกนนำวัยรุ่นและเยาวชนจากสถานศึกษาระดับต่างๆ สถานประกอบการ หรือแกนนำเยาวชนในชุมชน เพื่อให้สามารถให้ความรู้คำแนะนำแก่เพื่อน และส่งต่อบริการ
- จัดหน่วยเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในสถานศึกษา สถานประกอบการ สถานที่ที่วัยรุ่นชอบรวมกลุ่มกัน และอื่นๆ
- จัดกิจกรรมเชิงรุกในโรงพยาบาล โดยการรวมกลุ่มวัยรุ่นที่สนใจเรื่องเพศศึกษา/ความรัก/อื่นๆ มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ความรู้ ณ “คลินิกวัยรุ่น”
- สร้างเครือข่ายวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศให้มีกิจกรรมพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เช่น กลุ่มเพศที่สาม กลุ่มนักเรียนที่หนีเรียน
- พัฒนาเครือข่ายคนทำงานเรื่องวัยรุ่นทั้งภาครัฐ เช่น สมาชิกสภาเด็กและเยาวชน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานประกอบการ เป็นต้น รวมทั้งภาคเอกชนในพื้นที่เพื่อจัดระบบรับส่งต่อบริการ และประสานความร่วมมือในกิจกรรมอื่นๆ

- กิจกรรมประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านช่องทางหลากหลาย
- ผลักดันและเชื่อมประสานสู่แผนงานกิจกรรมของชุมชน/อปท. และเครือข่าย
- จัดทำ Website เพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสารและบริการให้คำแนะนำและการปรึกษา
- จัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ การปรึกษา และประชาสัมพันธ์บริการ

ฯลฯ



รูปที่ 2-12 การจัดกิจกรรมเชิงรุก “อบรมแกนนำวัยรุ่น” รพ.พรหมพิราม อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก

2.9 การติดตามและประเมินผล [7] “คลินิกวัยรุ่น” ต้องมีระบบการบันทึกข้อมูลที่ครอบคลุมกิจกรรมและการให้บริการที่มีอยู่ทั้งบริการเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งกิจกรรมให้ความรู้และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำร่วมกับภาคีและเครือข่าย ควรมีการติดตามความก้าวหน้าและสรุปข้อมูลตัวเลขทุกเดือน คณะกรรมการ/ผู้รับผิดชอบหลักควรจัดประชุมร่วมกันเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้า ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค สรุปบทเรียนเพื่อเสนอผู้บริหารอย่างน้อยทุก 3-4 เดือน เพื่อข้อเสนอแนะแนวทางการปรับกิจกรรม/โครงการ และการสนับสนุนเชิงนโยบาย สำหรับข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญที่โรงพยาบาลควรมีเพื่อการติดตามและประเมินผล เช่น

- จำนวนประชากรวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-24 ปี แยกตามเพศ และกลุ่มอายุ
- จำนวนผู้รับบริการวัยรุ่น แยกตามกลุ่มอายุ เพศ และประเภทของบริการ
- จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่มาคลอดบุตร
- อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
- จำนวนและร้อยละของแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี มาฝากครรภ์

- จำนวนและร้อยละการป่วยโรคเอดส์อายุต่ำกว่า 20 ปี
- จำนวนและร้อยละการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ต่อประชากร 100,000 คน
- จำนวนและร้อยละของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี แท้งบุตร (รวมทำแท้งและแท้งเอง)
- ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการวัยรุ่น
- ร้อยละความพึงพอใจ และความคิดเห็นในการปรับปรุงบริการและการดำเนินงานจากเครือข่าย ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง แกนนำวัยรุ่น
- ร้อยละการเข้าถึงบริการและการใช้บริการของวัยรุ่นนอกโรงพยาบาล
- บทเรียนและปัจจัยสู่ความสำเร็จการดำเนินงาน

3. ระยะประเมินตนเอง

เมื่อทีมงานดำเนินงานตามกิจกรรมและแผนงานโครงการไประยะหนึ่ง ทีมผู้ให้บริการ “คลินิกวัยรุ่น” และคณะกรรมการภายในโรงพยาบาล ควรร่วมกันประเมินตนเองโดยใช้ “มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน” เป็นเครื่องมือ [8] เพื่อนำประเด็นที่ยังเป็นส่วนขาดไปปรับปรุงคุณภาพบริการ และเมื่อพร้อมแล้ว โรงพยาบาลสามารถเสนอขอรับการประเมินและรับรองมาตรฐานจากกรมอนามัยผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัยในพื้นที่ต่อไป

ปัจจัยสู่ความสำเร็จ จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่าปัจจัยสู่ความก้าวหน้า หรือบางแห่งเรียกว่า เป็นความสำเร็จระดับหนึ่งนั้นเป็นผลมาจากปัจจัยเหล่านี้ คือ

- ทีมงาน หรือ คณะทำงานที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจ เข้มแข็ง และทำงานเป็นทีมได้
- ผู้ให้บริการที่มีคุณภาพ มีความเป็นมิตรกับวัยรุ่น
- นโยบายของผู้บริหารที่สนับสนุนและเปิดกว้างในการพัฒนา
- โรงพยาบาลมีความพร้อมต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น
- การมีระบบงานบริการที่เป็น one stop service อยู่แล้ว ที่เอื้อต่อการให้บริการและการทำงานของวัยรุ่น
- การมีระบบการส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงกับเครือข่าย
- สัมพันธภาพและความสัมพันธ์เชิงสังคมที่ดี ความร่วมมือและการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่าย เช่น โรงเรียน ผู้ปกครอง อสม. และผู้นำชุมชน
- แกนนำวัยรุ่นเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการของวัยรุ่น

มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

“มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน” พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา “คลินิกวัยรุ่น” [8] โรงพยาบาลสามารถใช้ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จึงเป็นเครื่องมือ หรือกลไกหนึ่งของ

ระบบการประเมินและรับรองมาตรฐานฯ ซึ่งมีเป้าหมายที่ต้องการให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความต้องการ สำหรับรายละเอียดของมาตรฐานฯ ดังกล่าวอยู่ใน ภาคผนวก 4

การให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัว

การให้การปรึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ เข้าใจตนเอง และเข้าใจปัญหาของตนเอง ช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีทักษะในการแก้ปัญหาและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างฉลาดและเหมาะสมกับตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ [9 - 13] ดังนั้นผู้ที่จะเป็นผู้ให้การปรึกษา ควรมีลักษณะพื้นฐาน คือ ความอดทน ความรับรู้และความอ่อนไหว ชอบคบหาผู้คน ท่าทางไม่น่ากลัว มีอารมณ์ขัน ชอบช่วยเหลือผู้อื่น มีทัศนคติที่ดี เป็นผู้ฟังที่ดี มีบุคลิกที่ดูอบอุ่น และเป็นนักแก้ปัญหา

นอกจากนี้ บุคคลที่เป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดี ควรคำนึงความเท่าเทียมกัน หรือ มีความจริงใจ ไม่ตั้งเงื่อนไขทางบวกและการยอมรับ ทำความเข้าใจความรู้สึกอย่างถูกต้อง และการไม่ตัดสินความ

หลักการให้การปรึกษาแก่วัยรุ่น

หลักการพื้นฐานที่จะต้องทำความเข้าใจในการให้บริการการปรึกษาแก่วัยรุ่น มีดังนี้ [14]

1. วัยรุ่นเป็นช่วงระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ วัยรุ่นจะเริ่มควบคุมและตัดสินใจในชีวิตของเขาเอง
2. งานของผู้ให้การปรึกษาในภาวะการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นคือ การช่วยวัยรุ่นให้เข้าใจตนเองและสามารถสร้างทางเลือกได้
3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษามีความสำคัญมากในกระบวนการการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นสู่ภาวะผู้ใหญ่
4. ความสัมพันธ์ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับว่าผู้รับการปรึกษาเป็นปัจเจกบุคคล
5. การให้ความยอมรับผู้รับการปรึกษาต้องรวมถึงการที่ผู้ให้การปรึกษามีความเชื่อว่าผู้รับปรึกษาสามารถที่จะได้รับความช่วยเหลือเพื่อที่จะช่วยเหลือตัวเองได้
6. ผู้ให้การปรึกษาควรจะต้องมีทักษะที่จำเป็นในการแสดงให้ผู้รับการปรึกษาเห็นถึงความยอมรับและความตั้งใจจริงในการรับฟัง
7. ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาเชื่อว่าตัวเขาเองสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ตัวเขาเองสามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง สามารถปฏิบัติตามสิ่งที่เขาได้ตัดสินใจ และประเมินผลในสิ่งที่ตามมา
8. ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความสามารถในการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาพูดเกี่ยวกับเรื่องตัวเขาเองได้อย่างอิสระ
9. ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาความจริงที่ซ่อนอยู่ในความรู้สึกของเขา

10. ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าความรู้สึกเป็นเรื่องที่ควบคุมไม่ได้ บุคคลใดบุคคลหนึ่งไม่สามารถเลือกว่าเขาจะมีความรู้สึกอย่างไรได้ เพราะฉะนั้นจึงไม่ต้องรู้สึกผิดที่จะมีความรู้สึกเช่นนี้
11. ผู้ให้การปรึกษาควรจะเข้าใจว่าเรื่องของพฤติกรรมของคนเป็นเรื่องที่ควบคุมได้ บุคคลทั่วไปสามารถจะเลือกแนวทางการปฏิบัติตนและรับผิดชอบในสิ่งที่เขาปฏิบัติไปแล้ว ผู้รับการปรึกษาสามารถเริ่มที่จะตัดสินพฤติกรรมของตนเองได้และเตรียมตัวรอรับการตัดสินจากผู้อื่น
12. หากวัยรุ่นทำในสิ่งที่เขาคิดว่าผิดนั่นไม่ได้หมายความว่าวัยรุ่นคนนั้นจะเป็นคนเลว
13. ผู้ให้การปรึกษาควรให้บริการการปรึกษาแก่วัยรุ่นเหมือนบุคคลทั่วไป แม้ว่าพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาจะไม่เหมาะสม
14. ผู้รับการปรึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัวเขาเอง หลังจากที่ได้พูดคุยจนได้แนวทางในการปฏิบัติตลอดจนรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
15. ผู้รับการปรึกษาจะมีความมั่นใจมากขึ้นถ้าเขาสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
16. ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยเหลือผู้รับการปรึกษาให้มีความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้น ประสบความสำเร็จและมีความรู้สึกที่มั่นใจ แม้ว่าในตอนแรกผู้รับการปรึกษาจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพียงเล็กน้อย
17. การให้รางวัล หรือการยกย่องชมเชยวัยรุ่นที่รู้สึกมั่นใจมากขึ้นจะมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาทางสุขภาพและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ซึ่งดีกว่าการกล่าวโทษ หรือการเข้าถึงในเชิงลบ
18. การให้รางวัลภายใน (internal reward) เช่น การให้ความยอมรับนับถือ การให้ความไว้วางใจ การสร้างความมั่นใจ จะมีประโยชน์และยั่งยืนกว่าการให้รางวัลภายนอก (external reward) เช่น การให้รางวัลเป็นวัตถุ
19. การช่วยให้วัยรุ่นได้มีประสบการณ์รับรางวัลภายใน จะช่วยกระตุ้นให้วัยรุ่นสามารถช่วยตัวเองได้ในอนาคต
20. การให้รางวัลภายในจะช่วยให้วัยรุ่นมีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตครั้งใหญ่และรอคอยที่จะรับรางวัลครั้งต่อไป
21. ผู้ให้การปรึกษาต้องสร้างความมั่นใจในเรื่องการเก็บความลับของการให้บริการ เนื่องจากวัยรุ่นมีความรู้สึกที่อ่อนไหวมากในเรื่องนี้
22. วัตถุประสงค์อีกข้อหนึ่งในการให้บริการการปรึกษาแก่วัยรุ่นคือ การที่วัยรุ่นสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เข้าใจตนเอง มีการวางแผนระยะยาว ซึ่งอาจเรียกลักษณะเช่นนี้ว่า การพัฒนาวุฒิภาวะในวัยรุ่น

การให้การปรึกษาวัยรุ่นพร้อมครอบครัว

วัยรุ่นหลายคนมักจะถูกส่งตัวมารับการปรึกษาโดยครอบครัว จึงมักพบว่า ในระยะแรกจะมีสมาชิกหนึ่งหรือหลายคนในครอบครัวตามมาในวันรับบริการด้วย การให้บริการการปรึกษาทั้งครอบครัว (family counseling) ก็ยังคงใช้หลักการเดียวกันกับการให้บริการการปรึกษาแบบปัจเจกบุคคล (individual counseling) แต่อาจจะต้องมีข้อพิจารณาเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่ซับซ้อนขึ้น จึงต้องพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละคนในฐานะสมาชิกของครอบครัวและการให้บริการการปรึกษาไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานเฉพาะตัวผู้รับการปรึกษาเพียงคนเดียว แต่ต้องรวมถึงครอบครัวทั้งครอบครัว [14, 15]

การตัดสินใจ (decision) การตัดสินใจมีความสำคัญอย่างมากที่จะทำให้แน่ใจก่อนว่าใครคือผู้ตัดสินใจที่พาวัยรุ่นมารับบริการ มีการตัดสินใจอย่างไรและทำไม ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่ได้ขอความเห็นจากวัยรุ่นก่อนหรืออาจจะขัดกับความประสงค์ของวัยรุ่น หรืออาจจะเป็นเพราะว่าสมาชิกคนสำคัญของครอบครัวไม่ได้มาด้วย

บทบาทของผู้ให้การปรึกษา เป็นเรื่องสำคัญมากที่จะต้องเน้นในตอนแรกก่อนว่างานสำคัญของผู้ให้การปรึกษาคือ อธิบายสถานการณ์ให้กระจ่างและช่วยให้ครอบครัวนี้ตัดสินใจได้ด้วยตัวของพวกเขาเอง มีข้อน่าสังเกตว่า เป็นธรรมดาที่สมาชิกในครอบครัวมักจะไม่ค่อยตั้งใจฟังซึ่งกันและกัน เนื่องจากพวกเขาต่างรู้จักกันดีอยู่แล้ว แม้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งของได้เปลี่ยนแปลงไป แต่พวกเขาก็ยังไม่ค่อยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้

การเลือกที่นั่งของสมาชิกในครอบครัว ตัวชี้วัดที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ได้ดูจากการที่สมาชิกในครอบครัวเลือกที่นั่งเอง ควรจัดที่นั่งในห้องให้สะดวกต่อการที่สมาชิกจะย้ายที่นั่ง และอนุญาตให้สมาชิกเลือกที่นั่งได้ด้วยตนเอง การสังเกตการเลือกที่นั่งจะเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งบอกถึงลำดับความสำคัญของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ยิ่งผู้ให้การปรึกษายืดหยุ่นในเรื่องนี้มากเท่าไร ผู้ให้การปรึกษาจะได้เรียนรู้จากการเลือกที่นั่งของสมาชิกในครอบครัวมากยิ่งขึ้น ผู้ให้การปรึกษาอาจจะบอกถึงวิธีการที่พวกเขาเลือกที่นั่งกันอย่างไรต่อเมื่อได้เริ่มการให้บริการ ถ้าเรื่องนี้มีความจำเป็นหรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการสนทนา

การอยู่ด้วยกันหรือแยกกัน ในตอนต้นของการให้การปรึกษา จะเป็นการดีที่สุดถ้าสมาชิกในครอบครัวเข้ามาพร้อมกัน มีการแนะนำตัวตามปกติหลังจากนั้นผู้ให้การปรึกษาจะถามครอบครัวนี้ถึงการตัดสินใจของพวกเขา ถ้าปรากฏว่าผู้รับการปรึกษาที่เป็นวัยรุ่นรู้สึกอึดอัดที่จะอยู่ตรงนั้น ผู้ให้การปรึกษาอาจจะพูดว่า “ดิฉันคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์อย่างมาก ถ้าดิฉันได้พูดคุยกับเด็กตามลำพังสัก 2-3 นาที และพูดคุยกับผู้ปกครองต่างหาก เพื่อที่จะชี้แจงสถานการณ์ให้ชัดเจนก่อน เพราะว่าบางครั้งก็ยากที่คนในครอบครัวจะพูดคุยกันเองให้เข้าใจได้ พวกคุณคิดว่าแนวทางที่ดิฉันเสนอจะดีไหม” ถ้าผู้ปกครองตกลง ผู้ให้การปรึกษาจะบอกให้วัยรุ่นออกไปรอข้างนอกสัก 2-3 นาที โดยผู้ให้การปรึกษาพาวัยรุ่นออกไปนั่งข้างนอกด้วยตนเอง หลังจากนั้นเมื่อผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวได้ให้ข้อมูลแล้วก็เชิญพวกเขาออกไปรอข้างนอกอย่างสุภาพ และเชิญวัยรุ่นเข้ามาในห้อง เมื่อวัยรุ่นได้เล่าความในใจ

ของเขาเรียบร้อยแล้ว ก็เชิญผู้ปกครองเข้ามาอีกครั้ง กล่าวขอบคุณถึงสิ่งที่พวกเขาแสดงออกมา หลังจากนั้นผู้ให้การปรึกษาสรุปความในสิ่งที่วัยรุ่นและผู้ปกครองได้พูด โดยสรุปความเป็นคำพูดกลางๆ เมื่อครอบครัวได้มารวมกลุ่มกันแล้วไม่มีความจำเป็นที่จะแยกพวกเขาออกจากกันอีก เพราะถ้าแยกจะแสดงให้เห็นว่าการให้บริการการปรึกษาไม่สามารถทำให้พวกเขาสื่อสารกันได้และจะทำให้เกิดมีความลับระหว่างสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวกับผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นอันตรายต่อกระบวนการให้การปรึกษาทั้งหมด

ในตอนท้ายของการให้บริการครั้งแรก คนที่เกี่ยวข้องอาจมีความรู้สึกว่าการให้บริการการปรึกษาพร้อมกันทั้งครอบครัวไม่น่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด การพูดคุยกับวัยรุ่นคนเดียวน่าจะเพียงพอหรือผู้ปกครองอาจต้องการความช่วยเหลือตามสิทธิในขณะที่วัยรุ่นไม่ต้องการ ถ้าเป็นกรณีหลังจะต้องมีการพูดคุยแบบประนีประนอมและจะต้องได้รับความยอมรับจากผู้ปกครองก่อนที่จะเริ่มดำเนินการต่อไป

การช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวฟังความคิดเห็นของกันและกัน งานสำคัญประการหนึ่งของผู้ให้การปรึกษาคือ การช่วยเหลือให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวยอมรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน เพราะว่าความเคยชินต่อสิ่งที่ถือปฏิบัติกันมานานไม่อาจนำมาใช้ได้อีกต่อไป โดยเฉพาะเมื่อวัยรุ่นมีการพัฒนาที่เร็วมาก

ความเป็นกลางของผู้ให้การปรึกษา ตลอดเวลาระหว่างการให้บริการการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องวางตัวเป็นกลางไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ควรคิดในใจไว้ตลอดเวลาว่าบทบาทของตนเองคือ อธิบายเรื่องราวทั้งหลายให้กระจ่าง ไม่ใช่คอยตัดสินใจแทน กุญแจสำคัญคือ ช่วยให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้แสดงออกทั้งความคิดและความรู้สึก และช่วยให้สมาชิกทุกคนต่างได้รับรู้และเข้าใจในเรื่องที่ได้แสดงออกมา

บทบาทของครอบครัว ต้องจำไว้เสมอว่าสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีบทบาทและความรับผิดชอบในครอบครัวแตกต่างกัน วัยรุ่นไม่ได้มีบทบาทหน้าที่เหนือกว่าผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ก็ต้องมีบทบาทที่จะต้องรับผิดชอบต่อวัยรุ่นไม่มากก็น้อย ในขณะที่วัยรุ่นเริ่มโตและมีวุฒิภาวะสูงขึ้น บทบาทความรับผิดชอบจำเป็นต้องเปลี่ยนไป บทบาทที่สำคัญของผู้ให้การปรึกษาคือ ช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบของวัยรุ่นให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในวัยรุ่น

วัยรุ่นและความเป็นธรรม วัยรุ่นจะมีความรู้สึกไว อ่อนไหวเมื่อรับการปรึกษา และเมื่อเริ่มมีความรู้สึกว่าต้องการที่จะมีส่วนในการตัดสินใจจะเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงการมีวุฒิภาวะที่สูงขึ้น ถ้าวัยรุ่นมีความรู้สึกว่าเขามีส่วนในการร่วมตัดสินใจอย่างเป็นธรรม การไม่ยอมรับและการต่อต้านต่างๆ ก็จะลดน้อยลง เป็นเรื่องธรรมดาสำหรับวัยรุ่นที่อยู่กับครอบครัวจะกลายเป็นแพะรับบาป ถูกดุด่าทั้งที่เขาไม่ได้ก่อปัญหาขึ้นมา

บทบาทของพ่อ ในสังคมทั่วไป พ่อจะเป็นผู้ที่มีอำนาจมากที่สุดในครอบครัวและรับผิดชอบในการตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ในบ้าน การแยกแยะว่าใครเป็นผู้อยู่ในปกครองในแต่ละครอบครัวความสำคัญมาก อย่างไรก็ตามผู้ให้การปรึกษาจะต้องพิจารณาบทบาทของพ่อในแต่ละครอบครัวให้ชัดเจนเพื่อประสิทธิผลในการให้บริการ เป็นความจริงที่ว่าผู้หญิงสามารถแสดงความรู้สึกและคุ้นเคยกับการ

แสดงออกทางคำพูดมากกว่าผู้ชาย และเป็นเรื่องธรรมดาที่แม่จะพาวัยรุ่นมาพบผู้ให้การปรึกษามากกว่าพ่อ แต่ถ้าพ่อเป็นผู้พามาผู้ให้การปรึกษาต้องยอมรับความจริงและยกย่องพ่อในความตั้งใจที่จะพยายามช่วยครอบครัว โดยอธิบายเรื่องราวให้กระจ่าง ตลอดจนให้ความมั่นใจแก่พ่อว่า ผู้ให้การปรึกษาไม่ได้แย่งบทบาทของเขา

การถกเถียงระหว่างการให้การปรึกษา ความโกรธมักจะเกิดขึ้นระหว่างการให้การปรึกษาทั้งครอบครัว วิธีที่ดีที่สุดคือปล่อยให้ถกเถียงกันระยะหนึ่งแทนที่จะไปห้ามปราม เป็นโอกาสอันดีที่ผู้ให้การปรึกษาจะได้สังเกตความเป็นไปที่เกิดขึ้นจริงในครอบครัวนี้ และมีโอกาสสะท้อนความคิดเห็นเมื่อการถกเถียงสิ้นสุดลงว่าแต่ละคนมีพฤติกรรมอย่างไรระหว่างการถกเถียงเป็นการแสดงให้เห็นความยอมรับของผู้ให้การปรึกษาถึงการแสดงออกทางความรู้สึกที่แท้จริงระหว่างการให้บริการของสมาชิกในครอบครัว แต่ก็ไม่ควรปล่อยให้การถกเถียงดำเนินไปอย่างไม่มีกำหนดและเมื่อสมาชิกแต่ละคนได้ข้อยุติที่ชัดเจนแล้วผู้ให้การปรึกษาควรจะขอบคุณพวกเขาสำหรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และแนะนำให้ฟังสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาพูดในฐานะคนนอกซึ่งได้สังเกตเห็น

ช่วงท้ายของการให้บริการ การจบการให้บริการการปรึกษาอย่างเหมาะสมเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ก่อนจบการให้บริการผู้ให้การปรึกษาจะต้องสรุปความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวทุกคนให้ชัดเจนและเป็นกลางที่สุดเท่าที่จะทำได้ เน้นความสำเร็จที่ได้รับระหว่างการให้บริการ ความสำเร็จแรกคือการที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้มาพร้อมกัน ความสำเร็จที่สองคือทุกคนสามารถสื่อสารความคิดเห็นของแต่ละคนได้ เป็นผลให้ทุกคนสามารถรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ความสำเร็จที่ติดตามมาคือบางเรื่องได้รับการแก้ไขและมีการวางแผนสำหรับอนาคต ความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้คือ ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันอยู่ซึ่งไม่ควรละเลยหรือไม่แก้ไข เนื่องจากยังต้องมีการเปลี่ยนแปลงที่ต้องลงมือปฏิบัติและระยะเวลา การนัดให้บริการการปรึกษาครั้งต่อไปเพื่อที่จะได้มีการทบทวนแผนการ (ยกเว้นการให้บริการครั้งสุดท้าย) ผู้ให้การปรึกษาควรแสดงความตั้งใจจริงที่จะพบกับครอบครัวนี้อีกเมื่อพวกเขาต้องการ

ข้อคิดในการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นพร้อมครอบครัว

1. **ก่อนเริ่มการให้การปรึกษา**
   - ต้องพิจารณาให้ได้ว่าใครเป็นผู้รับการปรึกษา วัยรุ่นหรือสมาชิกอื่นในครอบครัว
   - ต้องให้วัยรุ่นและครอบครัวอธิบายว่าพวกเขาตัดสินใจในเรื่องนี้อย่างไรและทำไม
   - สังเกตการเลือกที่นั่งของแต่ละคน
   - อธิบายบทบาทของผู้ให้การปรึกษาว่า ผู้ให้การปรึกษาจะคอยช่วยอธิบายสถานการณ์ให้ชัดเจนขึ้น และจะคอยช่วยเหลือให้พวกเขาทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้น

2. การให้การปรึกษาสมาชิกทีละคน

- ถ้าผู้ให้การปรึกษาพบว่า ตอนแรกมีความจำเป็นที่จะต้องสนทนากับวัยรุ่นตามลำพัง ผู้ให้การปรึกษาต้องอธิบายให้วัยรุ่นและครอบครัวทราบว่า บางครั้งไม่สามารถสนทนาพร้อมกันทั้งหมดในตอนแรก และขออนุญาตที่จะแยกการสนทนา
- ศึกษาจากทุกคนในครอบครัวว่าที่มีปัญหาหรือไม่ ถ้ามีปัญหาคืออะไร

3. เมื่อให้วัยรุ่นและครอบครัวมาอยู่รวมกัน

- อธิบายสั้นๆ อย่างเป็นกลางถึงความคิดเห็นที่ทุกคนได้แสดงออก
- ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับฟังความเห็นกันและกัน
- สังเกตปฏิกิริยาต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด อาการโกรธ ความสบายใจ เป็นต้น
- วิจารณ์สิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้สังเกตเห็น โดยการสะท้อนความจริงและความรู้สึก เพื่อที่ทุกคนในครอบครัวจะได้เห็นว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจ แก้ไขถ้าผู้ให้การปรึกษาไม่เข้าใจ ฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และเห็นผลกระทบจากสิ่งที่แต่ละคนได้พูดต่อกัน
- ไม่ควรเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่ต้องให้ความมั่นใจว่าทุกคนมีโอกาสที่จะแสดงความรู้สึกของตนเอง
- จำไว้เสมอว่าบทบาทของผู้ปกครองและวัยรุ่นแตกต่างกัน ผู้ปกครองมีหน้าที่ความรับผิดชอบมากกว่า แต่ความสัมพันธ์นี้มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อวัยรุ่นมีวุฒิภาวะสูงขึ้น
- ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเจรจากันเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ตามที่มีความเห็นร่วมกัน
- วัยรุ่นมีความอ่อนไหวต่อคำว่า “ยุติธรรม” ถ้ามีการตกลงกันเรียบร้อยแล้ว สิ่งที่พวกเขาได้ยึดถือไว้เป็นเพียง “ความเป็นธรรม”
- ถ้าพ่อของวัยรุ่นมาด้วย อย่าทำอะไรที่ทำให้เขาคิดว่าผู้ให้การปรึกษากำลังแย่งบทบาทของเขา
- ผู้ให้การปรึกษาต้องจำไว้เสมอว่า กำลังให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวได้ตัดสินใจด้วยตัวของพวกเขาเอง
- ควรขอบคุณพ่อของวัยรุ่นในกรณีที่เขามาด้วย ยกย่องความตั้งใจที่พยายามช่วยเหลือครอบครัว โดยการพูดคุยในฐานะที่ผู้ให้การปรึกษาเป็นคนนอก
- อธิบายให้ทราบว่าเป็นธรรมชาติที่สมาชิกในครอบครัวจะติดนิสัยในการสื่อสารแบบนี้ ซึ่งในบางครั้งเป็นการยากที่จะมองเห็นการเปลี่ยนแปลง
- คอยย้ำผู้รับการปรึกษาให้ทราบว่างานหลักของผู้ให้ปรึกษาคือ ช่วยอธิบายสถานการณ์ให้ชัดเจน เพื่อที่จะให้ผู้รับการปรึกษาและสมาชิกในครอบครัวสามารถตัดสินใจที่จะทำอะไร

- ถ้ามีการถกเถียงกันภายในครอบครัวระหว่างการให้บริการ ควรปล่อยให้พวกเขาถกเถียงกันต่ออีกสักพัก และสะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นให้พวกเขาทราบ
- ก่อนที่จะจบการให้บริการครั้งแรก ให้สรุปประเด็นสำคัญโดยไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและเน้นถึงผลดีที่ได้รับคือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และผลสำเร็จที่ได้รับจากการให้บริการการปรึกษาครั้งนี้

สรุป

การทำให้วัยรุ่นเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความต้องการเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและผู้ให้บริการที่จะต้องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูประชากรวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อตอบสนองสิทธิของเขาเหล่านั้น ที่มีสิทธิไม่ได้ด้อยไปกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น แม้ว่า “คลินิกวัยรุ่น” ไม่ใช่คำตอบทั้งหมดของการป้องกันปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น เพราะยังมีตัวกำหนดพฤติกรรมของวัยรุ่นอีกหลายประการที่ต้องได้รับการพัฒนา เช่น ครอบครัว เพื่อน สื่อ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม “คลินิกวัยรุ่น” จะมีบทบาทเป็นอย่างมากในการป้องกันปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น สำหรับวัยรุ่นปกติก็ส่งเสริมดูแลให้ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก็ดูแลให้เป็นปกติ ดังนั้นคลินิกจึงมีส่วนเป็นอย่างมากต่อการป้องกันไม่ให้ปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ทวีความรุนแรงมากขึ้น หรือ ช่วยให้ปัญหาลดลง

การจัด “คลินิกวัยรุ่น” จึงไม่ใช่เรื่องยาก หลักการและวิธีการไม่ต่างจากการจัดคลินิกอื่นๆ ที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมภายใน การพัฒนาคุณภาพบริการที่ต้องคำนึงถึงความต้องการและวิถีชีวิตของวัยรุ่น ต้องให้ความสำคัญมากเป็นพิเศษกับผู้ให้บริการที่เป็นมิตร ระบบบริการและการส่งต่อต้องรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัว ความเป็นสัดส่วน การจัดบริการต้องมีทั้งกิจกรรมเชิงรุกและเชิงรับ การทำงานร่วมกับภาคีและเครือข่ายที่ต้องเชื่อมโยงบริการกับชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ และสถานที่อื่นๆ รวมทั้งมีระบบติดตามและประเมินผลการทำงาน

การดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น จะเป็นไปตามแนวทาง “มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน” ที่พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา “คลินิกวัยรุ่น” เป็นเครื่องมือสำหรับโรงพยาบาลใช้ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จึงเป็นเครื่องมือ หรือกลไกหนึ่งของระบบการประเมินและรับรองมาตรฐาน โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความต้องการ มาตรฐานนี้มี 4 องค์ประกอบคือ การบริหารจัดการ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการ บริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่อวัยรุ่นและเยาวชน

การให้การปรึกษาเป็นกิจกรรมบริการที่ถือว่าเป็นหัวใจของ “คลินิกวัยรุ่น” ผู้ให้การปรึกษาแก่วัยรุ่น นอกจากมีความรู้ธรรมชาติของวัยรุ่นว่า ต้องการการรับฟัง ต้องการการยอมรับความคิดเห็นและการตัดสินใจ และมีทัศนคติที่ดี มีทักษะพื้นฐานการให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นแล้ว ยังต้องมีทักษะการให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นพร้อมครอบครัวด้วย การปรึกษาวัยรุ่นพร้อมครอบครัวใช้หลักการเดียวกันกับการให้บริการการปรึกษาแบบปัจเจกบุคคล แต่มีข้อพิจารณามากขึ้น ต้องพิจารณาบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของแต่ละคนในครอบครัว และการให้การปรึกษาต้องรวมทั้งครอบครัว งานสำคัญของผู้ให้การปรึกษาคือ ทำให้ครอบครัวตัดสินใจด้วยตัวของพวกเขาเอง สังเกตการเลือกที่นั่งของสมาชิกในครอบครัว การให้การปรึกษาช่วงใดควรอยู่ด้วยกันหรือแยกกัน ต้องช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัว ฟังความคิดเห็นของกันและกัน แสดงความเป็นกลางของผู้ให้การปรึกษา เพราะกุญแจสำคัญคือ ช่วยให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้แสดงออกทั้งความคิดและความรู้สึก และช่วยให้สมาชิกทุกคนต่างได้รับรู้และเข้าใจในเรื่องที่ได้แสดงออกมา บทบาทสำคัญประการหนึ่งของผู้ให้การปรึกษาคือ ช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบของวัยรุ่นให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในวัยรุ่น ต้องช่วยให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเป็นธรรม เพื่อประสิทธิผลในการให้บริการ ควรแยกแยะว่าใครเป็นผู้ที่มีอำนาจมากที่สุดในครอบครัวและรับผิดชอบในการตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ในบ้าน การถกเถียงระหว่างการให้การปรึกษา ช่วงท้ายของการให้บริการผู้ให้การปรึกษาจะต้องสรุปความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวทุกคนให้ชัดเจนและเป็นกลางที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ทุกคนสามารถรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้บางเรื่องได้รับการแก้ไข และมีการวางแผนสำหรับอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารงานสารสนเทศ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗). ใน: สรุปสาระสำคัญมติคณะรัฐมนตรีตามนโยบายรัฐบาล นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (6 กรกฎาคม - 28 กันยายน 2553). กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารงานสารสนเทศ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2553. หน้า 34.
2. World Health Organization. Adolescent - friendly health services in the South-East Asia Region. Report of a Regional Consultation, 9-14 February 2004, Bali, Indonesia. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2004.
3. World Health Organization. Adolescent friendly health service: an agenda for change. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. ยุพา พูนขำ. AFHS: ความก้าวหน้าที่ท้าทาย. ใน: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 15-17 กรกฎาคม 2552 ณ โรงแรมรามา การ์เด้นส์ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2552. หน้า 113-9.

5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (ร่าง) สรุปผลการประชุมปฏิบัติการจัดทำแนวทางการประเมินและรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน. การประชุมปฏิบัติการพัฒนาระบบการประเมินและรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน; วันที่ 19-22 ตุลาคม 2553 ณ โรงแรมบ้านอัมพวา รีสอร์ท แอนด์สปา จังหวัดสมุทรสงคราม.
6. PATH, Global Health Council. Ensuring privacy and confidentiality in reproductive health services: a training module and guide. Washington DC: PATH; 2003.
7. Adamchak S, Bond S, MacLaren L, Magnani R, Nelson K, Seltzer J. A Guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs. Focus on young adults. Tools Series 5. Washington DC: 2000.
8. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, สายพิณ คูสมิทธิ, บรรณาธิการ. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และแบบประเมินตนเอง. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA); 2552.
9. สุพร เกิดสว่าง. การให้การปรึกษา การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและการให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาชีวิตและการติดเชื้อเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ 2546.
10. ศูนย์สนับสนุนและพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต. คู่มือกระบวนการและทักษะการให้การปรึกษา. ม.ป.ท. : 2550.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2547.
12. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. พัฒนาการของวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); ม.ป.ป.
13. พนม เกตุมาน. การให้คำปรึกษาวัยรุ่น (Counseling for teenager). บริษัทคลินิคจิต-ประสาท [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.psyclin.co.th/new_page_55.htm
14. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. เคล็ดลับการให้การปรึกษาวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
15. เพ็ญนภา กุลนภาดล. การให้การปรึกษาวัยรุ่นและครอบครัว. เอกสารประกอบการอบรมผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2554. (เอกสารอัดสำเนา)

บทที่ 3
เพศศึกษารอบด้าน

กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์
ชลิดา เกษประดิษฐ์
นุชนารถ แก้วดำเกิง
สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ

คำนำ
พัฒนาการทางสรีระวิทยาและอารมณ์
ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ
ทักษะการตัดสินใจหรือการต่อรองเมื่อจำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์
การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์
อารมณ์เพศกับวัยรุ่น
การดูแลสุขอนามัยทางเพศ
การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น
ความหลากหลายทางเพศ
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 3
เพศศึกษารอบด้าน

กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์
ชลิดา เกษประดิษฐ์
นุชนารถ แก้วดำเกิง
สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ

คำนำ

ประเทศไทยมีประชากรวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-24 ปี ประมาณ 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง, 2551) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจจากวัยเด็กเติบโตไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและมีความสำคัญของชาติในอนาคต เนื่องจากจะเจริญเติบโตเป็นกำลังแรงงานและสมองของชาติในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า สังคมคาดหวังให้เขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคตั้งแต่เยาว์วัยเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ และจากโลกาภิวัฒน์ของการสื่อสาร ทำให้ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นและส่งผลต่อปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การทอดทิ้งเด็ก การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งอาจนำไปสู่โรคมะเร็งปากมดลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดต่างๆ ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ปัญหาเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพวัยรุ่น และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนประเทศชาติโดยรวม ดังนั้น การสร้างความรู้ความตระหนักและส่งเสริมให้วัยรุ่นมีส่วนในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่นจึงเป็นเรื่องสำคัญ

พัฒนาการทางสรีระวิทยาและอารมณ์

วัยรุ่น (adolescence) เป็นช่วงต่อระหว่างวัยจากวัยเด็กเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ลักษณะทางเพศ มีลักษณะที่บ่งบอกถึงความเป็นหนุ่มสาวที่เกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมน จะมีผลต่อพฤติกรรมและการพัฒนาการของเด็กมาก ขณะเดียวกันมีการพัฒนาทางด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจเปลี่ยนแปลงไปด้วยแต่ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาจจะทำให้วัยรุ่นเกิดการสับสน ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดประสบการณ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว [1] การพัฒนาการทางด้านร่างกายและอารมณ์ของวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม [2, 3] คือ

1. วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุระหว่าง 10-13 ปี หรือเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น

2. วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อายุระหว่าง 14-17 ปี หรือเด็กมัธยมศึกษาตอนปลาย

3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุระหว่าง 18-21 ปี หรือ 24 ปี หรือเด็กวิทยาลัย/ มหาวิทยาลัย

วัยรุ่นตอนต้น

เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว สูงขึ้น น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไหล่จะกว้าง แขนขายาว มือเท้าใหญ่ อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่สัมพันธ์กัน เด็กวัยนี้จะเก้งก้างไม่ได้สัดส่วน ทำอะไรงุ่มง่าม ตกหล่นหรือสะดุดล้มอยู่บ่อยๆ ต่อมไขมัน ต่อมเหงื่อทำงานมากขึ้น รูขุมขนขยาย ทำให้มีกลิ่นตัว สิว เด็กผู้ชายลูกอัณฑะมีขนาดใหญ่มากขึ้น เด็กผู้หญิงสะโพกขยายออก เริ่มมีหน้าอก โดยเฉพาะเด็กผู้หญิงที่ค่อนข้างสมบูรณ์และอ้วน จะมีประจำเดือนตั้งแต่อายุ 8-9 ปี [1] หลังจากมีประจำเดือนแล้วจะสูงเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 6-12 เซนติเมตร เด็กผู้ชายจะสูงจนกว่าอายุ 25 ปี เพราะมีการเชื่อมปลายกระดูกจึงสูงต่อไปอีกไม่ได้ โดยทั่วไปเด็กผู้หญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กผู้ชายเฉลี่ยประมาณ 2 ปี เด็กเมื่อเข้าวัยรุ่นจะมีความกังวลและสงสัยในบุคลิกภาพของตนเองค่อนข้างมาก

วัยรุ่นตอนต้น มีอารมณ์รุนแรง อ่อนไหวง่าย หงุดหงิด พฤติกรรมแปรปรวน ยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตัวเองได้ เริ่มมีการพัฒนาการที่เป็นค่านิยมของตัวเอง ต้องการความเป็นส่วนตัว เป็นอิสระ คิดว่าตนเองสำคัญ และคนอื่นๆ ให้ความสนใจตนเองในขณะเดียวกันจะมีความรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว

วัยรุ่นจะให้ความสนใจกับกิจกรรมในครอบครัวน้อยลง เริ่มจะไม่ค่อยยอมรับคำแนะนำและคำติชมจากพ่อแม่ เริ่มต่อต้านและฝืนคำสั่ง มีสังคมกว้างมากขึ้น มีเพื่อนและกลุ่มเพื่อนเข้ามามีบทบาทจะช่วยทำให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจลดความวิตกกังวลต่างๆ วัยรุ่นช่วงนี้ให้ความสำคัญและความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนค่อนข้างมาก

วัยรุ่นตอนกลาง

เริ่มมีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เด็กผู้ชายเริ่มมีหนวดที่ริมฝีปากบน เครา ลักษณะของขนจะบางๆ อ่อนนุ่มก่อน ต่อมาจะดกดำและแข็ง มีขนขึ้นตามตัว หน้าอก ที่ลับและรักแร้ เสียงเริ่มแตกห้าว กล้ามเนื้อเป็นมัดๆ นมแตกพาน ลูกอัณฑะจะผลิตตัวอสุจิ ตัวอสุจิจะมีมากและเจริญเติบโตเต็มที่ มีน้ำอสุจิล้นออกมาในเวลากลางคืน ที่เรียกว่า ฝันเปียก แสดงความเป็นหนุ่ม ส่วนเด็กผู้หญิงขนจะไม่ดกเหมือนผู้ชาย เสียงแหลมเล็กขึ้น มีความสมบูรณ์เกือบเท่าผู้ใหญ่ มีความวิตกกังวลในบุคลิกภาพของตัวเอง ตื่นเต้นต่อการเปลี่ยนแปลงลดน้อยลง มีความสนใจในการดูแลตนเอง รูปร่าง หน้าตา ความสวยงามมากขึ้น จะเห็นได้จากการแต่งตัว

วัยรุ่นตอนกลาง เป็นวัยที่มีความรุนแรงด้านอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ ค่อนข้างมาก บทบาทค่านิยมของเพื่อน เป็นสิ่งสำคัญและเพื่อนเข้ามามีบทบาทต่อวัยรุ่นช่วงนี้ ต้องการการยอมรับจากเพื่อน ขณะเดียวกันมีความขัดแย้งกับพ่อแม่ผู้ปกครองมากที่สุด มีความเป็นตัวของตัวเอง กล้าพูด มีทักษะความสามารถคิดสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น ต้องการอิสระ ไม่ชอบให้ใครมาบังคับ เริ่มมีเพื่อนและสนใจเพศตรงข้าม อยากรู้อยากลองในเรื่องต่างๆ รวมทั้งเรื่องเพศด้วย ความรู้สึกอ่อนไหวและโรแมนติกเป็นสิ่งที่พบได้มากในวัยรุ่นตอนกลาง ทำให้วัยรุ่นจะหมกมุ่นและหลงใหลในสิ่งต่างๆ ได้ง่าย

วัยรุ่นตอนปลาย

วัยรุ่นตอนปลายเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงจะโตทันกัน เด็กผู้ชายอาจจะสูงกว่าเด็กผู้หญิงในช่วงนี้ ทั้งนี้ขึ้นกับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม มีโครงสร้างกระดูกอย่างสมบูรณ์ กระบอกเสียงขยายขึ้นอีกเท่าตัว ทำให้เสียงห้าวทุ้มแบบผู้ชาย อวัยวะเพศและต่อมเพศเจริญเติบโตเต็มที่ หน้าอก สะโพกขยายเต็มที่ เอวคอดเล็กได้สัดส่วนกับร่างกาย ขนในที่ลับและรักแร้ เครา มีลักษณะแข็งและหยาบ มดลูกเจริญเติบโตเต็มที่ มีความพร้อมทางด้านการเจริญพันธุ์สมบูรณ์ทั้งเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย มั่นใจและพอใจลักษณะรูปลักษณ์ของตนเอง ความขัดแย้งในวัยรุ่นตอนปลายเปลี่ยนแปลงมาเป็นความเข้าใจถึงความรักและหวังดีของพ่อแม่ ยอมรับความคิดเห็นข้อเสนอแนะต่างๆ จากพ่อแม่ ให้ความสำคัญเห็นคุณค่าของพ่อแม่ที่มีต่อตัววัยรุ่น

วัยรุ่นตอนปลาย จะมีความคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีความอดทนและความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น ไตร่ตรอง มีการประนีประนอม รู้จักขอบเขตและข้อจำกัดของตน ในขณะเดียวกันให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะคำปรึกษาและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพ่อแม่ การมีคู่รัก การมีเพศสัมพันธ์จะมีความรับผิดชอบ เห็นอก เห็นใจ ให้เกียรติกับฝ่ายตรงข้าม ช่วงนี้เป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญที่วัยรุ่นสามารถเข้าใจและปลูกฝังในเรื่องคุณธรรม จริยธรรม ศาสนา ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมเรื่องเพศ

การส่งเสริมพัฒนาการวัยรุ่นทางด้านร่างกาย

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ผู้ใหญ่ควรให้คำแนะนำแก่วัยรุ่น

1. ทำความเข้าใจกับการทำงานตามธรรมชาติของร่างกายที่เกิดขึ้น เตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง เช่น การมีประจำเดือน การฝันเปียก ไม่ควรวิตกกังวลจนเกินเหตุ และควรปรึกษาผู้รู้หรือแพทย์เมื่อคิดว่าผิดปกติ

2. กินอาหารให้ครบทุกหมู่และเพียงพอ เพื่อส่งเสริมร่างกายให้แข็งแรงและชดเชยพลังงานที่ร่างกายใช้ไปในการเจริญเติบโตของร่างกาย

3. แต่งกายให้เหมาะสมกับบุคลิกของตนเอง โดยเลือก แบบ สี ให้เหมาะสม โดยอาจจะต้องพรางสัดส่วนที่เปลี่ยนแปลงและยังไม่คงที่

4. ออกกำลังกายเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อที่กำลังเปลี่ยนแปลง โครงสร้างที่กำลังคงที่และให้มีสัดส่วนสวยงาม นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาความคิด และคุณภาพสมองได้ด้วย เนื่องจากระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายที่เนื้อสมองจะเจริญเติบโตควรจะช่วยพัฒนาให้มีศักยภาพทางสมองให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดและรักษาสุขภาพของร่างกายอย่างถูกต้อง เพราะ มีเหงื่อมาก กลิ่นตัว การมีประจำเดือน เป็นต้น

แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้เรื่องเพศของวัยรุ่น

จากคู่มือการสอนเพศศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 3 ได้เสนอแนวทาง [4]

1. ยอมรับความรู้สึกกังวลเรื่องรูปร่าง หน้าตา ในช่วงที่เป็นวัยรุ่นตอนต้น ไม่บังคับให้เด็กทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ

2. สนับสนุนให้ทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ให้กำลังใจในความสำเร็จเพื่อเพิ่มความมั่นใจตนเอง

3. ใจเย็น อดทนกับอารมณ์และคุยด้วยเหตุผลเมื่ออารมณ์เด็กสงบแล้ว

4. เคารพความเป็นส่วนตัว ไม่จู้จี้ ขี้บ่น เซ้าซี้

5. ยอมรับว่า การคบเพื่อนต่างเพศเป็นพัฒนาการปกติของวัยรุ่น แต่กำหนดขอบเขตที่สังคมยอมรับได้

6. สนับสนุนการทำกิจกรรมต่างๆ ที่วัยรุ่นได้รวมกลุ่มกันทำงาน

7. พูดคุยกับวัยรุ่นเรื่องค่านิยมต่างๆ คุณธรรม จริยธรรมโดยเปิดโอกาสให้วัยรุ่นแสดงความคิดเห็น ผู้ใหญ่ไม่ควรใช้วิธีสั่งให้เชื่อ

8. ในกรณีที่วัยรุ่นมีการเบี่ยงเบนทางเพศ กลัวว่าลูกจะเป็น เกย์ กระเทย ทอม ดี้ ซึ่งเป็นทางเลือกของรสนิยมทางเพศที่แตกต่างกันไปของแต่ละคน แต่ลูกก็ยังเป็นลูกที่ดีของพ่อแม่และทำประโยชน์ให้แก่สังคมต่อไป [5]

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ

ความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างเพศ คือ การที่ชายหญิงมีปฏิกิริยาต่อกันหรือมาร่วมกันแสดงกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่าง เพื่อแสดงออกถึงการชดเชยกันหรือช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเพศ

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศไม่จำเป็นจะต้องมีเป้าหมาย เพื่อให้ได้มาซึ่งการร่วมเพศเสมอไป นั้นคือการปฏิบัติตนหรือการคบค้าสมาคมระหว่างเพื่อนต่างเพศ ไม่จำเป็นต้องทำการเพื่อการ “จีบมาเป็นแฟน” เสมอไป แต่เป็นมารยาททางสังคม ที่มนุษย์ต่างเพศจะปฏิบัติด้วยดีต่อกัน ความจริงแล้วความสัมพันธ์ไม่ได้จำกัดไว้เฉพาะระหว่างเพศเท่านั้น แม้แต่ในเพศเดียวกันก็มีความจำเป็นเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศนั้น หน้าที่ที่ทั้งสองฝ่ายจะได้เรียนรู้และเข้าใจเพศตรงข้ามในเรื่องต่อไปนี้

1. ความแตกต่างระหว่างเพศ เพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันหลายด้าน ดังนี้

ตารางที่ 3-1 ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง

ชาย	หญิง
1.1 ความรู้สึกนึกคิด	
- ส่วนมากเห็นแก่ตัว - ชอบคุยเรื่องความสำเร็จของตน - ไม่ชอบคุยเรื่องบุคคลแต่ชอบพูดถึงสิ่งของการกระทำ - เรื่องความรู้สึก ความรัก ผู้ชายจะแสดงออกตรงๆ กับบุคคลนั้น - ชอบการแข่งขัน ชอบล้ำหน้า ชอบความเสี่ยง	- ชอบซุบซิบนินทา - ชอบคุยเรื่องบุคคลและเรื่องส่วนตัว - ชอบวางตนสนิทสนมกับผู้อื่น ผูกมิตรกับผู้อื่น - เรื่องความรู้สึก ความรัก ผู้หญิงไม่ได้บอกตรงๆ กับบุคคลนั้น แต่จะบอกเล่าให้ผู้อื่นฟัง - ชอบเปรียบเทียบกับเพื่อนๆ วัยรุ่นด้วยกัน
1.2 ทางร่างกาย	
- อวัยวะเพศมีความซับซ้อนน้อยกว่าผู้หญิง - ขนาดร่างกายและกล้ามเนื้อโตกว่าผู้หญิง - ผิวหนังกระด้างและไวต่อการสัมผัสน้อยกว่าผู้หญิง - มีความอดทนน้อยกว่าผู้หญิงและทนความเหน็ดเหนื่อยได้น้อยกว่าผู้หญิง	- อวัยวะเพศ มีความซับซ้อนกว่าผู้ชาย - ขนาดร่างกายและกล้ามเนื้อเล็กกว่าผู้ชาย - ผิวหนังอ่อนนุ่มและไวต่อการสัมผัสกว่าผู้ชาย - มีความอดทนสูงกว่าผู้ชายและทนความเหน็ดเหนื่อยได้มากกว่าผู้ชาย
1.3 ทางอารมณ์	
- มีความแกร่งต่อชีวิตมากกว่าผู้หญิง - อยู่ในโลกแห่งความจริง มีความทะเยอทะยาน - เป็นคนก้าวร้าว ชอบต่อสู้ - เป็นคนมีความอดกลั้น - ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ - ภูมิใจในสิ่งที่ตนกระทำ - มีการแสดงออกด้วยการแสดงความรู้สึก - มีความมั่นคงทางอารมณ์น้อยกว่าผู้หญิงเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรง	- มีความละเอียดอ่อนต่อชีวิต - อยู่ในโลกแห่งความคิดฝัน - เป็นคนเจ้าอารมณ์ - เป็นคนมีความอดทน - ใช้สัญชาตญาณในการตัดสินใจ - มีความเพ้อฝัน - ภูมิใจในสิ่งที่ตนเป็น - มีการแสดงออกด้วยการร้องไห้

ตารางที่ 3-1 (ต่อ)

ชาย	หญิง
1.3 ทางอารมณ์ (ต่อ)	
- มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์น้อยกว่าผู้หญิง - มีการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงในกรณีที่ชีวิตผิดหวัง - รักษาให้หายจากโรคประสาทได้ยากกว่าผู้หญิง	- มีความมั่นคงทางอารมณ์สูงกว่าผู้ชายเมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรง - มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในระหว่างมีประจำเดือน ตั้งครรภ์และระยะหมดประจำเดือน - มีการฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ชายในกรณีที่ชีวิตผิดหวัง - รักษาให้หายจากโรคประสาทได้ง่ายกว่าผู้ชาย
1.4 ทางสังคม	
มีผู้กำหนดบทบาทของผู้หญิงกับผู้ชายให้ต่างกันตั้งแต่เล็ก โดยขนบธรรมเนียมประเพณีแต่โบราณจนกระทั่งปัจจุบัน โดยให้ผู้ชายเป็นผู้นำและให้ผู้หญิงเป็นผู้ตาม แม้ลักษณะสังคมในปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงต้องออกทำงานนอกบ้าน เข้าไปมีส่วนมีตำแหน่งในหน้าที่การงานที่ผู้ชายเคยทำมาก่อน บทบาทของผู้หญิงและผู้ชายในสังคมเมืองใหญ่มีลักษณะโน้มเอียงใกล้เคียงกันมากขึ้น	

2. การแตกต่างระหว่างคนต่างเพศ

การที่บทบาทของผู้หญิงกับผู้ชายมีลักษณะใกล้เคียงกันยิ่งก่อให้เกิดผลต่อความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่าย ในชีวิตรัก ชีวิตสมรสไม่ต้องการการแข่งขันเพื่อเอาชนะกัน แต่ต้องการมีส่วนร่วมกัน มีความเข้าใจการให้อภัยและเมตตาปราณีซึ่งกันและกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศตรงข้าม

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงกับผู้ชายแบ่งได้เป็น 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 มิตรภาพ

ขั้นที่ 2 ความรัก

ขั้นที่ 3 ความสัมพันธ์ทางเพศ

ขั้นที่ 1 มิตรภาพ มิตรภาพจะดำรงอยู่ได้ด้วยมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี และหลักธรรมที่สำคัญ คือ สังคหะวัตถุ 4 ได้แก่ ทาน ปิยวาจา อัตถจริยา สมานัตตา และพรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา นอกจากนั้นยังมี ข้อที่ควรปฏิบัติ คือ

- ทำตนเสมอต้นเสมอปลาย เมื่อมีฐานะดีขึ้นก็ไม่ควรดูหมิ่นเหยียดหยามเพื่อนเคยช่วยเหลือกัน อย่างไร ก็ควรทำเหมือนเดิม
- ไม่ละทิ้งยามวิบัติ เมื่อตกทุกข์ได้ยากก็เจือจุนตามกำลัง
- ซื่อสัตย์ต่อมิตรสหาย ไม่เป็นคนสรรเสริญต่อหน้า นินทาลับหลัง
- นับถือวงศาคณาญาติของมิตร ทำให้ผู้ใหญ่เกิดความเอ็นดูและรักใคร่สนิทสนมกันยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 2 ความรัก ความรักเป็นอารมณ์ชนิดหนึ่ง ซึ่งมนุษย์ได้แสดงความรู้สึกในความสัมพันธ์ต่อทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น บุคคล วัตถุ สิ่งของ ลัทธิ ปรัชญา ความรักจึงนับว่าเป็นความผูกพันทางใจที่อาจแบ่งออกได้หลายอย่าง เช่น รักตนเอง รักเพื่อน รักเพศตรงข้าม เป็นต้น ทุกประเภทของความรักจัดเป็นสิ่งมีค่าที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ และความรู้สึกรักนั้นย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามระดับอายุของคนเราด้วย

ขั้นที่ 3 ความสัมพันธ์ทางเพศ ผู้ชายมีข้อแตกต่างกับผู้หญิงในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ คือ ผู้ชายอาจข้ามขั้นที่ 2 ความรักไปได้ แต่ส่วนผู้หญิงนั้นจะเป็นไปตามลำดับขั้น ในเรื่องนี้ ผู้ชายและผู้หญิงเข้าใจต่างกัน เช่น ผู้หญิงคิดว่าผู้ชายจูบตนเพราะความรัก แต่แท้จริงผู้ชายอาจจะทำไปเพื่อความต้องการทางเพศ ความพอใจถูกใจเท่านั้นไม่ได้มีความรัก หรือยกย่องให้เกียรติแต่ประการใด ผู้หญิงควรจะได้ระวังความรู้สึกแตกต่างกันในประการนี้ให้มาก เพื่อป้องกันความผิดพลาดผิดหวังในชีวิตของตน ฉะนั้นจำเป็นอย่างยิ่งว่าถ้าจะคบกับใครหรือมีความสัมพันธ์กับใครจำเป็นจะต้องศึกษาให้ถ่องแท้เสียก่อน

ลักษณะของเพื่อนที่ดี

การจะมีความสัมพันธ์กับใครเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาให้รอบคอบ ดังสุภาษิตที่ว่า “คบเพื่อนดีเป็นศรีแก่ตัว” จึงควรพิจารณาดังนี้

- มีความประพฤติดี
- ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ เช่น ไม่สูบกัญชา เฮโรอีน หรือดื่มสุรา ฯลฯ
- ไม่เล่นการพนันทุกชนิด
- ไม่เป็นคนพาลและไม่เป็นภัยแก่ตนเองและสังคม

เพื่อนต่างเพศที่ควรคบจะต้องมีลักษณะนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว คือ มีภูมิหลังครอบครัวและการศึกษาใกล้เคียงกัน

ทักษะการตัดสินใจหรือการต่อรองเมื่อจำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์

ทักษะชีวิต [6] (life skills) หมายถึง ความสามารถของบุคคลทั้ง ความรู้ เจตคติ และทักษะที่จะปรับตัวและเผชิญต่อสิ่งเร้าต่างๆ ในชีวิตอย่างสร้างสรรค์ มีประสิทธิภาพรวมทั้งสอดคล้องกับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม/สังคม ผู้มีทักษะชีวิตที่ดี จะมีปฏิสัมพันธ์และมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี มีความบากบั่นรู้จักแก้ไขปัญหาได้ดี ปรับตัวได้ดี พึ่งตนเองได้ และป้องกันตนเองในภาวะคับขันได้

องค์การอนามัยโลก กำหนดองค์ประกอบของทักษะชีวิต ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการดำรงชีวิต มี 10 องค์ประกอบ หรือตามพฤติกรรมเรียนรู้ 3 ด้าน ด้านความรู้ 2 องค์ประกอบ ด้านเจตคติ 2 องค์ประกอบ และด้านทักษะ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

ด้านความรู้ (พุทธพิสัย)

1. ความคิดสร้างสรรค์ (creative thinking) ความสามารถในการคิดออกไปอย่างกว้างขวางโดยไม่ยึดติดอยู่ในกรอบ หรือคิดแยกส่วนที่จะเป็นส่วนช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา โดยการคิดสร้างสรรค์ เพื่อค้นหาทางเลือกต่างๆ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก และสามารถนำประสบการณ์มาปรับใช้ในชีวิตจริงได้อย่างเหมาะสม

2. การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ (critical thinking) เป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลต่างๆ และประเมินปัญหา หรือสถานการณ์ที่อยู่รอบตัวที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

ด้านเจตคติ (จิตพิสัย)

3. การตระหนักรู้ในตน (self awareness) เป็นความสามารถในการค้นหาและเข้าใจข้อดีข้อเสียของตนเอง และความแตกต่างจากคนอื่น นอกจากนี้ รู้ความต้องการ และสิ่งที่ไม่ต้องการของตนเอง ทักษะนี้ยังเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทักษะอื่นๆ เช่น การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

4. การเห็นใจผู้อื่น (empathy) เป็นความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจบุคคลที่แตกต่างจากเรา

ด้านทักษะ (ทักษะพิสัย)

5. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) เป็นความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันและกัน และสามารถรักษาสัมพันธภาพไว้ได้ยืนยาว

6. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (effective communication) เป็นความสามารถในการใช้คำพูด ภาษาและท่าทางเพื่อสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองและรับรู้ความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่ายได้อย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรม และสถานการณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความคิดเห็น การแสดงความต้องการ การแสดงความชื่นชม การขอร้อง การเจรจาต่อรอง การตักเตือน การช่วยเหลือ การปฏิเสธ ฯลฯ

ทักษะการปฏิเสธ [3]

การปฏิเสธเป็นสิทธิส่วนตัวของทุกคนที่ควรได้รับการเคารพและยอมรับ ผู้ที่ปฏิเสธจึงไม่ควรมีความรู้สึกผิดที่ปฏิเสธในสิ่งที่ตนเองไม่ต้องการกระทำ ควรปฏิเสธให้ได้ผลในสถานการณ์ที่ถูกชวนไปทำในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์หรือเกิดผลร้ายตามมา การปฏิเสธที่ดีจะต้องปฏิเสธอย่างจริงจัง ทั้งท่าทาง คำพูดและน้ำเสียง เพื่อแสดงความตั้งใจอย่างชัดเจนที่จะขอปฏิเสธ

ขั้นตอนการปฏิเสธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การใช้ความรู้สึกเป็นข้ออ้างประกอบเหตุผล เป็นการใช้คำพูดที่อ่อนโยนกว่าการใช้คำพูดที่ให้เหตุผลเพียงอย่างเดียว ซึ่งมักจะถูกโต้แย้งด้วยเหตุผลอื่นๆ ได้อีก แต่ถ้าอ้างความรู้สึกจะเป็นเรื่องส่วนตัวที่หาข้อโต้แย้งได้ยาก
2. การขอปฏิเสธ เป็นการใช้คำพูดที่อ่อนโยนกว่า และชัดเจน
3. การขอความเห็นชอบเพื่อรักษาน้ำใจผู้ชวน โดยการกล่าวขอบคุณ เพื่อเป็นการแสดงความผูกพัน ไม่ให้เสียมิตรภาพ

ตารางที่ 3-2 ตัวอย่างการปฏิเสธ

ขั้นตอน	ตัวอย่างประโยค	
	ชวนไปค้างที่บ้าน	**ขอมีเพศสัมพันธ์**
การปฏิเสธ 1. บอกความรู้สึก (ประกอบเหตุผล)	“ฉันไม่สบายใจเลย เพราะอาจทำให้คนเข้าใจผิดได้” “ฉันไม่สบายใจเลย เกรงจะทำให้เกิดเรื่องเสียหาย”	“ฉันไม่สบายใจเลย รู้สึกว่าเรากำลังทำสิ่งที่ไม่ควรนะ” “ฉันไม่สบายใจเลย เรื่องแบบนี้ผู้หญิงเป็นฝ่ายเสียหายนะ”
2. การขอปฏิเสธ	“ฉันไม่ไปด้วย” “ฉันขอไม่ไป”	“ฉันคิดว่าจะหยุดเพียงแค่นี้เพื่ออนาคตของเราทั้งสองคน” “ฉันคิดว่าเราควรหยุดเพียงแค่นี้ไม่อยากให้เกิดเรื่องเสียหายนะ”
3. การถามความเห็น	“คุณคงไม่ว่า (นะคะ)” “คุณคงเข้าใจ (นะครับ)”	“คุณคงไม่โกรธนะคะ” “ คุณคงเข้าใจนะครับ”

ที่มา: ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ [6]

การหาทางออกเมื่อถูกรบเร้า หรือสบประมาท

บางครั้งผู้ชวนมักไม่ลดละที่จะชวนโดยใช้การรบเร้า การเย้าแหย่ให้เสียหน้า เพื่อชวนให้สำเร็จ ผู้ถูกชวนไม่ควรหวั่นไหวไปกับคำพูดเพราะจะทำให้ขาดสมาธิในการหาทางออก ควรยืนยันการปฏิเสธด้วยท่าทีที่มั่นคงและต้องหาทางออกโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ การปฏิเสธ การต่อรอง และการผัดผ่อน ดังตารางที่ 3-3

ตารางที่ 3-3 การหาทางออกเมื่อถูกรบเร้า

ขั้นตอน	ตัวอย่างประโยค	
	ชวนไปค้างที่บ้าน	**ขอมีเพศสัมพันธ์**
1. ปฏิเสธซ้ำแล้วบอกลา	“ไม่ไปดีกว่า ขอตัวนะคะ” “อย่าดีกว่า ผมกลับละนะ”	“ฉันจะไม่ทำสิ่งที่ไม่เหมาะสมแบบนี้อีก ขอไปก่อนนะ”
2. ต่อรองชวนทำกิจกรรมอื่น	“เรากลับบ้านกันดีกว่า” “เราแยกย้ายกันกลับดีกว่า”	“ฉันคิดว่าเราไปดูหนังสือกับเพื่อนๆ ในกลุ่มดีกว่าการอยู่ด้วยกันสองคนอย่างนี้”
3. ผัดผ่อน (เพื่อยืดเวลา)	“เอาไว้วันหลังแล้วกัน” “โอกาสหน้าก็แล้วกันนะครับ”	“ฉันคิดว่าเรากลับกันดีกว่า “ฉันคิดว่าเราควรจะรอจนกว่าเราทั้งสองคนมีความพร้อมสามารถรับผิดชอบเองได้ขอตัวก่อนนะ”

ที่มา: ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ [6]

7. การตัดสินใจ (decision making) เป็นความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุหาทางเลือก วิเคราะห์ ข้อดี ข้อเสียของทางเลือก ประเมินทางเลือก ตัดสินใจ เกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีระบบ

การตัดสินใจเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดๆ ทุกคนต้องผ่านการตัดสินใจอยู่ตลอดเวลา จึงควรฝึกไว้อย่างสม่ำเสมอ ทักษะการตัดสินใจมีหลักการ 4 ขั้นตอน [3] ดังนี้

1. กำหนดทางเลือกเพื่อตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำ ไปหรือไม่ไป
2. วิเคราะห์ผลดีผลเสียของทางเลือก ถ้าเลือกทำหรือไม่ทำในเรื่องนั้นจะมีผลดี ผลเสียอย่างไร

3. ตัดสินใจเลือก 1 ทางเลือกที่มีผลเสียน้อยที่สุด

4. เตรียมคิดหาทางแก้ไขข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจกระทำไว้ก่อนถ้ากระทำหรือไม่กระทำจะต้องมีผลต่อเนื่องตามมาเสมอ

ตารางที่ 3-4 ตัวอย่างการตัดสินใจ

ขั้นตอน	ตัวอย่างประโยค	
	ชวนไปค้างที่บ้าน	**ขอมีเพศสัมพันธ์**
1. กำหนดทางเลือก	“ไป หรือ ไม่ไปที่บ้าน”	“มี หรือ ไม่มีเพศสัมพันธ์”
2. วิเคราะห์ผลดี ผลเสียของทางเลือก	**ผลดี** ถ้าไป - แฟนพึงพอใจ ถ้าไม่ไป - ไม่มีเพศสัมพันธ์	**ผลดี** ถ้ามี - มีความสุข ถ้าไม่มี - ไม่ตั้งครรภ์
	ผลเสีย ถ้าไป - โอกาสมีเพศสัมพันธ์ - อาจจะตั้งครรภ์ - เสี่ยงต่อการติดโรคได้ ถ้าไม่ไป - แฟนโกรธ อาจจะเลิกคบ	**ผลเสีย** ถ้ามี - มีโอกาสตั้งครรภ์ - เสี่ยงต่อการติดโรคได้ ถ้าไม่มี - แฟนโกรธ อาจจะเลิกคบ
3. ตัดสินใจเลือกที่มีผลเสียน้อยที่สุด	“ ขอไปวันหลัง ”	“รอก่อนนะไว้ถึงเวลาค่อยมีความสุขกัน”
4. เตรียมคิดหาทางแก้ไขข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้น	“ไม่ไปที่บ้าน”	“ไม่มีเพศสัมพันธ์ ”

ที่มา: ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ [6]

การตัดสินใจต้องผ่านกระบวนการคิดเช่นนี้ทุกเรื่อง ดังนั้นควรจะฝึกการตัดสินใจด้วยกระบวนการเช่นนี้บ่อยๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสในการตัดสินใจ จะทำให้การตัดสินใจจะรวดเร็วยิ่งขึ้นจนสามารถตัดสินใจได้ทันทีทุกสถานการณ์

8. การแก้ปัญหา (problem solving) เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีระบบไม่เกิดความเครียดทางกายและจิตใจ

9. การจัดการกับอารมณ์ (coping with emotion) เป็นความสามารถในการรับรู้อารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รู้ว่าอารมณ์มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของคน รู้วิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธ และความเศร้าโศก ที่ส่งผลทางลบต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

10. การจัดการกับความเครียด (coping with stress) เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงสาเหตุของความเครียด รู้วิธีผ่อนคลายความเครียด และแนวทางในการควบคุมระดับความเครียด เพื่อให้เกิดการเบี่ยงเบนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถจัดทักษะชีวิตตามปฏิกิริยาสัมพันธ์ได้ 5 คู่

1. ความคิดสร้างสรรค์ การคิดวิเคราะห์วิจารณ์
2. การคิดวิเคราะห์วิจารณ์ การเห็นใจผู้อื่น
3. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การตัดสินใจ การแก้ปัญหา
5. การจัดการกับอารมณ์ การจัดการกับความเครียด

สำหรับทักษะชีวิตที่ใช้กับวัยรุ่นใช้ได้ทุกทักษะแต่ต้องเลือกเวลาใช้ให้เหมาะสม เช่น การสื่อสาร การปฏิเสธ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา

เทคนิคการสื่อสารและต่อรองของวัยรุ่น

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น อาจมีเหตุการณ์หลายอย่างเกิดขึ้นในชีวิตที่ทำให้ต้องตัดสินใจในการเลือกที่จะทำตามความต้องการของตนเอง โดยที่อาจเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นเพื่อนหรือแฟนได้ ซึ่งเป็นบุคคลที่รู้สึกรักและสนิทสนม เพราะแต่ละคนก็อาจจะคิดไม่เหมือนก็ได้ในเรื่อง ความสัมพันธ์ การแสดงออก ฯลฯ

สิ่งสำคัญในชีวิตก็คือ แต่ละคนควรรู้ว่าตัวเองคิดอย่างไร ต้องการอะไร ชอบหรือไม่ชอบทำอะไร และพยายามสื่อสารบอกกล่าวกับคนใกล้ชิดถึงความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งหากเป็นความคิดที่ไม่ตรงกัน ก็อาจทำให้เกิดความขัดแย้งกับคนใกล้ชิดเหล่านี้ได้

การกล้าที่จะเผชิญความขัดแย้งต่อความต้องการของผู้อื่นที่อาจทำให้ชีวิตของเราไม่ปลอดภัย หรือเกิดผลกระทบที่ตามมา โดยเฉพาะจากการมีเพศสัมพันธ์นั้นเป็นเรื่องจำเป็นที่แต่ละคนควรมีการคุยกันว่าเราต่างมีความเห็น และความรู้สึกอย่างไร และจะช่วยจัดการเรื่องราวทั้งหลายอย่างเข้าใจกันอย่างไร

ดังนั้นการเรียนรู้และฝึกฝนในการสื่อสาร และการต่อรองเพื่อให้เกิดการบรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการโดยที่ไม่ต้องเผชิญกับความรู้สึกผิด อารมณ์โกรธ หวั่นเกรงกับความรู้สึกของผู้อื่นที่มีตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า จึงเป็นเรื่องจำเป็น เพราะหากการต่อรองทำได้ดีจะช่วยในการพัฒนาความสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น

ความกล้าที่จะเผชิญกับความขัดแย้ง หรือปัญหา และสามารถหาทางออก โดยการต่อรองเป็นทักษะสำคัญในชีวิตที่บุคคลควรจะเรียนรู้ ฝึกฝน เพราะจะทำให้สามารถจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตและกล้าเผชิญปัญหาอย่างเชื่อมั่น

ส่วนการต่อรองได้ดีเพียงใดนั้น บุคคลจะต้องเรียนรู้ถึงความเข้าใจและซื่อสัตย์ต่อความรู้สึกของตนเอง เช่น รู้ว่าเรากำลังรู้สึกอย่างไร พอใจหรือไม่พอใจ อยากได้หรือไม่อยากได้ และต้องสามารถบอกได้ แสดงออกได้ว่ากำลังรู้สึกอย่างไรหรือต้องการอย่างไร ที่สำคัญคือต้องรู้ว่าตนเองนั้นคือ ผู้ที่ต้องรับผิดชอบกับความรู้สึก ความต้องการของตนเอง แต่ความโกรธ ความไม่พอใจความทุกข์ ความไม่สบายใจนั้นเป็นสิ่งที่เราเองสร้าง เมื่อคิดได้เช่นนี้ก็จะรู้สึกว่าคนที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกของเราได้ก็คือตัวเราเอง

เมื่อสามารถเผชิญกับความรู้สึกของตนและเข้าใจความรู้สึกของตนเองแล้ว การเรียนรู้ที่จะแสดงออกและบอกผู้อื่นนั้นก็เป็นเรื่องสำคัญและต้องฝึกฝน ในวัฒนธรรมของไทยเรามักจะถูกเลี้ยงดูให้เก็บความรู้สึกและไม่แสดงออกและบอกว่าสิ่งเหล่านี้ไม่เหมาะสมที่จะบอกผู้อื่น โกรธก็เก็บไว้ในใจ รักก็ไม่ควรบอก เราจึงสับสนและลำบากใจเสมอเมื่อต้องบอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญความขัดแย้งทางความรู้สึก อารมณ์กับคนอื่น

สถานการณ์สำคัญที่สุดที่วัยรุ่นอาจต้องเผชิญ คือ เรื่องการมีคนรักและเมื่อต้องตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ อารมณ์ปรารถนาทางกายนั้นยากจะควบคุมอยู่แล้ว วัยรุ่นหลายคนรู้สึกถึงความต้องการทางกายของตนขณะเดียวกันก็รู้ว่าจะมีผลตามมามากมายหากทำตามใจปรารถนา แต่การต่อรอง ปฏิเสธ ผัดผ่อน เป็นเรื่องต้องฝึกฝน เพราะหลายครั้งขาดวิธีการที่สำคัญ คือ กลัวคนรักเสียน้ำใจและในหลายกรณีเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการของทั้งสองฝ่ายแม้จะใคร่ครวญผลที่จะตามมาแล้ว เรื่องสำคัญก็คือ ต้องมีการจัดการที่จะทำให้ปลอดภัยและมีผลกระทบต่อชีวิตน้อยที่สุด เช่น ไม่ตั้งครรภ์ ไม่ติดโรค ไม่ติดเซ็กส์หมกมุ่นจนเสียเวลาเรียน

การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

สถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นได้กับวัยรุ่นชายหญิงทุกคน โดยเฉพาะที่มีเพื่อนต่างสถาบันการศึกษารู้จักกันโดยการทำกิจกรรมร่วมกัน รู้จักกันผ่านทางอินเตอร์เน็ตหรือจากการแนะนำของเพื่อนอีกต่อหนึ่ง เมื่อมีการพบปะสังสรรค์กันย่อมจะเกิดความอยากรู้ อยากลอง อยากเลียนแบบพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเที่ยวกลางคืน การดูสื่อยั่วยุทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม นอกจากนี้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะนำพาไปสู่การเสี่ยงต่ออันตรายและการกระทำผิดในรูปแบบต่างๆ ดังนั้นวัยรุ่นควรประเมินสถานการณ์เสี่ยงต่างๆ ก่อนตัดสินใจที่จะกระทำในเรื่องนั้นๆ ว่ามีผลดี ผลเสียอย่างไรคุ้มค่าหรือไม่

วัยรุ่นส่วนมากไม่ค่อยตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเอง การขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ ขาดการวิเคราะห์ใคร่ครวญอย่างรอบด้านและการมองโลกในแง่ดี ทำให้วัยรุ่นเข้าไปในสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้พัฒนาการทางความคิดในวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางรูปแบบความคิดจะเริ่มเปลี่ยนจาก คือคิดเป็นรูปธรรม คิดถึงเพียงปัจจุบัน ยังไม่คิดถึงผลระยะยาว

ไปเป็นการคิดเป็นเหตุเป็นผลมีมากขึ้น รู้จักตั้งสมมุติฐาน คิดเป็นนามธรรม รู้จักคิดถึงอนาคตหรือผลที่จะตามมาในระยะยาว แต่เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นยังขาดประสบการณ์ ความคิดยังไม่พัฒนาถึงวุฒิภาวะ มองไม่ไกลถึงผลเสียที่จะตามมา คิดเข้าข้างตนเองมากเกินไป คิดว่าตนเองพิเศษ คิดว่าสิ่งเลวร้ายคงไม่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงลองกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

นอกจากนี้ วัยรุ่นยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องอารมณ์เพศ ความรัก ความชอบ ความใคร่ จึงมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เกิดความเสียหายต่ออนาคต

การป้องกันในสภาวะเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ [3]

1. หลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกันตามลำพังสองต่อสอง เช่น ทำการบ้าน ติวหนังสือด้วยกัน ไปเที่ยวด้วยกัน ดูวีดิโอด้วยกันในบ้าน ห้องเรียน บ้านเพื่อน ในที่ๆ ลับหู ลับตาคน
2. ไม่ควรไปในสถานที่ที่เปลี่ยว ที่ห่างไกลผู้คน
3. หลีกเลี่ยงการดูสื่อยั่วยุทางเพศ เช่น วีดีโอโป๊ เว็บโป๊ อาจจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์แบบหมู่และท่าแปลกๆ ไม่ควรเลียนแบบภาพยนตร์รักโรแมนติก หนังสือโป๊ การ์ตูนลามก อ่านนวนิยายรัก
4. ไม่เที่ยวกลางคืน/ สถานบันเทิง
5. ไม่เสพสิ่งเสพติดและของมึนเมา อาจทำให้ขาดสติได้
6. ไม่ควรแต่งกายที่ทำให้อีกฝ่ายเกิดอารมณ์ทางเพศ เช่น ใส่เสื้อรัดรูป เสื้อสายเดี่ยว ใส่เสื้อโชว์หน้าอก โป๊ นุ่งสั้นเกินไป เป็นต้น
7. หลีกเลี่ยงการสัมผัสเนื้อตัว หรือนั่งใกล้กับเพศตรงข้าม เช่น การจับมือถือแขน การกอดจูบ เป็นต้น

โอกาสเสี่ยงของชายหญิงในการมีเพศสัมพันธ์ [3] มีดังนี้

การจับมือถือแขน	มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์	ร้อยละ 10
การกอดจูบ	มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์	ร้อยละ 60
การลูบคลำ	มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์	ร้อยละ 80
การเล้าโลม	มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์	ร้อยละ 100
การอยู่กันสองต่อสอง	มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์	ร้อยละ 100

เทคนิคปฏิเสธสำหรับวัยรุ่นที่ควรนำไปใช้กับชีวิตประจำวัน [6]

สำหรับวัยรุ่นหญิงควรนำเทคนิคการปฏิเสธ ไปใช้กับชีวิตประจำวัน

1. อย่าเปิดโอกาสอยู่สองต่อสองในบรรยากาศที่เป็นใจ ถ้าไม่มีบรรยากาศเป็นใจทุกอย่างก็จะยังไม่เกิดขึ้น
2. ปลุกจิตสำนึกความเป็นสุภาพบุรุษของวัยรุ่นผู้ชาย เช่น “เธอคงไม่ภูมิใจใช่ไหม ถ้าฉันยอมเป็นของเธอก่อนแต่งงาน ยังไงฉันก็พร้อมจะเป็นของเธออยู่แล้ว ฉันมีเพียงเธอคนเดียวในใจ รอก่อนนะจ๊ะไว้ถึงเวลาค่อยมีความสุขด้วยกัน” เป็นการให้ความหวังและยกย่องเขาไปในตัว

3. ใช้ข้ออ้างที่ปฏิเสธได้ยาก เช่น “ถ้าเป็นของกันและกันตอนนี้ถ้าพ่อแม่ฉันรู้เข้าท่านคงจะเสียใจนะเป็นลูกสาวที่ไม่รู้จักกตัญญูกตเวที ทำให้พ่อแม่เสียใจ คงเป็นบาปติดตัวฉันไปตลอดชีวิต เธอไม่กลัวหรือ หากวันข้างหน้าลูกสาวของเราจะเป็นของใครง่ายๆ แบบนี้” หรือ “ฉันคงรู้สึกหมดค่า ถ้าเรามีอะไรกันตอนนี้ เธอคงไม่ว่าอะไรใช่ไหม ถ้าจะรอไปก่อนจนกว่าเราจะเป็นผู้ใหญ่พร้อมรับผิดชอบกันและกันกว่านี้”

ฉะนั้น เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ยังไม่พร้อม จงจำไว้ว่า ต้องปฏิเสธให้เป็น เพราะนั่นคือชีวิตและอนาคตของตน การที่สอนเทคนิคการปฏิเสธให้กับวัยรุ่น ต้องรับรู้ธรรมชาติของวัยรุ่น เช่น ยอมรับว่าการมีแฟนหรือการคบเพื่อนต่างเพศนั้นเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน จึงไม่ควรแสดงปฏิกิริยาเชิงปฏิเสธวัยรุ่นว่าเป็นเรื่องต้องห้าม มิเช่นนั้นสิ่งที่ตามมาก็คือ การโกหก ปิดบัง บ่ายเบี่ยง หรือซ่อนเร้น ผู้ใหญ่ควรเปิดใจกว้างยอมรับจะทำให้วัยรุ่นกล้าเข้ามาพูดและเปิดเผยความจริงได้ ซึ่งจะสามารถสอดแทรกค่านิยมและประสบการณ์ต่างๆ ที่วัยรุ่นควรรู้ พร้อมๆ ไปกับการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศของวัยรุ่นเสมอๆ หากทำได้เช่นนี้วัยรุ่นจะรู้สึกว่าผู้ใหญ่พร้อมที่จะเป็นที่ปรึกษาให้เขาได้ตลอดเวลา

อารมณ์เพศกับวัยรุ่น

อารมณ์เพศเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดในมนุษย์ทุกคนและจะอยู่คู่กับมนุษย์ตลอดไป เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นร่างกายก็จะสร้างฮอร์โมนเพศในวัยรุ่นสูงกว่าวัยเด็กร่วมกับการกระตุ้นภายนอก เช่น ได้เห็นรูปวาบหวาม ได้ยินเสียงไพเราะเสนาะหู ได้รับกลิ่นรัญจวนใจ การสัมผัสส่วนต่างๆ ของร่างกาย ตลอดจนความนึกคิดจินตนาการต่างๆ เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เราเกิดความรู้สึกทางเพศได้ ซึ่งจะเป็นเช่นนี้ทุกคน เพียงแต่อาจมีความแตกต่างในเรื่องรายละเอียด เช่น บางคนเห็นขาของหญิงก็จะเกิดอารมณ์เพศ ในขณะที่อีกคนมีอารมณ์เมื่อเห็นเนินอก เห็นผมยาวๆ หรือบางคนได้กลิ่นนี้แล้วจะเกิดความซู่ซ่า ฯลฯ ความแตกต่างนี้ไม่มีหลักเกณฑ์หรือมาตรฐานใดๆ เป็นไปโดยรสนิยมของแต่ละบุคคล

ทางออกทางเพศสำหรับวัยรุ่น [3, 7] มีดังนี้

1. ระงับอารมณ์ โดยการออกกำลังกาย หรือหากิจกรรมทำหรือกิจกรรมที่ชอบ เช่น เล่นกีฬา ทำงานศิลปะ เล่นดนตรี

2. สำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง รวมถึงการสำเร็จความใคร่ให้แก่กัน หรือเรียกสั้นๆ ว่า “small sex” หรือ mutual masturbation ถือว่าเป็นเรื่องปกติที่สามารถปฏิบัติได้ จะทำมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความต้องการทางเพศในแต่ละคนซึ่งไม่เท่ากัน

3. การมีเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์จึงควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพื่อป้องกันโรคและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เพราะฉะนั้นจึงควรศึกษาวิธีการเลือกซื้อ การเก็บรักษาและการใช้อย่างถูกวิธี

การดูแลสุขอนามัยทางเพศ [8]

สุขปฏิบัติเกี่ยวกับอวัยวะเพศชาย

1. ควรอาบน้ำชำระล้างอวัยวะเพศให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ทุกวันอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง โดยรูดหนังหุ้มปลายองคชาติขึ้นมาให้หัวอวัยวะเพศโผล่เพื่อล้างขี้เปียกที่ติดอยู่ออกให้สะอาดด้วยสบู่และล้างฟองสบู่ออกให้หมด เช็ดให้แห้ง

2. ไม่ควรสวมกางเกงหรือกางเกงในที่รัดแน่นจนเกินไป ควรเป็นผ้าเบาบางและระบายอากาศได้ดี ควรเปลี่ยนกางเกงในทุกวัน และพยายามไม่ใช้กางเกงในที่เปียกน้ำ

3. ต้องไม่ใช้เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มปะปนกับคนอื่น เพราะอาจก่อให้เกิดการติดต่อของโรคได้ โดยเฉพาะกามโรคบางชนิด โรคผิวหนัง เช่น กลาก เกลื้อน เป็นต้น

4. ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยหรือสงสัยว่าป่วยเป็นกามโรคหรือโรคผิวหนังอื่นๆ

5. ถ้ามีการฝันเปียกเกิดขึ้น คือ มีน้ำอสุจิเคลื่อนตัวและหลั่งออกมา ขณะนอนหลับทำให้เปรอะเปื้อนเสื้อผ้าหรือเครื่องนอน ควรรีบซักทำความสะอาดอย่าปล่อยทิ้งไว้ให้หมักหมม

6. สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์

7. หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับอวัยวะเพศอย่าปล่อยทิ้งไว้ ควรรีบปรึกษาผู้ใหญ่หรือแพทย์เพื่อหาทางรักษาแก้ไขทันที เช่น มีหนองไหล มีแผล เนื้องอก บวม คัน อย่าซื้อยามารักษาเอง เพราะอาจเป็นอันตรายและทำให้ไม่หายขาดมีอาการเรื้อรังยุ่งยากต่อการรักษา

สุขปฏิบัติเกี่ยวกับอวัยวะเพศหญิง

1. ควรอาบน้ำชำระล้างอวัยวะเพศทุกครั้งที่อาบน้ำด้วยน้ำและสบู่ แล้วจึงซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดและอ่อนนุ่ม เพราะผิวหนังบริเวณนี้บอบบางหากเช็ดแรงเกินไปจะทำให้เป็นแผลหรือระคายเคืองได้

2. ไม่ควรใช้น้ำยาสวนหรือล้างช่องคลอด เพราะส่วนภายในช่องคลอดจะมีแบคทีเรียชนิดหนึ่งคอยช่วยป้องกันเชื้อโรคอื่นๆ ที่จะแปลกปลอมเข้าสู่ช่องคลอด ซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตามธรรมชาติ และหากใช้น้ำยาล้างจุดซ่อนเร้น สารเคมีในน้ำยาจะไปฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่มีประโยชน์ บริเวณจุดซ่อนเร้นจะอ่อนแอและติดเชื้อได้ง่าย

3. การดูแลจุดซ่อนเร้นระหว่างมีประจำเดือน ต้องรักษาความสะอาดมากกว่าปกติ ควรล้างทำความสะอาดด้วยน้ำ ซับให้แห้งและหมั่นเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ วันละ 3-4 ครั้ง เพื่อความสะอาดและจะได้ไม่เกิดการระคายเคืองและกลิ่นไม่พึงประสงค์

4. หลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ควรทำความสะอาดทุกครั้ง โดยทำความสะอาดอวัยวะเพศให้เสร็จก่อนแล้วค่อยทำความสะอาดก้นภายหลัง ใช้กระดาษชำระซับให้แห้ง

5. ไม่สวมเสื้อผ้า กางเกงใน เสื้อชั้นใน ที่อับชื้นและรัดแน่นเกินไป
6. ไม่ควรใช้เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว กางเกงใน ปะปนกับผู้อื่น เพราะอาจติดโรคกันได้
7. ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วย หรือสงสัยว่าป่วยเป็นกามโรคหรือโรคผิวหนังอื่นๆ
8. การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ต้องระวังในเรื่องสุขลักษณะ เพราะอาจเกิดการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้
9. ถ้าสงสัยว่าตนเองมีอาการผิดปกติ เช่น อาการคัน มีระดูขาวผิดปกติ รอบเดือนผิดปกติ ควรรีบปรึกษาผู้ใหญ่หรือแพทย์ทันที

การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง ขาดความยับยั้งชั่งใจตนเอง ขาดทักษะ ในขณะเดียวกันวัยรุ่นเป็นวัยเรียน กำลังมีชีวิตอนาคตที่สดใส สนุกสนานกับทุกๆ เรื่อง เมื่อชีวิตก้าวพลาดจากการรู้ไม่เท่าทัน ไม่ทันได้ป้องกันตัวเอง ทำให้ท้องไม่ได้ตั้งใจ ดังนั้น วัยรุ่นหญิงยุคใหม่ รักได้ คุมให้เป็น เห็นความสำคัญในการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดเป็นสิ่งจำเป็นที่วัยรุ่นต้องเรียนรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ การคุมกำเนิดบางวิธียังเป็นการป้องกันการติดต่อของโรคทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ กรุณาดูรายละเอียดในบทที่ 9 เรื่อง การวางแผนครอบครัว

ความหลากหลายทางเพศ

ความหลากหลายทางเพศ (sexual diversity) มีความหมายที่กว้าง โดยรวมถึงทุกรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) หรือบทบาททางเพศ เช่น ดี้ ทอม กระเทย เกย์ คนรักสองเพศ (ไบ, bisexuality) ผู้ชาย ผู้หญิง ฯลฯ ซึ่งในแนวคิดของความหลากหลายทางเพศทุกรสนิยมทางเพศคือหนึ่งในความหลากหลายเหมือนกันและไม่ยึดเพศตามเพศสรีระ นอกจากนี้ ในความหมายทางเพศย่อมมีความลื่นไหลทางเพศ คือ ไม่มีความตายตัวในรสนิยมทางเพศแบบใดแบบหนึ่งเสมอไป ไม่ว่าจะเป็นผู้หญิง ชาย คนรักเพศเดียวกัน หรือคนรักสองเพศ ฯลฯ เราต่างก็สามารถมีส่วนที่ดีได้เหมือนกัน เราควรเข้าใจตนเอง รู้สึกดีกับตัวเอง การเคารพและยอมรับความแตกต่างของบุคคล และมองเห็นข้อดีหรือความสามารถของบุคคลอื่นมากกว่าที่จะมองว่าคนๆ นั้นเป็นเพศอะไร จะทำให้เราสามารถเรียนรู้และมีความสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างสร้างสรรค์มากขึ้น

บุคคลที่มีวิถีทางเพศเป็นคนรักเพศเดียวกัน บางครั้งถูกเรียกว่า เกย์ (เป็นคำที่ใช้ได้กับเพศชายและเพศหญิง) หรือสำหรับหญิงมักจะเรียกว่าเลสเบี้ยน วิถีทางเพศแตกต่างจากพฤติกรรมทางเพศ (sexual behavior) เพราะรสนิยมทางเพศ หมายถึงความรู้สึกนึกคิดว่าตัวเองเป็นใคร ซึ่งคนเราแต่ละคนอาจมีพฤติกรรมในการแสดงความรู้สึกนั้นออกมาหรือไม่ก็ได้

สรุป

เพศศึกษารอบด้านเป็นเรื่องที่วัยรุ่นต้องมีข้อมูลความรู้เรื่อง พัฒนาการทางสรีระวิทยา อาการก่อนการมีประจำเดือน การดูแลสุขอนามัยทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ทักษะชีวิต การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ทางออกทางเพศ การคุมกำเนิด และทัศนคติของวัยรุ่นที่มีผลต่อการป้องกันโรคเพื่อให้วัยรุ่นรู้อาการเปลี่ยนแปลง สามารถวางตัว ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง รู้เท่าทันสถานการณ์ สามารถหาทางออก หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งรู้จักวิธีการป้องกันตัว ดังนั้น วัยรุ่นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ในเรื่องสังคมและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรม ยังมีส่วนในการกำหนดวิธีการเรียนรู้และการแสดงออกในเรื่องเพศของแต่ละบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. วิโรจน์ อารีย์กุล. การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น (Adolescent Health Care and Supervision). กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2553.
2. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. พัฒนาการวัยรุ่น คู่มือการดูแลสุขภาพวัยรุ่น “โครงการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นกับโรงเรียนแพทย์”. ม.ป.ท. : ม.ป.ป.
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คู่มือแกนนำเยาวชนด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ 2552.
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสอนเพศศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2546.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คุยเปิดใจรักปลอดภัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
6. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. ทักษะชีวิต (Life Skill) คู่มือการดูแลสุขภาพวัยรุ่น “โครงการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นกับโรงเรียนแพทย์”. ม.ป.ท. : ม.ป.ป.
7. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. เพศศึกษา-เรื่องต้องห้ามที่น่ารู้ คู่มือการดูแลสุขภาพวัยรุ่น “โครงการเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นกับโรงเรียนแพทย์”. ม.ป.ท. : ม.ป.ป.
8. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คู่มืออบรมค่ายแกนนำวัยรุ่น. ม.ป.ท. : 2553.

บทที่ 4
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สุภาวรรณ เจตุวงศ์
จารีรัตน์ ชูตระกูล
ประกายดาว พรหมประพัฒน์
สมสุข โสภาวนิตย์
จิตติมา มโนนัย
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

คำนำ
ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ปัญหาและอันตรายจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ธรรมชาติและขอบเขตของการแท้งที่ไม่ปลอดภัย
การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย
การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
การคุมกำเนิดในวัยรุ่น
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 4
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สุภาวรรณ เจตุวงศ์
จารีรัตน์ ชูตระกูล
ประกายดาว พรหมประพัฒน์
สมสุข โสภาวนิตย์
จิตติมา มโนนัย
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

คำนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความอยากรู้ อยากทดลองสิ่งใหม่ๆ มีความคิดเรื่องความรักที่เพ้อฝัน พยายามพิสูจน์ความสามารถให้เพศตรงข้ามพอใจ จากการศึกษาพฤติกรรมใน 20 ประเทศที่กำลังพัฒนาในทวีปแอฟริกา เอเชียและลาตินอเมริกา [1] ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นจะเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศมากน้อยแตกต่างกันไปแล้วแต่ตัวบุคคล และมักจะละเลยการคุมกำเนิด รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัย อีกทั้งการสื่อสารในยุคปัจจุบันมีความรวดเร็ว และเข้าถึงง่าย การหลั่งไหลของวัฒนธรรมตะวันตก การยอมรับโดยไม่ไตร่ตรอง ทำให้วัยรุ่นมีความคิด มีทัศนคติในเรื่องเพศที่เปลี่ยนไป คิดว่าการเสียตัวเป็นเรื่องไม่เสียหาย นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการทำแท้งที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี [2]

ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [3] หมายถึง วัยรุ่นตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี ถึงแม้วัยรุ่นหลายคนมีการตั้งครรภ์ที่สมบูรณ์ คลอดบุตรโดยไม่มีโรคแทรกซ้อนและทารกปลอดภัยเพียงเท่านี้ก็มีความสุขในการเป็นแม่แล้ว แต่มีหลายคนที่ไม่ได้เป็นเช่นนั้น แม้ว่าร่างกายของวัยรุ่นจะเติบโตพอที่จะตั้งครรภ์ได้ แต่ก็ยังไม่สมบูรณ์พอที่จะตั้งครรภ์และคลอดอย่างปลอดภัย วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักจะได้รับการดูแลก่อนคลอดและยังมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้ใหญ่ที่อายุเกิน 20 ปี มีการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นมีอัตราการตายขณะคลอดสูงกว่าผู้ใหญ่

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ข้อมูลการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่น [4] ระหว่าง พ.ศ. 2548-2554 พบว่า อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 50.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 54.9 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ในปี 2554 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวหากรวมการแท้งและทารกตายคลอดที่ส่วนใหญ่ไม่มีการแจ้งเกิดจะมีจำนวนสูงกว่านี้มาก นอกจากนี้ การสำรวจอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น พบว่า แนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยปัจจุบัน วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย 15-16 ปี และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่มีการใช้ถุงยางอนามัยไม่ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน นอกจากจะเกิดการตั้งครรภ์แล้ว ยังส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 41.5 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2548 เพิ่มเป็น 79.8 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2553 รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเอดส์ด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [1, 2]

1. อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกน้อยลง การมีประจำเดือน เป็นการแสดงถึงความพร้อมที่จะมีการตั้งครรภ์ หากวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ก็จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้

2. การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยรุ่น มีหลายประเทศในโลกที่วัยรุ่นจะมีกิจกรรมทางเพศแม้ว่าจะแต่งงานหรือไม่ก็ตาม และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมักจะไม่มีการวางแผนและป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นมีการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

3. การบีบบังคับทางเพศและการถูกข่มขืน วัยรุ่นหญิงอาจถูกบีบบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ซึ่งมักจะเป็นผู้ใหญ่ หรือเพื่อนในกลุ่มที่คบหากัน และอาจเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น วัยรุ่นหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง ถูกเหยียดหยามหรือถูกข่มขืน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอีกนาน

4. เศรษฐกิจและสังคม ความยากลำบากด้านเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่บังคับให้วัยรุ่นต้องออกจากบ้านไปอยู่ที่อื่น ทำให้เกิดการหาผลประโยชน์ทางเพศ และการเป็นหญิงอาชีพพิเศษ

5. ระบบการศึกษา ในปัจจุบันวัยรุ่นมีระยะเวลาในระบบการศึกษานานขึ้น ซึ่งเป็นผลให้แต่งงานช้าลง แต่ก็มีบางกลุ่มตั้งครรภ์ ตั้งแต่ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่น

6. ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอยู่มาก ในหลายประเทศที่มีวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี มากกว่าวัยรุ่นที่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาสูงกว่า

7. ขาดความรู้ข้อมูลข่าวสาร หลักสูตรหรือโปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นสิ่งส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสาร หลักสูตร หรือโปรแกรมเข้าไม่ถึงวัยรุ่น ส่งผลให้วัยรุ่นขาดความรู้ และมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องเพศสัมพันธ์และอนามัยการเจริญพันธุ์

8. ขาดการเข้าถึงแหล่งบริการ มีหลายแห่งที่วัยรุ่นพบอุปสรรคในการหาแหล่งบริการคุมกำเนิดที่เขาต้องการ เมื่อตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ วัยรุ่นมักจะเข้าไม่ถึงบริการการแท้งที่ปลอดภัย

9. พฤติกรรมความเสี่ยงอย่างอื่น เช่น การใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติด ทำให้ขาดความระมัดระวังที่จะป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ทั่วโลกสตรีจะแต่งงานในช่วงอายุต่างๆ กันไป สตรีในประเทศที่พัฒนาแล้วจะแต่งงานช้า ส่วนสตรีในประเทศกำลังพัฒนาจะแต่งงานเร็ว ส่วนใหญ่ก่อนอายุ 20 ปี ในกลุ่มที่แต่งงานช้าก็มักจะมีการร่วมเพศก่อนแต่งงาน ดังนั้น อาจจะกล่าวได้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีประสบการณ์การร่วมเพศมาแล้ว จากการศึกษาในประเทศไทย ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท [3] พบว่าวัยรุ่นมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกันตามอายุ วัยรุ่นทั้งหญิงและชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนได้รับความรู้ทางด้านเพศศึกษา วัยรุ่นชายจะมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นหญิง ในขณะเดียวกันวัยรุ่นชายจะมีความรู้เกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์น้อยกว่าวัยรุ่นหญิง และทั้งวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายมีความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างถูกต้องน้อย

พฤติกรรมของวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ [1, 5, 6]

1. ให้ความสนใจเพศตรงข้ามมาก วัยรุ่นกลุ่มนี้เมื่อเจอเพศตรงข้ามมักจะเป็นฝ่ายเริ่มเข้าไปทักทาย พูดคุยทำความรู้จักสนิทสนม ซึ่งอาจจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้

2. มีแฟน มีคู่รัก วัยรุ่นที่มีแฟน หรือมีคู่รัก จะมีความไว้วางใจกันมาก มีโอกาสอยู่กันลำพังหรืออารมณ์พาไป ทำให้เกิดมีเพศสัมพันธ์

3. มีเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ อาจจะมีเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาบ้าง หรืออาจบ่อยครั้งแล้วมาเล่าประสบการณ์ให้ฟังจนทำให้เกิดความอยากรู้อยากลอง

4. คิดว่าเรื่องการเสียตัวเป็นเรื่องธรรมดา วัยรุ่นอาจคิดว่า การเสียตัวเป็นเรื่องสนุกไม่เสียหาย ซึ่งเป็นความคิดที่ผิดและทำลายขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงามของไทยลงอย่างสิ้นเชิง ค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่รักนวลสงวนตัว วัยรุ่นกลุ่มนี้มักยอมให้ผู้ชายถูกเนื้อต้องตัวได้โดยง่าย ทั้งคู่รัก เพื่อนชาย หรือไม่ก็ชอบถูกเนื้อต้องตัวผู้ชาย ผู้ชายมักคิดว่าผู้หญิงปล่อยตัวทำให้ถูกล่วงเกินทางเพศได้ง่าย

5. ชอบเที่ยวกลางคืน การไปเที่ยวกลางคืนมักพบกับเพศตรงข้ามมากหน้าหลายตาและอาจรู้จักกันไม่นาน แล้วมีใจตรงกันพากันไปในที่ที่ไม่สมควร อาจเผลอตัวเผลอใจมีเพศสัมพันธ์กันได้

6. แต่งตัวไม่สุภาพ เป็นพวกที่ชอบแต่งตัวเห็นเนื้อหนัง เสื้อสายเดี่ยวเกาะอก เอวลอย กระโปรงสั้น เสื้อรัดรูป เสื้อกล้าม เสื้อบางโดยไม่ใส่เสื้อทับ เสื้อคอลึกจนเห็นเนินอก เป็นต้น พวกนี้ผู้ชายชอบมอง ผู้ชายจะคิดว่าไม่หวงตัว

7. ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย วัยรุ่นจำนวนหนึ่งชอบใช้เงินฟุ่มเฟือย และยอมเสียตัวเพื่อแลกกับเงิน แล้วนำเงินไปใช้จ่ายฟุ่มเฟือย นำไปเที่ยว ซื้อของฟุ่มเฟือย โดยไม่จำเป็น หรือไม่ก็ใช้ของราคาแพง

8. บิดา มารดา ปล่อยปละละเลย อาจไม่มีเวลา หรือมีเวลาแต่ไม่สนใจจะดูแลอบรมบุตร เพราะคิดว่าบุตรโตแล้ว บุตรอาจประพฤติออกนอกทางไปคบเพื่อนต่างเพศ จนเกิดเป็นปัญหาตามมาภายหลังได้

9. อยู่ห้องเช่า หอพัก คอนโดมิเนียม อพาร์ทเม้นท์ มักเป็นโอกาสให้ผู้ชายไปหา หรือผู้ชายติดตามไปส่งเมื่ออยู่กันสองต่อสองก็มีโอกาสสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์

10. สื่อกระตุ้นอารมณ์เพศต่างๆ เช่น วีซีดี หนังสือ วิดีโอ อินเตอร์เน็ต เป็นต้น อาจทำให้เกิดอารมณ์เพศได้ อาจเกิดความอยากรู้อยากลองหรือเห็นว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา เพราะเห็นจากสื่อบ่อยๆ

11. เสพสารเสพติดหรือของมึนเมา สารเสพติดหรือของมึนเมา จะทำให้ขาดสติ ขาดความยั้งคิดบางอย่างกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ จึงเป็นเรื่องที่อันตรายสำหรับผู้เสพ สารเสพติดบางอย่างกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศจึงนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้

ปัญหาและอันตรายจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [3]

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่ได้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เสมอไป ในบางสังคมจะมีการแต่งงานกันตั้งแต่อายุยังน้อยและตั้งครรภ์ในเวลาต่อมา ในสังคมชนบทของไทยวัยรุ่นหญิงและชายอายุ 18-19 ปี ถ้าไม่ได้เรียนหนังสือก็จะแต่งงานมีครอบครัว ซึ่งไม่ใช่เรื่องผิดปกติอย่างใด สำหรับสังคมเมือง หรือสังคมอุตสาหกรรม วัยรุ่นหญิงจำนวนมากอยู่ในระบบการศึกษา และไม่อยู่ในสถานะที่จะแต่งงานมีบุตรได้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและบุตร พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูง อัตราตายและทุพพลภาพจากการตั้งครรภ์ การคลอด และการแท้งมีมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งผลกระทบทางด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวด้วย เพราะประชากรกลุ่มนี้มีระยะเวลาเจริญพันธุ์นานย่อมมีบุตรมากและครอบครัวใหญ่

ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วัยรุ่น เป็นช่วงเวลาที่มีโอกาสตั้งครรภ์สูง พบว่า ถ้าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์และไม่ได้คุมกำเนิด 1 ใน 5 จะตั้งครรภ์ภายใน 1 เดือน และร้อยละ 50 จะตั้งครรภ์ภายใน 6 เดือน ซึ่งปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่พบได้แก่

1. การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ทำได้ล่าช้า
   - เนื่องจากวัยรุ่นมักจะมีระดูมาไม่สม่ำเสมอ การขาดระดู อาจจะไม่ได้คิดว่าตั้งครรภ์
   - วัยรุ่นประมาท คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์เพียง 1-2 ครั้ง ไม่น่าจะตั้งครรภ์
   - เนื่องจากไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน แม้จะมีอาการแสดงของการตั้งครรภ์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ก็ไม่คิดว่าเกิดจากการตั้งครรภ์ คิดว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น

2. เป็นการตั้งครรภ์ไม่ได้วางแผน และเป็นการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา (unplanned and unwanted pregnancy) ถ้าตั้งครรภ์ต่อจนคลอดมีผลเสียต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่น (teenage pregnancy) ทั้งสุขภาพของมารดาและบุตร ถ้ามีการทำแท้ง จะมีผลเสียต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่น

3. ผลเสียต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารก เมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะไม่ทราบหรือทราบเมื่ออายุครรภ์มากแล้ว ความกลัว ความอาย และบางครั้งก็ไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร จึงไปฝากครรภ์ช้าหรือไม่ฝากครรภ์เลยรอจนกระทั่งเจ็บครรภ์แล้วจึงไปคลอดที่โรงพยาบาลหรือบางรายก็ไปหาสถานบริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งการทำแท้งเมื่ออายุครรภ์มากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงกว่าการทำแท้งเมื่ออายุครรภ์น้อยๆ

ทั้ง 3 ประการ มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น โดยความรุนแรงและขอบเขตมากน้อยแล้วแต่ลักษณะและบทบาททางสังคม

ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และคลอด ต้องประสบกับความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารกมากกว่าวัยผู้ใหญ่ [1] การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม [7] การดูแลด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำให้อัตราตายของมารดาวัยรุ่นสูงขึ้นทั้งระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด

1. ปัญหาระยะก่อนคลอด

ความดันโลหิตสูงและภาวะโลหิตจาง [1] ยังไม่มีข้อมูลใดอ้างได้ว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงและภาวะซีด (จากการตั้งครรภ์ แต่ความดันโลหิตสูงในวัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดจากการตั้งครรภ์แรกซึ่งเป็นปัจจัยเหมือนกับการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ ส่วนภาวะโลหิตจางเกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ทุพโภชนาการ มาลาเรียหรือพยาธิลำไส้ การขาดวิตามินเอและการติดเชื้อ HIV [1]

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ HIV วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีเชื้อ HIV มีความเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดเชื้อ HIV [1, 7] ไปยังบุตรได้ เพราะการติดเชื้อ HIV ยังคงอยู่และมีความสัมพันธ์กับเชื้อไวรัสที่เพิ่มขึ้นอยู่เรื่อยๆ นอกจากนี้ยังมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ (ซิฟิลิส หนองในและหนองในเทียม) ที่จะทำให้เชื้อไวรัส HIV เพิ่มขึ้นด้วย จึงทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อระหว่างการคลอด

โรคพิษแห่งครรภ์ จากการศึกษาหลายแห่ง พบว่า โรคพิษแห่งครรภ์มักจะเกิดขึ้นในวัยรุ่นมากกว่าการตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี อาการอาจมากขึ้นในระยะคลอดและวันแรกหลังคลอด และบางครั้งอาการครั้งแรกอาจพบในระยะหลังคลอด

2. ปัญหาระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด

การคลอดก่อนกำหนด จากการวิเคราะห์ข้อมูลของประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี กับวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นมีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดมากกว่า สาเหตุนี้เป็นเพราะอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ของวัยรุ่นยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านสังคม เช่น ความยากจน ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การใช้สารกระตุ้นหรือสารเสพติด

ซึ่งเป็นผลต่อจิตใจ และขาดการดูแลก่อนคลอด หรือระหว่างการตั้งครรภ์ก็มีอิทธิพลในแง่ลบต่อการคลอดเช่นกัน

การคลอดติดเชื้อ ในวัยรุ่นหญิงที่อายุน้อยกว่า 15 ปีนั้น ศีรษะของทารกและอุ้งเชิงกรานมีสัดส่วนที่ไม่สัมพันธ์กันมากกว่าวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า 15 ปี และในผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผลจากกระดูกอุ้งเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่และช่องคลอดมีขนาดเล็ก ในสถานการณ์เช่นนี้ หากขาดการดูแลด้านการแพทย์ จะเป็นผลให้เกิดการเจ็บครรภ์นาน และการคลอดติดขัด นำไปสู่การผ่าตัดคลอด การคลอดติดเชื้อได้

3. ปัญหาในระยะหลังคลอด

โรคโลหิตจาง วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโลหิตจางในระยะหลังคลอด เนื่องจากเป็นโรคโลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์อยู่แล้ว นอกจากนี้การเสียเลือดระหว่างเจ็บครรภ์และคลอดยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโลหิตจางและมีการเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดอีกด้วย

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน ไม่พร้อมที่จะมีบุตร มักจะเกิดความทุกข์จากความกดดัน หรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือปัญหาด้านสุขภาพจิต เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่มีครอบครัวสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลบุตร

ตั้งครรภ์ซ้ำเร็วเกินไป ในหลายประเทศพบว่า วัยรุ่นที่ไม่แต่งงานมักไม่มีการคุมกำเนิด เนื่องจากขาดความรู้ในการคุมกำเนิด รวมทั้งอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการคุมกำเนิด ทำให้มีโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำสูงร้อยละ 50 โดยจะตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 24 เดือนหลังคลอด

ผลกระทบต่อทารก [1]

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จากการศึกษาทางคลินิกในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว พบว่า อุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงขึ้น (น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม) ในมารดาวัยรุ่น

การตายปริกำเนิดและการตายคลอด จากการศึกษาทางคลินิกในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วพบว่า อัตราตายปริกำเนิดและอัตราตายก่อนคลอดของทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นสูงกว่าที่เกิดจากมารดาผู้ใหญ่

วิธีการดูแลเด็กและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ถูกต้อง มารดาที่อายุน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่มีคู่ครอง และมีความลำบากทางสถานภาพด้านสังคม เศรษฐกิจ มีความยากลำบากที่จะดูแลบุตรให้เป็นไปตามความต้องการของตนเองได้ เนื่องจากการให้อาหารทารกไม่เพียงพอ รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง

ทำไมภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นจึงมากกว่าวัยผู้ใหญ่ [1, 2]

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ เนื่องจากสถานภาพสมรสและการสนับสนุนที่มีระหว่างตั้งครรภ์และคลอด สังคมและบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมอาจเป็นอุปสรรคต่อวัยรุ่น (แต่งงานและไม่ได้แต่งงาน) ที่จะได้รับข้อมูลและบริการดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด

และหลังคลอด อย่างไรก็ตามยังมีเหตุผลอื่นอีกมากที่ทำให้ภาวะแทรกซ้อนในวัยรุ่นมักจะรุนแรงกว่าวัยผู้ใหญ่ ได้แก่

1. ด้านกายภาพ วัยรุ่นยังเจริญเติบโตไม่เพียงพอที่จะรับสภาพการตั้งครรภ์ ประการแรกในด้านร่างกาย กระดูกเชิงกรานยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ เป็นผลให้ศีรษะทารกและอุ้งเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน นำไปสู่การคลอดติดขัดและการผ่าตัดคลอด ประการที่สอง วัยรุ่นยังคงมีการเจริญเติบโตของตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ ทำให้เหมือนการแข่งขันกันระหว่างมารดาวัยรุ่นกับทารกในครรภ์ของตนเอง ในความต้องการอาหารเพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ถ้าวัยรุ่นเกิดปัญหาขาดสารอาหารตั้งแต่เป็นเด็ก นอกจากจะเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้วยแล้ว เมื่อตั้งครรภ์ก็จะมีภาวะขาดสารอาหารเพิ่มขึ้น ขัดขวางการเจริญเติบโตของตนเองและทารกในครรภ์ด้วย ประการที่สาม วัยรุ่นขาดความพร้อมทางด้านจิตใจที่จะเป็นมารดา เป็นผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ เช่น ความหดหู่ใจ ความเครียดจากภาวะกดดัน เป็นต้น

2. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่อายุมากกว่า วัยรุ่นไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่มากระทบรวมทั้งสิ่งอื่นรอบตัวด้วย ถ้าแต่งงานกับสามีที่มีอายุมากกว่าและมีการศึกษาสูงกว่า สามีมักจะเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ในวัฒนธรรมบางแห่ง มารดาและพี่สาวของสามีมักจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในบ้านมากกว่าภรรยา ถ้าตั้งครรภ์โดยไม่แต่งงาน จะเป็นที่อับอายขายหน้าไม่มีสิทธิออกเสียงในบ้าน ในวัฒนธรรมบางแห่งวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานมักจะถูกส่งไปอยู่กับญาติต่างจังหวัดจนกว่าจะคลอด ในสถานการณ์เช่นนี้วัยรุ่นมักจะไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและการปฏิบัติอื่นๆ ที่ต้องการ

3. วัยรุ่นมักจะฝากครรภ์ช้าและมาฝากครรภ์น้อยครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการ นอกจากนี้การตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงานเปรียบเสมือนตราประทับ ก็เป็นอีกข้อหนึ่งที่วัยรุ่นพยายามที่จะปิดบังการตั้งครรภ์ให้นานที่สุด อีกประการหนึ่งวัยรุ่นอาจจะไม่เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์ ถึงแม้ว่าจะเห็นประโยชน์ก็ไม่สามารถที่จะไปรับบริการได้ ซึ่งการฝากครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเหลือให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปด้วยความปลอดภัย

4. บางครั้งวัยรุ่นที่คลอดที่บ้าน จะไปโรงพยาบาลหรือถูกพามาโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการไม่ปลอดภัยหรือมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เป็นเช่นนี้เพราะว่า

- บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม อาจเห็นว่าต้องคลอดที่บ้าน
- กลัวในการไปโรงพยาบาล
- เคยได้ยินผู้ที่เล่าว่าบุคลากรในโรงพยาบาลรักษาไม่ถูกต้อง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ในห้องคลอด)
- ไม่มีค่ารักษาในโรงพยาบาล หรือแม้แต่ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล

5. ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของผู้ให้บริการ มีหลายแห่งที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยเฉพาะที่ไม่แต่งงานไม่ได้รับการยอมรับหรือให้เกียรติ จากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ อีกทั้งผู้ให้การดูแลสุขภาพอาจจะขาดทักษะเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องคำนึงถึง เมื่อให้บริการวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เป็นผลให้วัยรุ่นมีประสบการณ์ที่ไม่ประทับใจหรือไม่พอใจเมื่อไปรับบริการฝากครรภ์และดูแลการคลอด

ธรรมชาติและขอบเขตของการแท้งที่ไม่ปลอดภัย

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าร้อยละ 25 ของการตั้งครรภ์ในโลกยุติด้วยการแท้ง และเป็นการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ในแต่ละปีมีมารดา จำนวน 80,000 คน ที่เสียชีวิตเพราะการแท้งที่ไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 13 ของการตายมารดาทั้งหมด และมีมารดาวัยรุ่นจำนวนมากที่รอดชีวิต ต้องพบกับปัญหาสุขภาพเรื้อรัง [1, 2] จากการศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนา หญิงอายุ 15-19 ปี ที่ไม่ได้แต่งงานที่คลอดในระยะ 5 ปี พบว่าร้อยละ 32-93 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่ตรงตามเวลาที่ต้องการ แม้แต่หญิงที่แต่งงานแล้วพบว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่ตรงตามเวลาที่ต้องการจะมีบุตรสูงถึงร้อยละ 61 และการศึกษาเรื่องการแท้งที่ไม่ปลอดภัยโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีการทำแท้ง มีอัตราสูงในเขตเมืองมากกว่าในชนบท ในเขตเมืองจะได้รับข้อมูลและบริการที่มากกว่าในชนบท สำหรับในประเทศที่กฎหมายทำแท้งเข้มงวดมาก ผู้ที่ร่ำรวยสามารถแสวงหาการทำแท้งอย่างปลอดภัยได้จากผู้ให้บริการด้วยราคาที่สูงมาก จึงมีความเจ็บป่วยที่มีผลสืบเนื่องจากการแท้งน้อย สำหรับผู้ที่ยากจนต้องแสวงหาบริการที่ลักลอบทำหรือไม่เปิดเผยหรือจากผู้ให้บริการที่ไม่มีคุณสมบัติ ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะการณ์แท้งที่ไม่ปลอดภัย เกิดทุพพลภาพหรืออาจเสียชีวิตได้

เหตุผลที่วัยรุ่นต้องการทำแท้ง

1. การศึกษา วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์กลัวว่าต้องออกจากโรงเรียน หรือชะงักการเรียนและเชื่อว่าไม่มีทางเลือกอื่นใดนอกจากการทำแท้ง

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากวัยรุ่นมีเงินน้อยไม่เพียงพอที่จะดูแลบุตรได้ ดังนั้นปัญหาความกดดันด้านเศรษฐกิจจึงมีอิทธิพลให้ต้องตัดสินใจทำแท้ง

3. การประนามจากสังคม ในสังคมมักจะกล่าวหาว่าหญิงที่ตั้งครรภ์ก่อนแต่งงานเป็นผู้ขาดศีลธรรม วัยรุ่นจึงเลือกการทำแท้งเพื่อหลีกเลี่ยงความละอาย รวมทั้งตนเองและครอบครัวจะถูกเหยียดหยามจากสังคม

4. การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการบีบบังคับทางเพศ (รวมทั้งการข่มขืน และการร่วมเพศที่ผิดประเพณี) ข้อมูลการศึกษาวัฒนธรรมแสดงว่าร้อยละของการถูกข่มขืนและอุบัติการณ์การร่วมเพศที่ไม่ถูกต้องจะเกิดในวัยรุ่นมากกว่าหญิงที่เป็นผู้ใหญ่

การดูแลวัยรุ่นที่แท้งไม่ปลอดภัย [1, 2]

อาการทางคลินิกที่แสดงขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ในกรณีที่มีการติดเชื้อจะมีไข้และการขาดน้ำ อาการแสดงทางคลินิกอย่างอื่นๆ ได้แก่ กดเจ็บบริเวณท้อง มีเลือดออกและสารคัดหลั่งทางช่องคลอด

ที่มีกลิ่นเหม็น กดเจ็บในท้องน้อยทั่วไป บางครั้งมีรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ถ้ามารับการรักษาช้า วัยรุ่นจะมีอาการช็อก การหายใจและการหมุนเวียนของโลหิตล้มเหลว ในการดูแลผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับประวัติและการตรวจพบ ควรยึดหลักสำคัญดังต่อไปนี้

1. การฟื้นคืนชีพฉุกเฉิน ถ้ามาด้วยอาการช็อก ผู้ให้บริการต้องให้การดูแลเบื้องต้นและพร้อมที่จะส่งต่อ จัดพาหนะไปยังแหล่งบริการที่จะสามารถให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การใช้เครื่องมือดูดภายในมดลูก ในการแท้งที่ไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือดูดภายในมดลูก เทคนิคการปฏิบัติขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ระยะของการแท้ง ขนาดของมดลูก ความพร้อมและทักษะของเจ้าหน้าที่และเครื่องมือที่ใช้

3. การจัดการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดบ่อยและรุนแรงในการทำแท้งเองหรือการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และในสิ่งแวดล้อมที่ขาดสุขลักษณะ

4. การจัดการดูแลหลังการแท้ง เรื่องนี้จะต้องเน้นมาก เพราะวัยรุ่นมักจะไม่มาตามนัดเหมือนกับผู้ใหญ่ การสร้างความอบอุ่นใจให้ผู้ป่วยวัยรุ่นจะทำให้วัยรุ่นมาตามนัด ในทุกรายต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอันตราย เช่น ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และปวดหลัง หน้าท้องกดเจ็บ ตกเลือดมาก น้ำที่ออกทางช่องคลอดมีกลิ่นเหม็น และต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิด เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ เมื่อมาติดตามหลังการแท้ง

การให้ข้อมูลหลังการแท้ง [8]

ผู้รับบริการควรจะได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

1. สิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังจากการทำแท้ง เช่น ผู้มารับบริการอาจจะมีอาการปวดท้องน้อยคล้ายมีประจำเดือน เป็นต้น

2. การให้ข้อมูลเรื่องการคุมกำเนิด เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจอันอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ต้องอธิบายให้เข้าใจว่าการตกไข่อาจเกิดขึ้นภายหลังการแท้งเพียง 2 สัปดาห์ ดังนั้น จะต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและมีประสิทธิผล ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อช่วยให้ผู้มารับบริการเลือกใช้ตามความต้องการ รวมถึงวิธีการใช้ ประสิทธิภาพ ถ้าผู้รับบริการตั้งครรภ์ขณะที่ใช้วิธีคุมกำเนิด ควรอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าเพราะเหตุใดจึงตั้งครรภ์ แต่สุดท้ายการเลือกวิธีใดๆ ในการคุมกำเนิดต้องเป็นวิธีที่ผู้รับบริการเลือกด้วยตนเอง

การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย [3]

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มักจะหาทางที่จะทำแท้งไม่ว่าจะผิดกฎหมายหรือไม่ปลอดภัยก็ตาม การป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้ชุมชน รัฐบาล และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ควรพยายามให้มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ปรับปรุงการให้ข้อมูลและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการขยายบริการการคุมกำเนิด ให้กว้างขวางเพื่อให้วัยรุ่นเลือกวิธีที่เหมาะสมกับความต้องการ การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินเป็นอีกวิธีหนึ่งในการป้องกันการตั้งครรภ์ วัยรุ่นควรรู้ว่ามีวิธีนี้ด้วยและจะสามารถหาซื้อหรือขอรับบริการได้เมื่อต้องการใช้

2. สนับสนุนกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง มีความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนกฎหมาย แม้แต่ในประเทศที่มีการทำแท้งถูกกฎหมาย แต่ก็เป็นการยากสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่จะไปใช้สิทธิในบริการนี้ ด้วยเหตุผลที่รู้สึกอึดอัดใจไม่อยากจะไปเพราะระบบการบริการ ซึ่งวัยรุ่นรู้สึกว่ายุ่งยากใจ ดังนั้น ผู้ให้บริการและผู้ดำเนินงานในวัยรุ่นควรต้องมีการชี้แจง ประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นแน่ใจว่ามีบริการนี้อยู่พร้อมหากเขาจำเป็นต้องใช้ควรมีการกำหนดมาตรฐานกระบวนการปฏิบัติและแนวทางการทำแท้งที่ปลอดภัยให้ชัดเจนภายใต้บริบทของกฎหมายและนโยบายที่มีอยู่ เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการดำเนินการตามกฎหมายและจริยธรรมที่ต้องเผชิญ

3. การอบรมผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับวัยรุ่น ดูแลการแท้งอย่างครอบคลุม ผู้ให้บริการจำเป็นต้องได้รับการอบรมดูแลการแท้งอย่างครอบคลุม เพื่อที่จะรู้จักอาการและอาการแสดงที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของการแท้งรวมทั้งวิธีการจัดการได้อย่างมีประสิทธิผล นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องได้รับการอบรมเรื่องการปรึกษาหลังแท้ง การเพิ่มความรู้และทักษะให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพวัยรุ่น จะเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการวัยรุ่น

4. ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลวัยรุ่น นอกจากบทบาทดูแลสุขภาพแล้ว ผู้ที่ดำเนินงานหรือผู้ให้บริการสุขภาพวัยรุ่น ควรมีบทบาทเป็นผู้เปลี่ยนแปลง สร้างกระแส และชี้นำชุมชนด้วย คือ ต้องทำงานร่วมกับชุมชนในการอภิปราย จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ และป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อป้องกันปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยและผลกระทบต่างๆ ที่จะตามมา เพื่อปกป้องและดูแลวัยรุ่นในชุมชน ให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [3]

การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีหลักดังนี้

1. วิธีที่ดีที่สุด คือ การป้องกันการร่วมเพศ
2. สอนเพศศึกษา เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันเรื่องเพศแก่วัยรุ่น
3. หลีกเลี่ยงการร่วมเพศ โดยไม่อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่จะมีโอกาสนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์
4. การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ และปลอดภัยจากโรคติดเพศสัมพันธ์และหมกมุ่นเรื่องเพศ (โรคติดเซ็กส์)

5. ควรมีการป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยง คือ [3]

5.1 วัยรุ่นอายุ 17 ปี หรือน้อยกว่า จะมีอันตรายมากกว่าวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า 17 ปี

5.2 วัยรุ่นที่ตกเป็นเหยื่อของการมีเพศสัมพันธ์หรือถูกข่มขืน

5.3 วัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยนี้มีอันตรายเพิ่มขึ้น

5.4 วัยรุ่นที่มีสติปัญญาบกพร่อง

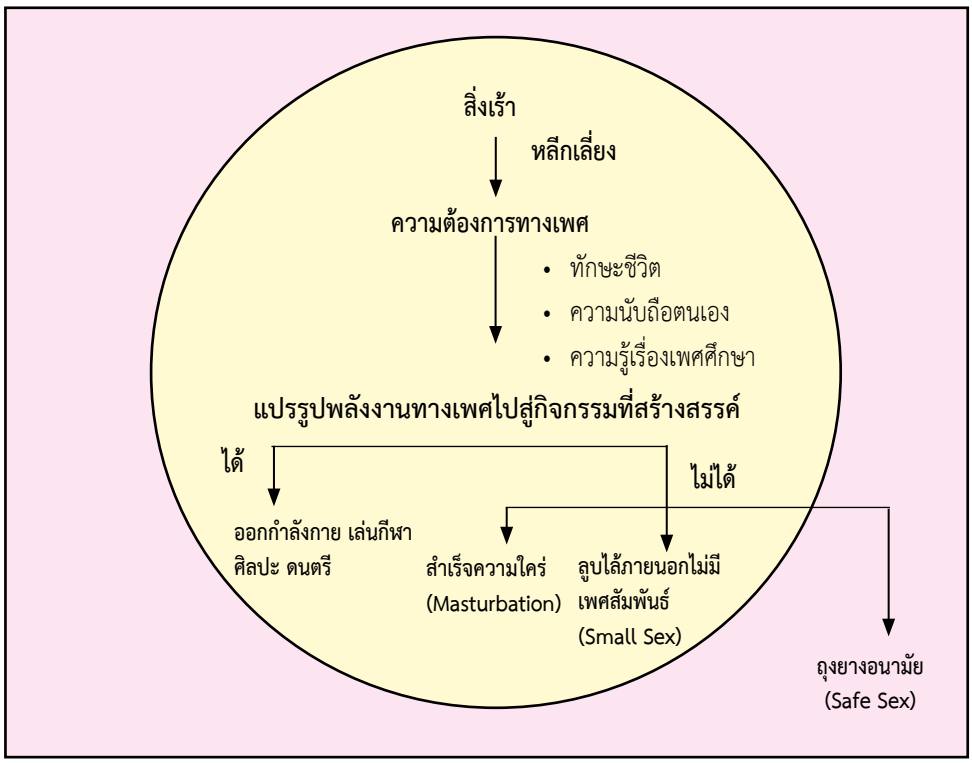
5.5 วัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง การตั้งครรภ์ย่อมมีอันตรายสูง

6. การมีหน่วยงานที่ช่วยเหลือ ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจรวมทั้งให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจอย่างเป็นรูปธรรม เช่น มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน มีการสนับสนุนให้วัยรุ่นมีกิจกรรมทำยามว่าง มีการให้ทุนทรัพย์เพื่อยังชีพในช่วงแรกๆ เป็นต้น

แนวทางป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [9]

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันก่อนเกิดปัญหา ได้แก่ การเลี้ยงดูที่สร้างให้วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความนับถือตนเอง พอใจในสถานภาพของตนเอง เนื่องจากวัยรุ่นที่ขาดความนับถือตนเอง มักหาจุดเด่น ชดเชยให้ตนเองโดยการมีคู่รัก หรือคู่นอน ดังนั้นการสอนทักษะชีวิตเพื่อให้วัยรุ่นสามารถเผชิญ และจัดการกับเหตุการณ์คับขันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการสอนเพศศึกษาเป็นการให้ความรู้ให้วัยรุ่นได้รู้เท่าทันอารมณ์และความคิดทั้งของตนเองและเพศตรงข้าม สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์ทางเพศที่เกิดขึ้นให้เป็นกิจกรรมที่สร้างสรรค์อื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน การเล่นดนตรี ไม่หมกมุ่นกับอารมณ์ทางเพศ รวมทั้งการช่วยเหลือตนเองเมื่อไม่สามารถปรับเปลี่ยนอารมณ์ได้ (รูปที่ 4-1) นอกจากนี้ควรปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องความเป็นหญิงชาย ซึ่งควรปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็ก ผ่านทางพ่อแม่ ครอบครัว โรงเรียน บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และควบคุมสื่อต่างๆ อินเตอร์เน็ต ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อวัยรุ่นในยุคปัจจุบันนี้อย่างมาก

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการวินิจฉัยและค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีปัญหาตั้งแต่ระยะแรกและให้การป้องกันหรือรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การจัดตั้งคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น การจัดตั้งเครือข่ายคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียนใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการรูปแบบใดการให้บริการสำหรับวัยรุ่นจะต้องมีลักษณะที่วัยรุ่นเข้าถึงง่ายเป็นมิตร และเป็นที่ยอมรับของวัยรุ่น เช่น Youth Friendly Health Service (YFHS), Friend Corner หรือ To Be Number One เป็นต้น ที่ได้เริ่มดำเนินการในจังหวัดต่างๆ แล้ว



รูปที่ 4 - 1 แนวทางการให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม
ที่มา: สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, มนฤดี โชคประจักษ์ชัด [9]

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของวัยรุ่นให้กลับคืนสู่สภาพปกติ และกลับคืนสู่ชุมชนโดยเร็ว ในกรณีเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก็ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และคลอดสูง รวมทั้งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ หากเป็นครรภ์ที่ไม่ต้องการอาจนำไปสู่การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย ซึ่งอาจจะเสียชีวิต การให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัว และการจัดที่พักพิงชั่วคราวหรือบ้านพักฉุกเฉินแก่หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ จะช่วยบรรเทาปัญหาได้ ในกรณีเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการและถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาแต่โดยลำพัง จะมีผลกระทบต่อหญิงวัยรุ่นมาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลในทุกๆ ด้าน ได้แก่

การดูแลด้านการแพทย์ (medical rehabilitation) เพื่อให้หายจากโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การดูแลด้านสังคม (social rehabilitation) เช่น การฝึกอาชีพเพื่อให้สามารถเลี้ยงตนเองและบุตรได้ การยกบุตรบุญธรรมให้ผู้อื่นในกรณีที่ไม่สามารถเลี้ยงบุตรเองได้ รวมทั้งการให้การสงเคราะห์ในเรื่องต่างๆ เป็นต้น

การดูแลด้านการศึกษา (educational rehabilitation) เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีโอกาสได้รับการศึกษาต่อเนื่องนำไปสู่การมีงานทำ สามารถเลี้ยงตัวเองและบุตรได้ในอนาคต

การคุมกำเนิดในวัยรุ่น [3]

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นมีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดไม่มากนัก วิธีคุมกำเนิดที่เป็นที่รู้จักมากที่สุดในวัยรุ่นทั้งหญิงและชาย ได้แก่ ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด วัยรุ่นส่วนใหญ่จะยอมรับและเห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิด แต่มีการใช้วิธีคุมกำเนิดน้อย โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 13-60 ของวัยรุ่นที่มีการใช้วิธีคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์

วิธีคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น ควรจะแนะนำให้วัยรุ่นเลือกวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย ใช้ง่าย ราคาถูก หาได้ง่าย ไม่ต้องพบแพทย์ หรือไม่ต้องตรวจภายใน เพราะวัยรุ่นมักจะอาย ไม่กล้าไปปรึกษา และกลัวการตรวจภายใน การงดการมีเพศสัมพันธ์เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุด แต่สำหรับวัยรุ่นซึ่งอยู่ในสังคมที่มีสิ่งกระตุ้นทางเพศมากก็จะงดการมีเพศสัมพันธ์ได้ยาก อย่างไรก็ดี ปัจจุบันยังไม่มีวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่น แต่มีวิธีคุมกำเนิดต่างๆ ให้เลือกหลายวิธี การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งย่อมจะดีกว่าไม่ใช้เลย วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีนั้นมีข้อดีข้อเสียต่างๆ กัน และจะต้องเปรียบเทียบกับผลเสียของการตั้งครรภ์ถ้าไม่ได้คุมกำเนิด วิธีคุมกำเนิดมีหลายวิธี ได้แก่

1. ถุงยางอนามัย
2. ยาเม็ดคุมกำเนิด
3. ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน
4. ยาฉีดคุมกำเนิด
5. ยาฝังคุมกำเนิด
6. แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด
7. ห่วงอนามัย

วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสำหรับวัยรุ่น คือ ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งอาจจะใช้ 2 วิธีร่วมกันในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ถุงยางอนามัย นอกจากจะมีประโยชน์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้แล้ว ยังลดการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ด้วย สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ควรเลือกชนิดที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ เพื่อลดการคลื่นไส้ อาเจียน เลือกชนิดที่การเกิดสิว ฝ้า น้อย น้ำหนักตัวไม่เพิ่ม แต่ถ้าวัยรุ่นไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด หรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินถือว่าเป็นทางเลือกในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ได้ผลดี หากใช้ได้อย่างถูกต้อง แต่วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นวิธีที่ใช้กรณีฉุกเฉินเท่านั้น ไม่ควรนำมาใช้เป็นประจำ เพราะอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้ รายละเอียดเรื่องวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธี อ่านเพิ่มเติมได้ในบทที่ 9 เรื่องการวางแผนครอบครัว

สรุป

ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากสภาพร่างกายของวัยรุ่นที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และจิตใจยังไม่มีความพร้อมเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ ทำให้เกิดปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ชุมชน และประเทศชาติ ดังนั้นทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน ควรตระหนักและร่วมมือกันอย่างจริงจังในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยร่วมกันส่งเสริมให้วัยรุ่นได้อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ส่งเสริมและสอนให้วัยรุ่นมีความรู้ในเรื่องเพศศึกษาที่ถูกต้อง การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความเข้าใจปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการแท้งที่ไม่ปลอดภัย เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง และปลอดภัย อันจะส่งผลให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม และตั้งครรภ์เมื่อพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคม เป็นที่ยอมรับของครอบครัว สังคม ชุมชน และเป็นกำลังที่สำคัญของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น. เอกสารประกอบการอบรม “ผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น” (Youth Friendly Health Provider); วันที่ 20-23 เมษายน 2552; ณ โรงแรมทรัพย์ไพรวัลย์แกรนด์ พิษณุโลก. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2552.
2. World Health Organization. Orientation programme on adolescent health for health - care providers. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH); 2003.
3. สุวชัย อินทรประเสริฐ. อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง Adolescent reproductive health: Contemporary practice. การประชุมวิชาการประจำปีสมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ (ไทย) 2553; วันที่ 24 - 25 มิถุนายน 2553; ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพมหานคร: สมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ (ไทย); 2553.
4. สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการเรื่อง แนวทางการจัดการทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ (Update practical guideline management of STI & AIDS); วันที่ 15-17 มีนาคม พ.ศ. 2554; ณ โรงแรมเอสดีอเวนิว กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย; 2554.

5. วิโรจน์ อารีย์กุล. การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น (Adolescent health care and supervision). กรุงเทพมหานคร: กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, ภาควิชาเวชศาสตร์ทหารและชุมชน วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2553.
6. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. Sexual behavior in Thai teenager: from risk factors to prevention. ใน : สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, บรรณาธิการ. รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชมรมสุขภาพวัยรุ่น; 2549.
7. บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: บทบาทของผู้ให้บริการทางสุขภาพ. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด... ปัญหาที่ท้าทาย. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 3 ประจำปี 2553; วันที่ 9-10 กรกฎาคม 2553; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553. หน้า 113-7.
8. สุวชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์, ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, รณชัย คงสกนธ์, นงลักษณ์ บุญไทย, สุวัทนา วรคามิน, และคณะ, บรรณาธิการ. การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง. นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย; 2548.
9. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, มนฤดี โชคประจักษ์ชัด. คลินิกวัยรุ่น: การดูแลตั้งแต่ก่อนและหลังคลอด. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด...ปัญหาที่ท้าทาย. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 3 ประจำปี 2553; วันที่ 9-10 กรกฎาคม 2553; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553. หน้า 172-3.

บทที่ 5
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

สุรัตนา เตาะไธสง
สัญญา ภัทราชัย
นิพรรณพร วรมงคล

คำนำ
พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
เอดส์
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 5
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

สุรัตนา เตาะไธสง
สัญญา ภัทราชัย
นิพรรณพร วรมงคล

คำนำ

เนื่องจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง ทั้งหญิงและชาย แต่เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้ ขาดความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก ไม่ได้เรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างครบถ้วน หรือจากการเรียนรู้กันเองจากเพื่อน หรือสื่อบางชนิดเท่านั้น ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการติดโรค และเมื่อเกิดโรคแล้ว ก็ไม่สามารถที่จะรักษา หรือปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เนื่องจากความอาย และกลัวถูกตำหนิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคงต้องมีบทบาทดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นกลุ่มนี้ตามสมควร โดยควรที่จะต้องมีความรู้ เพื่อช่วยแนะนำการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และแนะนำการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น [1]

จากการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2550 กับ 2554 พบว่า ส่วนใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสี่ยงมากขึ้น ได้แก่

1. กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

- การมีเพศสัมพันธ์ นักเรียนชายจากร้อยละ 3.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.2 และนักเรียนหญิงจากร้อยละ 1.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.0
- เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยจากร้อยละ 50.0 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.1 และนักเรียนหญิงให้คู่เพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางอนามัยจากร้อยละ 50.0 ลดลงเป็นร้อยละ 44.9

2. กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

- การมีเพศสัมพันธ์ นักเรียนชายจากร้อยละ 21.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.0 และนักเรียนหญิงจากร้อยละ 12.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.4

- เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.7 เป็นร้อยละ 51.1 นักเรียนหญิงให้คู่เพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.3 เป็นร้อยละ 54.1

3. กลุ่มนักเรียนระดับอาชีวะศึกษา

- การมีเพศสัมพันธ์ นักเรียนชายจากร้อยละ 40.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 49.8 และนักเรียนหญิงจากร้อยละ 34.1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.6

- เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยจากร้อยละ 48.3 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.4 นักเรียนหญิงให้คู่เพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางอนามัยจากร้อยละ 41.3 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.0 และนักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยกับคู่รักที่รู้จักกันผิวเผินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.6 กับชายเพศเดียวกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.3 เป็นร้อยละ 52.5 กับหญิงขายบริการทางเพศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.0 เป็นร้อยละ 59.1

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases: STD) [2-6]

อาการอย่างไรที่บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อ

ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคอาจจะแสดงอาการไม่ชัดแจ้ง หรือแสดงอาการเพียงเล็กน้อย อาการต่อไปนี้จะเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว

1. ผู้หญิงคันที่ช่องคลอด อาจมีตกขาว
2. ผู้ชายมีหนองหรือน้ำเหลืองออกจากท่อปัสสาวะ
3. เจ็บแสบขัดเมื่อถ่ายปัสสาวะ หรือเมื่อมีเพศสัมพันธ์
4. ปวดท้องน้อย
5. เจ็บคอ อาจมีจุดหนองที่คอ ในคนที่มีเพศสัมพันธ์ทางปาก
6. แผลตื้นๆ ตุ่มน้ำ หรือติ่งเนื้อในปาก ที่คอ หรือบริเวณอวัยวะเพศ
7. เจ็บปวดบริเวณรอบทวารหนัก ในคนที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
8. มีผื่นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า
9. มีต่อมน้ำเหลืองโต

เชื้อที่ทำให้เกิดโรค

เชื้อก่อโรคมีหลายชนิด เช่น

1. เชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดซิฟิลิส แผลริมอ่อน หนองใน หนองในเทียม
2. เชื้อไวรัส ทำให้เกิดหูดหงอนไก่ เริมอวัยวะเพศ
3. เชื้อรา ทำให้เกิดเชื้อราในช่องคลอด
4. เชื้อพยาธิ ทำให้เกิดพยาธิในช่องคลอด
5. แมลง ทำให้เกิดหิด โลน

โรคซิฟิลิส (syphilis)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ Treponema pallidum

อาการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นแผล หลังติดเชื้อ 10-90 วัน จะเกิดตุ่มๆ เล็กบริเวณอวัยวะเพศ หรือบริเวณอื่นแล้วแต่ตำแหน่งที่เชื้อเข้าไป เช่น ริมฝีปาก นิ้วมือ ลิ้น หัวนม ทวารหนัก เป็นต้น ต่อมาจะแตกกลายเป็นแผลซึ่งค่อยๆ ใหญ่ มักเป็นแผลเดียว แผลไม่เจ็บไม่คัน แผลดูสะอาด ขอบเรียบและแข็ง บางคนเรียก “โรคแผลริมแข็ง” (hard chancre) หลังตุ่มขึ้น ประมาณ 1 สัปดาห์ จะพบต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโตทั้งสองข้าง มีลักษณะแข็ง แยกจากกัน กดไม่เจ็บ สีผิวหนังบริเวณต่อมน้ำเหลืองไม่เปลี่ยนเป็นสีคล้ำและหากตรวจเลือด venereal disease research laboratory (VDRL) ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังมีแผลจะพบเลือดบวก แผลซิฟิลิสสามารถหายเองได้ภายในเวลา 3-8 สัปดาห์ แม้จะรักษาไม่ถูกต้องหรือไม่รักษาก็ตาม แต่ไม่ได้หมายความว่าโรคจะหายไปด้วย โรคจะลุกลามเข้าสู่ระยะที่ 2

ระยะที่ 2 เข้าข้อ ออกดอก มักจะเกิดหลังจากที่เป็นแผลซิฟิลิสระยะที่ 1 ประมาณ 6-8 สัปดาห์ แต่บางรายอาจจะนานเป็นเวลาหลายเดือนก็ได้ ระยะนี้เชื้อกระจายไปตามกระแสเลือดและต่อมน้ำเหลือง ทำให้เกิดอาการแสดงได้หลายอย่าง ได้แก่

1) อาการทั่วไป ผู้ป่วยมักมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือกระดูก ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว
2) มีผื่น ผื่นจะขึ้นทั่วตัว ไม่คัน และลักษณะเฉพาะของผื่น คือ ขึ้นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ซึ่งต่างจากโรคผื่นอื่นๆ ที่มักไม่ขึ้นที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า
3) มีหงอนไก่ (condyloma lata) ขึ้นที่บริเวณรอบอวัยวะเพศ หรือทวารหนัก
4) มีแผลที่บริเวณเยื่อบุในช่องปาก หรือบริเวณอวัยวะเพศ มีลักษณะเป็นแผลตื้นๆ มีเยื่อสีขาวปนเทาคลุมอยู่
5) ผมร่วง ลักษณะที่พบบ่อย คือ ร่วงเป็นหย่อมๆ อาจดูคล้ายถูกแมลงแทะ แต่บางรายอาจร่วงทั่วศีรษะก็ได้

ระยะนี้อาจจะค่อยๆ หายไปเองแม้ไม่รักษา หรือรักษาไม่ถูกวิธี แต่ไม่ได้หมายความว่าโรคทุเลาหรือหายขาด โรคจะเข้าสู่ระยะแฝง เชื้ออาจแฝงตัวนานเป็นปี อาจนานเป็น 5 ปี 10 ปี หากตรวจเลือด VDRL จะให้ผลบวก

ระยะที่ 3 ระยะทำลาย เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่ถูกวิธี เช่น ซื้อยากินเองทำให้เชื้อเข้าสู่สมองและไขสันหลัง ทำให้เป็นอัมพาต เดินเซ ชัก ความจำเสื่อม หูหนวก ตาบอด และหากเชื้อเข้าทำลายหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ (aorta) จะปรากฏอาการเส้นเลือดใหญ่โป่งพอง ลิ้นหัวใจรั่ว ทำให้การทำงานของหัวใจเสื่อม หรือล้มเหลวได้ในที่สุด

การรักษา

ระยะที่ 1 ยาที่ใช้ คือ benzathine penicillin ในกรณีผู้ป่วยแพ้ penicillin ให้รักษาด้วยยาอื่น คือ doxycycline, tetracycline หรือ erythromycin เป็นต้น

ระยะที่ 2 ใช้ยาเช่นเดียวกับระยะแรก แต่ใช้เวลาในการรักษานานกว่า ยกเว้นกรณีที่เป็นซิฟิลิส เข้าระบบประสาท จะมีการรักษาที่แตกต่างออกไป เนื่องจากเป็นภาวะโรคที่รุนแรงและรักษายากขึ้น

ข้อแนะนำ ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ว่าชนิดใด ควรตรวจเลือด VDRL ทุกรายเพื่อให้แน่ใจว่าไม่เป็นซิฟิลิส หรือถ้าเป็นจะได้ให้การรักษาตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงตามมา

โรคแผลริมอ่อน (chancroid)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ haemophilus ducreyi

อาการ หลังได้รับเชื้อ 2-7 วัน จะมีแผลเล็กๆที่ปลายอวัยวะเพศ เช่น องคชาต ปากช่องคลอด ลักษณะคล้ายแผลเปื่อย ขอบไม่แข็ง ไม่เรียบ ถ้าแตะถูกแผลมักมีเลือดออกง่าย และรู้สึกเจ็บ มักมีหลายแผล

การรักษา ใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง ดังต่อไปนี้ เช่น ceftriaxone, erythromycin, azithromycin หรือ ciprofloxacin เป็นต้น ส่วนแผลให้ชะล้างด้วยน้ำเกลือ

อาการแทรกซ้อน เชื้ออาจลุกลามไปตามท่อน้ำเหลือง ทำให้เกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ ต่อมน้ำเหลืองจะโตติดกันเป็นพืดและเจ็บ ลักษณะเป็นสีคล้ำและนุ่ม ส่วนมากโตเพียงข้างเดียว อาจเป็นหนองและแตกเป็นแผลได้

โรคหนองใน (gonorrhea)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ neisseria gonorrhoeae

อาการ ในผู้ชาย หลังได้รับเชื้อประมาณ 2-10 วัน จะมีอาการอักเสบของท่อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะแสบและมีหนองไหล ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการน้อย หรือมีมูกข้นคล้ายหนองในเทียมได้ อาจจะมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต กดเจ็บ และร้อยละ 10 อาจไม่แสดงอาการผิดปกติ

ในผู้หญิง ตกขาวเป็นหนองหรือมูกปนหนอง มีกลิ่นเหม็น ไม่คัน ปัสสาวะแสบขัด อาจจะมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต กดเจ็บ และประมาณร้อยละ 50 อาจไม่มีอาการผิดปกติ

การรักษา ยาที่ใช้ได้ผลดี ได้แก่ ceftriaxone ฉีดเข้ากล้ามครั้งเดียว หรือใช้กินครั้งเดียว เช่น cefixime, ciprofloxacin, ofloxacin

อาการแทรกซ้อน

ในผู้ชาย ถ้าไม่ได้รับการรักษา เชื้ออาจลุกลามไปยังบริเวณใกล้เคียง เช่น ทำให้ท่อปัสสาวะอักเสบหรือเป็นฝี ต่อมลูกหมากอักเสบ อัณฑะอักเสบ ซึ่งอาจทำให้กลายเป็นหมันได้

ในผู้หญิง เชื้ออาจลุกลามทำให้ต่อม bartholin's gland อักเสบ หรือเป็นฝี เยื่อบุมดลูกอักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ ซึ่งถ้าอักเสบรุนแรง อาจทำให้ท่อนำไข่ตีบตัน กลายเป็นหมัน ตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy)

ทั้งสองเพศ ถ้าเชื้อเข้ากระแสเลือดไปที่ข้อ ทำให้เกิดการอักเสบของข้อ (arthritis) ที่พบ คือ ข้อมือ ข้อเท้า ข้อเข่า แต่ก็เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อย

ข้อแนะนำ

1. ระหว่างการรักษา ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ 2-4 สัปดาห์ และงดดื่มเหล้า เพราะอาจทำให้มีหนองไหลมากขึ้น
2. ในผู้ป่วยหญิงหากตั้งครรภ์ ต้องรีบรักษาให้หายขาด เพราะลูกอาจติดเชื้อระหว่างคลอดทำให้ตาอักเสบรุนแรง และอาจทำให้ตาบอดได้

โรคหนองในเทียม (non-gonococcal urethritis/non gonococcal cervicitis)

สาเหตุ ประมาณร้อยละ 40 เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ chlamydia trachomatis ร้อยละ 10 มีสาเหตุจาก เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อพยาธิ และอีกร้อยละ 50 ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด

อาการ ในผู้ชาย หลังติดเชื้อประมาณ 1-4 สัปดาห์ อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหล ซึ่งอาจเป็นมูกใสหรือขุ่นๆ จากท่อปัสสาวะ แต่จะไม่เป็นหนองข้นหรือออกมากแบบหนองใน บางรายในระยะแรกอาจสังเกตได้ว่ามีอาการแสบที่ท่อปัสสาวะและมีมูกออกเล็กน้อยในช่วงเช้าเท่านั้น

ในผู้หญิง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ส่วนน้อยอาจมีอาการตกขาวผิดปกติ

เนื่องจากอาการของโรคไม่เด่นชัดและจำเพาะ โดยทั่วไปใช้วิธีการย้อม gram stain จากสารคัดหลั่งจากท่อปัสสาวะ หรือปากมดลูก เพื่อวิเคราะห์แยกจากโรคหนองใน เชื้อรา เชื้อพยาธิ และพบเม็ดเลือดขาวมากกว่าเกณฑ์ปกติ ให้ถือว่าเป็นหนองในเทียม

การรักษา ยาที่ใช้ เช่น doxycycline, azithromycin, ofloxacin หรือ erythromycin base เป็นต้น

ข้อแนะนำ

1. ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ และงดดื่มเหล้า จนกว่าจะรักษาหาย
2. โรคหนองในเทียมอาจเป็นเรื้อรัง และรักษายากกว่าหนองใน เนื่องจากส่วนใหญ่จะตรวจไม่พบเชื้อ แต่โรคหนองในเทียมที่เกิดจาก chlamydia trachomatis สามารถรักษาหายขาดได้ใน 14 วัน
3. ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นหนองในเทียมจากเชื้อ chlamydia trachomatis อาจได้รับเชื้อระหว่างคลอด ทำให้เกิดตาอักเสบได้ แต่อาการรุนแรงน้อยกว่าตาอักเสบจากหนองใน

หูดหงอนไก่ (condyloma accuminata หรือ genital wart)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัสชื่อ human papilloma virus (HPV) ระยะฟักตัว 1-6 เดือน

อาการ มีลักษณะเป็นติ่งเนื้อสีชมพูงอกบานออกทางด้านนอก ดูคล้ายหงอนไก่ หรือดอกกะหล่ำ ในผู้ชายมักเป็นบริเวณรอบๆ ปลายองคชาต บางครั้งอาจเกิดที่ปากท่อปัสสาวะ และอาจงอกลามลึกเข้าไปภายในได้ ผู้ชายรักร่วมเพศมักพบหูดที่รอบทวารหนักซึ่งอาจลุกลามเข้าไปภายใน ในผู้หญิงพบบ่อยที่ปากช่องคลอด ในช่องคลอด และปากมดลูก และในระหว่างการตั้งครรภ์ หรือมีตกขาว หูดอาจเจริญงอกงามแพร่กระจายรวดเร็ว

การรักษา เป็นการรักษาเฉพาะที่ ได้แก่

1. ใช้ podophyllin in tincture benzoin ชนิด 10-25% ทาเฉพาะที่หูด ไม่ให้ถูกผิวหนังปกติ เพราะจะระคายเคืองมาก หลังทายาแล้วควรรอจนแห้ง แล้วให้ผู้ป่วยล้างออกหลังทายาไปแล้ว 3-4 ชั่วโมง เพื่อลดการระคายเคือง ถ้าหูดไม่หลุดออกภายใน 3-4 วัน ให้ทาซ้ำสัปดาห์ละครั้ง ถ้าทำซ้ำ 4-6 สัปดาห์แล้วไม่หาย ควรใช้วิธีอื่น ยานี้ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ เพราะมีฤทธิ์ทำลายเซลล์ (antimitotic) และมีพิษต่อระบบส่วนกลางและไขสันหลัง
2. การทำลายหูดด้วยการทำหัตถการ เช่น การจี้ด้วยความเย็น (cryosurgery) การจี้ด้วยไฟฟ้า (electrocautery) หรือการผ่าตัดด้วยแสงเลเซอร์ (laser surgery)

ข้อแนะนำ ในผู้หญิงที่เป็นหูดหงอนไก่ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงควรตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกอย่างน้อยปีละครั้ง

โรคเริมอวัยวะเพศ (genital herpes)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัส ชื่อ herpes simplex virus (HSV) แบ่งเป็น 2 ชนิด

- HSV-1 เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเริมที่ปาก แต่สามารถทำให้เกิดโรคเริมอวัยวะเพศได้ด้วย ประมาณร้อยละ 5-30
- HSV-2 เป็นสาเหตุสำคัญของโรคเริมอวัยวะเพศ ประมาณร้อยละ 70-95

อาการ ผู้ติดเชื้อเริมครั้งแรก หลังจากได้รับเชื้อ 2-14 วัน จะมีอาการแสบๆ คันๆ ต่อมาจะขึ้นเป็นตุ่มน้ำเล็กๆ มีอาการแสบร้อนและคัน ในผู้ชายจะพบบริเวณองคชาต ในผู้หญิงพบที่ปากช่องคลอดในช่องคลอด หรือปากมดลูก จากนั้นภายใน 24-48 ชั่วโมง ตุ่มน้ำแตกเป็นแผลเล็กๆ หลายแผล มีน้ำเหลืองไหลเยิ้ม ผิวหนังบริเวณที่เป็นแผลจะบวมแดง และเจ็บปวดมาก แผลที่เกิดขึ้น ถ้าไม่มีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม จะค่อยๆ แห้ง ตกสะเก็ด และหายได้โดยไม่เกิดแผลเป็นในเวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ บางรายมีอาการปัสสาวะลำบาก หรือแสบร้อนในท่อปัสสาวะ มีต่อมน้ำเหลืองโต กดเจ็บแต่ไม่มาก ไม่ติดแน่นกับอวัยวะข้างเคียง และค่อนข้างแข็ง

การรักษา ยังไม่มียาที่รักษาให้หายขาด การรักษาจึงทำได้เพียงบรรเทาอาการเท่านั้น ในรายที่ติดเชื้อครั้งแรกยาต้านไวรัสที่นิยมใช้ คือ acyclovir ส่วนตัวอื่นๆ ที่สามารถใช้ได้ เช่น famciclovir, valacyclovir เป็นต้น และควรได้รับการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการอื่นๆ เช่น

1. ใช้น้ำเกลือ ชนิด 0.9% หรือสารละลาย zinc sulphate ชนิด 0.25-1% ล้างแผลวันละ 2-3 ครั้ง หรือนั่งแช่ sitz bath ด้วยน้ำอุ่น
2. ให้ยาแก้ปวดชนิดแรง
3. ถ้ามีการติดเชื้อซ้ำเติมจากแบคทีเรีย ก็ให้ยาปฏิชีวนะ

การเกิดโรคซ้ำ ภายหลังการติดเชื้อไวรัส herpes สามารถแฝงตัวอยู่ที่ปมประสาทได้อย่างถาวร และอาจถูกกระตุ้นการเกิดโรคซ้ำ ปัจจัยการกระตุ้น ได้แก่ ความเครียด แสงแดด สภาวะร่างกายอยู่ในช่วงพักผ่อนไม่เพียงพอ ภูมิต้านทานลดลง มีประจำเดือน ซึ่งการรักษา คือ การให้ยาในขนาดที่ลดลง แต่ระยะเวลาใช้ยานานขึ้นเป็นเดือน หรือหลายๆ เดือน พบว่าได้ผลดี

ข้อแนะนำ

1. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่า แม้โรคนี้จะเป็นๆ หายๆ เรื้อรัง แต่ก็ไม่มีอันตรายร้ายแรง ไม่ควรเปลี่ยนหมอ เปลี่ยนโรงพยาบาลบ่อย
2. ในผู้หญิงหากพบรอยโรคที่ปากมดลูก ควรตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกอย่างน้อยปีละครั้ง
3. ควรงดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าแผลเริมจะหาย
4. ผู้ที่เป็นโรคเริมกำเริบถี่มาก หรือรุนแรง หรือเป็นแผลเริมเรื้อรังเกิน 1 เดือน ควรตรวจเลือดหาเชื้อ HIV (รายละเอียดในเอดส์)
5. หญิงตั้งครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด อาจจะต้องคลอดโดยการผ่าท้องคลอด เพราะเริมติดถึงทารกขณะคลอดผ่านช่องคลอด อาจจะเกิดอันตรายต่อทารกได้

เชื้อราในช่องคลอด (vaginal candidosis)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อรา ชื่อ candida albicans

อาการ มีอาการคันอย่างรุนแรงในช่องคลอด และมีตกขาวลักษณะข้นขาวคล้ายแป้งเปียกหรือคราบนม อาจมีอาการปัสสาวะขัด อาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ บริเวณปากช่องคลอด หรือขาหนีบพบผื่นแดงขอบเขตชัด บวม มีขุย และพบรอยเกา

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน ผู้ที่มีภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ (เช่น เบาหวาน เอดส์)

การรักษา ให้ยาเหน็บช่องคลอด เช่น nystatin, clotrimazole หรือกิน ketoconazole

ข้อแนะนำ หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือสวนล้างช่องคลอดโดยไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้ชุดชั้นในชนิดใยสังเคราะห์ที่รัดแน่น และไม่ปล่อยให้เกิดการอับชื้น

พยาธิในช่องคลอด (vaginal trichomoniasis)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อโปรโตซัวหรือพยาธิ ชื่อ trichomonas vaginalis

อาการ มีอาการคันอย่างรุนแรงในช่องคลอด มีตกขาวเป็นสีเหลือง หรือเขียว มีกลิ่นหม็น มักออกเป็นจำนวนมาก และมีลักษณะเป็นฟองๆ อาจมีอาการปัสสาวะขัด ปวดแสบ ปวดเวลาปัสสาวะ

หากนำตกขาวไปส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบเชื้อ trichomonas vaginalis เคลื่อนไหวไปมา ขนาดของเชื้อใกล้เคียงกับขนาดของเม็ดเลือดขาว

การรักษา ยาที่ใช้ คือ metronidazole

ข้อแนะนำ ผู้ชายที่ติดเชื้อตัวนี้ มักไม่มีอาการ แต่สามารถแพร่เชื้อได้ เพื่อป้องกันมิให้ผู้หญิงติดเชื้อซ้ำ ผู้ชายคู่เพศสัมพันธ์ควรรักษาไปพร้อมๆ กัน

หิด (scabies)

สาเหตุ หิดเป็นตัวไรเล็กๆ ชื่อ sarcoptes scabiei ตัวเมียเมื่อผสมพันธุ์แล้ว จะขุดรูอยู่ใต้ผิวหนังชั้นนอกสุด และวางไข่ ไข่จะฟักเป็นตัวอ่อนใน 3-4 วัน และอาศัยอยู่ในรูขุมขน ทำให้รูขุมขนเป็นตุ่มแดงและมีอาการคัน

อาการ มีตุ่มน้ำใสๆ และตุ่มหนอง มีการกระจายของตุ่มจะเหมือนกันทั้งสองข้างของร่างกาย พบที่ง่ามนิ้วมือ นิ้วเท้า ข้อมือ ข้อเท้า ข้อศอก รักแร้ รอบหัวนม รอบสะดือ อวัยวะเพศ และก้น จะคันมาก โดยเฉพาะในตอนกลางคืน

การรักษา ใช้ benzyl benzoate ชนิด 25% ทา โดยอาบน้ำถูสบู่ให้สะอาด ถ้าใช้ผ้าหรือแปรงขนนุ่มขัดถูด้วยยิ่งดี แล้วเช็ดตัวให้แห้ง ทายาทุกส่วนของร่างกายรวมทั้งที่ปกติ ทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง แล้วทาซ้ำ อย่าเพิ่งอาบน้ำ ถ้าต้องล้างมือก็ให้ทายาซ้ำ จนครบ 48 ชั่วโมงนับจากทายาครั้งแรก แล้วจึงอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว และผ้าปูที่นอนใหม่ทั้งหมด

โลน (pediculosis pubis)

สาเหตุ โลนเป็นแมลงตัวเล็กๆ คล้ายเหา อยู่ตามบริเวณหัวหน่าว

อาการ เกิดตุ่มแดงมีรอยบุ๋มตรงกลาง คันมาก และอาจเกาจนเป็นตุ่มหนองพุพอง

การรักษา ใช้ benzyl benzoate ชนิด 25% ทาบริเวณที่เป็นทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง และทำซ้ำอีกใน 1 สัปดาห์

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนที่เพิ่งรู้จัก หรือยังไม่รู้จักดีพอ เพราะคนนั้นอาจจะเป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อสูง เช่น มีคู่นอนหลายคน เป็นต้น
2. ไม่เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อยๆ
3. มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย คือ ใช้ถุงยางอนามัย เพื่อไม่ให้มีสารคัดหลั่งและของเหลวของคู่มาสัมผัสตัว และไม่สัมผัสกับแผลหรือร่องรอยโรคที่ผิวหนัง ให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ร่วมเพศ ไม่ว่าจะมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทางทวารหนัก หรือทางปาก นอกจากนี้ยังป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีอีกด้วย
4. สำรวจลักษณะการติดเชื้อบางอย่างที่พอสังเกตได้ เช่น ติ่งหูดหงอนไก่ หนองที่ท่อปัสสาวะ แผลที่อวัยวะเพศ ถ้าเห็นสิ่งเหล่านี้ ต้องปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ด้วยอย่างเข้มแข็ง

5. การดื่มน้ำก่อนมีเพศสัมพันธ์ และถ่ายปัสสาวะทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์ หรือการฟอกล้างสบู่หลังมีเพศสัมพันธ์ อาจช่วยลดการติดเชื้อได้บ้าง แต่ไม่ใช่ได้ผลกับทุกราย

6. หากเป็นไปได้ ควรตรวจโรคก่อนการมีเพศสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะเมื่อตัดสินใจจะแต่งงานกัน

7. เมื่อมีอาการใดๆ ควรพบแพทย์ การเริ่มรักษาเร็วจะมีผลดีกว่าเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องรักษาให้ครบตามแพทย์ให้ยา และติดตามผลว่ารักษาหายแล้ว รวมถึงต้องรักษาคู่เพศสัมพันธ์ด้วยก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อไป

เอดส์ [1, 7 - 11]

เอดส์: AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) หรือโรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เกิดจากเชื้อไวรัสชื่อ human immunodeficiency virus (HIV : เอชไอวี) โรคนี้เกิดการระบาดในทวีปแอฟริกาก่อนที่จะแพร่กระจายไปยังสหรัฐอเมริกา ยุโรป และลุกลามไปทั่วโลก เชื้อนี้ถูกพบครั้งแรกปี พ.ศ. 2526 ในประเทศฝรั่งเศส และสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2527 และจากการคาดประมาณโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2553 จำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์สะสมประมาณ 1,161,244 ราย เป็นผู้เสียชีวิตประมาณ 644,128 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ 522,548 ราย คาดว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่อีก 10,853 ราย

สาเหตุ เชื้อเอชไอวีเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง เป็นผลทำให้เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรงและเรื้อรังจนเสียชีวิตในที่สุด

การแพร่กระจายของโรค การแพร่เชื้อมักอาศัยทางเลือด ทางน้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด ส่วนการแพร่ทางน้ำตา และน้ำลายยังไม่มีรายงานชัดเจน ดังนั้นจึงสามารถแบ่งการแพร่กระจายออกได้ ดังนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์ โดยการรับเอาน้ำกามหรือน้ำในช่องคลอดเข้าไปทางบาดแผลที่เกิดจากการร่วมเพศ เพราะขณะมีเพศสัมพันธ์มักจะมีรอยปริหรือรอยถลอกเล็กน้อยเกิดขึ้นที่อวัยวะเพศหรือทวารหนัก ทำให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้โดยง่าย และเป็นช่องทางการแพร่กระจายโรคมากที่สุดในขณะนี้
2. ทางเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด
   - 2.1 การถ่ายเลือดให้ผู้ป่วยที่เสียเลือดไปมาก หรือผู้ป่วยโรคเลือดบางชนิดที่จำเป็นต้องรับการถ่ายเลือด ถ้าเลือดมีเชื้อเอชไอวีอยู่ ผู้ป่วยก็จะติดเชื้อได้
   - 2.2 ในกลุ่มพวกติดยาเสพติดชนิดฉีด สามารถติดต่อได้เมื่อใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้ป่วยเอดส์
   - 2.3 การปลูกถ่ายอวัยวะของผู้ติดเชื้อเข้าไปในร่างกาย หรือการผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของผู้ติดเชื้อ

3. จากมารดาสู่ทารกในครรภ์ ทารกมีโอกาสได้รับเชื้อจากมารดาที่ติดเชื้อได้ในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือการกินนมมารดา

บุคลากรทางการแพทย์สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้โดยสัมผัสกับเลือด หรือสารคัดหลั่งอื่นๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากถูกเข็มทิ่มตำ หรือของมีคมบาด

อาการ แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. ระยะติดเชื้อไม่มีอาการ ตั้งแต่เริ่มได้รับเชื้อ ร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อไม่ปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้อบางรายมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ เช่น ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ รวมถึงการมีต่อมน้ำเหลืองโต มักคลำได้บริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ หรือที่เรียกว่า persistent generalized lymphadenopathy (PGL) เป็นอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ ก็จะหายไปเอง และผู้ติดเชื้อก็จะยังคงแข็งแรงปกติเหมือนคนทั่วไป แต่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ ระยะนี้จะเป็นอยู่นานประมาณ 5-10 ปี บางรายอาจนานถึง 15 ปี การตรวจเลือดเท่านั้นจึงจะเป็นการยืนยันการติดเชื้อ ซึ่งทำได้ 2 วิธี คือ

1.1 ตรวจหาแอนติบอดี เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีเพื่อต่อต้านเชื้อ หลังติดเชื้อ 3 - 12 สัปดาห์ นำเลือดของผู้ป่วยมาตรวจด้วยวิธี ELISA (enzyme linked lmmuno-sorbent assay) ถ้าได้ผลบวก แสดงว่ามีแอนติบอดีในเลือด ให้ทำการตรวจซ้ำ 2 ครั้งต่อเนื่องกันยังได้ผลบวกอยู่ และตรวจยืนยันให้แน่นอนอีกครั้ง ด้วยวิธีที่มีความจำเพาะชี้ชัดได้มากกว่าวิธี ELISA เช่น วิธี Western Blot หรือวิธี Immuno Fluorescent ถ้าให้ผลบวกอีกจึงสรุปว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์

1.2 ตรวจหาแอนติเจน (ส่วนประกอบของตัวเชื้อเอชไอวี) จะตรวจพบหลังการติดเชื้อ 2-6 สัปดาห์

2. ระยะที่เริ่มมีอาการหรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ประกอบด้วยอาการที่บ่งบอกถึงภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ต่อมน้ำเหลืองโตเล็กน้อย มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีอาการท้องเสียบ่อย มีไข้เป็นๆ หายๆ และน้ำหนักตัวลดโดยไม่มีสาเหตุ มีฝ้าขาวเกิดขึ้นในปากและลิ้น บางรายเป็นเริมที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศบ่อย เป็นงูสวัดหรือเชื้อราในปากและช่องคลอด บางรายมีอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ

3. ระยะเอดส์เต็มขั้น พบการติดเชื้อฉวยโอกาส จากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด 6 อันดับแรก คือ

3.1 วัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด

3.2 โรคปอดบวม ที่เรียกว่า pneumocystis carinii

3.3 น้ำหนักลด ซูบผอมมาก เรียกภาวะนี้ว่า wasting syndrome

3.4 ติดเชื้อรา cryptococcus ที่เยื่อหุ้มสมอง cryptococcosis

3.5 ติดเชื้อรา candida ที่หลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด (candidiasis)

3.6 ปอดบวมจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ที่มีอาการเป็นซ้ำมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

การรักษา

เอดส์ยังไม่มียารักษาให้หายขาด แต่การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อมีการพัฒนาไปมาก ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีภูมิต้านทานดีขึ้น การใช้ยาต้านไวรัสมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การลดปริมาณไวรัส และการเพิ่มระดับภูมิต้านทาน และวัตถุประสงค์รอง คือ การใช้ยาอย่างปลอดภัย และมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของผู้ติดเชื้อแต่ละรายและแพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านไวรัสในกรณี ดังนี้

1. เมื่อมีอาการแสดงของโรคแล้ว
2. เมื่อยังไม่มีอาการแสดง แต่ตรวจเลือดพบว่า มี CD_4 (ชนิดของเม็ดเลือดขาวในระบบภูมิคุ้มกัน) ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (CD_4 ค่าปกติ 600 - 1,200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และเป็นตัวบ่งบอกถึงความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกัน ถ้ายิ่งต่ำก็แสดงว่าระบบภูมิคุ้มกันยิ่งอ่อนแอ)
3. เมื่อยังไม่มีอาการแสดง ค่า CD_4 มากกว่า 500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร แต่มีปริมาณเชื้อเอชไอวี (viral load) มากกว่า 30,000 ตัวต่อมิลลิลิตร

ยาต้านไวรัส แบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่ม nucleoside teverse yranscriptase inhibitor (NRIT) ยากลุ่มนี้ ได้แก่ lamivudine (3TC), emtricitabine (FTC), zidovudine (AZT), stavudine (d4T)
2. กลุ่ม non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRIT) ยากลุ่มนี้ ได้แก่ nevirapine (NVP), efavirenz (EFV)
3. กลุ่ม protease inhibitor (PI) ยากลุ่มนี้ ได้แก่ lopinavir (LPV), ritonavir (RTV)

การให้ยาต้านไวรัสต้องใช้อย่างน้อย 2-3 ตัว โดยใช้กลุ่มที่ 1 (NRIT) 2 ตัว และกลุ่มที่ 2 (NNRIT) หรือกลุ่มที่ 3 อีก 1 ตัว เช่น AZT+ 3TC + RTV

การใช้ยาต้านไวรัส มีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นอย่างดี ต้องเข้าใจถึงวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง สม่ำเสมอ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเริ่มยาเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม เพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวีกลายพันธุ์ จนเกิดปัญหาการดื้อยา

ข้อแนะนำ

สำหรับผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ ควรปฏิบัติตัว ดังนี้

1. พบแพทย์และตรวจเลือดเป็นระยะตามที่แพทย์แนะนำ
2. ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ งดเหล้าบุหรี่ และสารเสพติด
3. อย่าท้อแท้สิ้นหวัง เสริมสร้างพลังกำลังใจให้ตนเอง และต้องมีสุขภาพจิตดี ด้วยการฟังเพลง ร้องเพลง อยู่ใกล้ชิดธรรมชาติ ฝึกสมาธิ เจริญสติ สวดมนต์ภาวนาตามลัทธิศาสนาที่นับถือ ทำความดีและช่วยเหลือผู้อื่น หากมีโอกาส ควรเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อ หากมีความ

วิตกกังวลควรเล่าให้คนที่ไว้วางใจรับฟัง หรือขอคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หรือองค์กรภาคเอกชน

4. ป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น
   - 4.1 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
   - 4.2 ไม่ใช้เข็มฉีดยา หรือของมีคมร่วมกับคนอื่น
   - 4.3 งดบริจาคเลือดและอวัยวะ
   - 4.4 เมื่อร่างกายเปื้อนเลือด หรือน้ำเหลือง ให้รีบทำความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที นำไปแยกซักให้สะอาดและตากให้แห้ง ควรระวังอย่าให้ผู้อื่นสัมผัสถูกเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อ

สำหรับผู้ป่วยเอดส์ ควรปฏิบัติตัว ดังนี้

1. ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ โดยปรับกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะกับสภาพร่างกาย
2. กินยาและรับการรักษาพยาบาลตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด
3. ทำใจยอมรับ และเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับเรื่องที่จะเกิดขึ้น
4. เมื่อมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ควรป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่กระจายสู่ผู้อื่น เช่น
   - 4.1 ระมัดระวังไม่ให้น้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลืองจากแผล ปัสสาวะ และสิ่งขับถ่ายไปเปรอะเปื้อนผู้อื่น
   - 4.2 ถ้วย ชาม จาม แก้วน้ำ ควรล้างทำความสะอาดด้วยน้ำยาล้างจาน หรือลวกน้ำร้อนทิ้งไว้ให้แห้งก่อน นำไปใช้ใหม่
   - 4.3 ใช้กระดาษ หรือผ้าเช็ดหน้าปิดปาก ปิดจมูกเวลาไอ หรือจาม
   - 4.4 การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่น ระมัดระวังไม่ให้สิ่งขับถ่าย เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ อาเจียน เปรอะเปื้อนพื้นโถส้วม และอ่างล้างมือ ควรทำความสะอาดห้องน้ำด้วยผงซักฟอก หรือน้ำยาล้างห้องน้ำที่มีส่วนผสมของคลอเรกซ์ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นประจำ และล้างมือหลังจากขับถ่ายทุกครั้ง

สำหรับญาติและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ศึกษาให้มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องเอดส์อย่างถ่องแท้
2. ดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ และให้กำลังใจ
3. ไม่สัมผัสกับเลือด น้ำเหลืองจากผู้ป่วย ถ้าจะสัมผัสต้องสวมถุงมือยาง หรืออาจใช้ถุงพลาสติกหลายชั้นแทนก็ได้ แต่ต้องมั่นใจว่าไม่มีรูรั่ว
4. เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอน ถ้าไม่เปื้อนเลือด น้ำเหลืองจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกซัก แต่ถ้าเปื้อนเลือด น้ำเหลือง ให้สวมถุงมือยางเมื่อจับต้อง และแช่ผ้าด้วยน้ำยาฟอกขาวประมาณ 30 นาที ก่อนนำไปซักด้วยผงซักฟอกตามปกติ

5. ทุกคนในบ้านใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม ร่วมกับผู้ป่วยได้ และทำความสะอาดเช่นเดียวกับข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยเอดส์

6. เครื่องครัว ถ้วย ชาม จาม แก้วน้ำ ช้อน ส้อม ไม่ต้องแยกใช้ และในการกินอาหารร่วมสำรับกัน ต้องใช้ช้อนกลางทุกครั้ง เพื่อสุขอนามัยที่ดี

แนวทางการป้องกันเอดส์

1. โดยทั่วไปมักคิดว่า ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มหญิงหรือชายอาชีพบริการทางเพศ กลุ่มสำส่อนทางเพศ และพวกติดสารเสพติด จนทำให้ละเลยต่อกลุ่มบุคคลทั่วไป ซึ่งกลุ่มคนเหล่านั้นมีเพศสัมพันธ์กับแฟนคนเดียว หรือเพื่อนซึ่งดูสวยหล่อ แข็งแรง สะอาด เรียบร้อย ไม่เที่ยวสถานบริการ ไม่ใช้สารเสพติด จึงคิดว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่กลุ่มคนเหล่านี้ไม่เคยรู้หรือเป็นการยากที่จะถามถึงประสบการณ์ทางเพศของคู่ในอดีต และอาจจะไม่รู้ว่าทุกวันนี้คู่มีคนอื่นอยู่หรือเปล่า ฉะนั้นการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่คู่ครอง จึงต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

2. ไม่สำส่อนทางเพศ ไม่มีคู่นอนหลายคน รักษาและยึดมั่นค่านิยมที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น รักเดียวใจเดียว

3. ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

4. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราจนมึนเมา เพราะอาจชักนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

5. ก่อนแต่งงาน ควรตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี หากพบว่าคนใดคนหนึ่งมีเลือดบวก ควรพิจารณาหาทางป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อติดอีกคน และปรึกษากันว่าสมควรจะให้ตั้งครรภ์หรือไม่ รวมทั้งจะคุมกำเนิดอย่างไร

6. การปฏิบัติทางเพศอย่างปลอดภัย (safe sex) ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการสอดใส่

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก [12]

เนื่องจากเชื้อเอชไอวีถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด กล่าวคือ

1. ระยะตั้งครรภ์ เชื้อจะผ่านเซลล์ trophoblast และ macorphages เข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดของทารก ทำให้ทารกมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 23

2. ระยะคลอด ทารกจะสัมผัสกับน้ำคร่ำ เลือด และสารคัดหลั่งในช่องคลอดของมารดา ทารกมีโอกาสติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 65

3. ระยะหลังคลอด เชื้อจะอยู่ในน้ำนม หากเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ทารกก็จะมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 12

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554 โดยให้หญิงตั้งครรภ์และสามี/คู่ครองทุกราย ได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ และผ่านการให้บริการปรึกษาแบบคู่ ในกรณีที่ผลเลือด

เป็นบวก หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลรักษา ตลอดจนคำแนะนำที่เหมาะสม รวมถึงได้รับยาต้านไวรัส และถ้าสามี/คู่ครองติดเชื้อเอชไอวีด้วย ก็จะได้รับการดูแลในคลินิกเอดส์สำหรับผู้ใหญ่ (รายละเอียดดูในภาคผนวก 5)

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลวิธีการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ในภาพรวมไว้ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และสามี/คู่ครอง ควรคำนึงถึง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากโรคติดต่อ การป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยง และการคุมกำเนิด

2. การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากโรคติดต่อ การป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยง การคุมกำเนิด และการยุติการตั้งครรภ์

3. กรณีที่หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งครรภ์แล้ว ต้องได้รับยาต้านไวรัส วิตามินเอหรืออาหารเสริมอื่นๆ และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต้องหลีกเลี่ยงการเสพสารเสพติดและบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ และให้เลี้ยงทารกด้วยนมผสมแทนนมแม่

4. การดูแลมารดาหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อ เพื่อยืดอายุมารดา ต้องมีบริการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนครอบครัว ตรวจติดตามสภาวะสุขภาพ เช่น CD_4, viral load การรับยาต้านไวรัส การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่เชื้อหรือรับเชื้อเพิ่ม และส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

สรุป

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ จัดว่าเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง เนื่องจากบางโรค บางระยะของโรค ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่แสดงอาการ และหากผู้ป่วยไม่มีความตระหนักถึงแผนการรักษาที่ครบถ้วน ผู้ป่วยอาจเผชิญภาวะดื้อยา ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้การรักษามีความยุ่งยากมากขึ้น จึงเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะให้คำแนะนำ ตลอดจนสร้างความไว้วางใจและเข้าใจโดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่น เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแผนการรักษาที่ครบถ้วนและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง แต่สิ่งที่สำคัญกว่านั้น คือ การป้องกันโรค รวมถึงการป้องกันการแพร่เชื้อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย รายงาน ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2553. (เอกสารอัดสำเนา)
2. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจ.เอส.การพิมพ์; 2548.

3. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2544.
4. สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา. การติดเชื้อในอวัยวะสืบพันธุ์ในสตรี. ใน : พรรณทิพย์ ฉายากุล, สุรภี เทียนกรม, เพลินจันทร์ เชษฐ์โชติศักดิ์, ถนอมศักดิ์ อเนกธนานนท์, วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์, อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, บรรณาธิการ. ตำรา โรคติดเชื้อ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง 2548. หน้า 352-67.
5. กรกฎ ศิริมัย. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ใน: สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา, บรรณาธิการ. ความรู้ก่อนสมรส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง 2553. หน้า 21-32.
6. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง 2537.
7. มานพชัย ธรรมคันโธ. ปัญหาเอดส์ในวัยรุ่น. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ธราธิป โคละทัต, บรรณาธิการ. วัยรุ่นตั้งครรภ์และทารกคลอดก่อนกำหนด...ปัญหาที่ท้าทาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง 2553. หน้า 143-56.
8. วิชัย เตชะสาธิต, สุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาและธรรมชาติของโรคติดเชื้อเอชไอวี. ใน: พรรณทิพย์ ฉายากุล, สุรภี เทียนกริม, เพลินจันทร์ เชษฐ์โชติศักดิ์, ถนอมศักดิ์ อเนกธนานนท์, วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์, อนุวัฒน์ กีระสุนทรพงษ์, บรรณาธิการ. ตำราโรคติดเชื้อ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง 2548. หน้า 1132-42.
9. ถนอมศักดิ์ อเนกธนานนท์, วินัย รัตนสุวรรณ, โอภาส พุทธเจริญ, มัทนา หาญวนิชย์. Antiretroviral Therapy. ใน: พรรณพิศ สุวรรณกุล, ชุษณา สวนกระต่าย, ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร. An update on infectious diseases สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สทรีท พริ้นติ้ง 2549. หน้า 319-33.
10. สมนึก สังฆานุภาพ. การดื้อยาต้านเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ยาทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2551.
11. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรแกนนำเยาวชนด้านอนามัยการเจริญพันธุ์. 2552. (เอกสารอัดสำเนา)
12. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.

ส่วนที่

2

การเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อน ตั้งครรภ์

บทที่ 6
การเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

สิริมน วิไลรัตน์
สุวพร ทวีสิทธิ์
สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ

คำนำ
วัตถุประสงค์ของคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์
หลักการและแนวคิดในการจัดบริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์
แนวทางการจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์
ขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 6
การเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

สิริมน วิไลรัตน์
สุวพร ทวีสิทธิ์
สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ

คำนำ

หญิงชายที่กำลังวางแผนจะสมรสหรือใช้ชีวิตร่วมกันควรเตรียมพร้อมในหลายๆ ด้าน เพื่อให้ชีวิตคู่มีความราบรื่น และเกิดปัญหาหลังการสมรสน้อยที่สุด คลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะช่วยประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมเสี่ยง ให้คำปรึกษาแนะแนว และการปรับตัวในการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข โดยทั้งสองฝ่ายจะได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อดูความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายหรือมีโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือโรคทางพันธุกรรมที่สามารถถ่ายทอดไปสู่คู่ของตนเองหรือบุตรที่จะเกิดมาหรือไม่ โรคบางโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้ และสามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน เช่น หัดเยอรมัน ตับอักเสบชนิดบี เป็นต้น และในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคทางพันธุกรรม ก็จะได้หาทางป้องกันหรือวางแผนร่วมกันในอนาคต ในกรณีที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความบกพร่องทางด้านกายวิภาคที่เป็นอุปสรรคต่อการมีบุตร เช่น เป็นหมัน ฝ่ายหญิงมีความผิดปกติของรังไข่หรือมดลูก หรือฝ่ายชายมีเชื้ออสุจิที่ไม่แข็งแรง แพทย์ก็สามารถให้คำแนะนำและหาทางแก้ไขต่อไป นอกจากการตรวจสุขภาพร่างกายแล้ว ยังให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศ วิธีการสื่อสาร อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการวางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรกี่คนและมีเมื่อใด หากยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรก็ควรคุมกำเนิดไว้ก่อน และหากต้องการจะมีบุตร ทั้งคู่จะต้องเตรียมตัวอย่างไร เพื่อให้บุตรที่เกิดมามีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ มีอวัยวะครบ 32 สมองดี และมีพัฒนาการสมวัย อีกทั้งยังเป็นการสร้างความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันในลักษณะบูรณาการงานอนามัยการเจริญพันธุ์อีกด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชากรในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ของคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ เพื่อ

1. ตรวจสุขภาพของชายหญิงและคู่สมรส
2. ระบุความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ของทารกที่จะเกิดจากคู่สมรส
3. ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ชายหญิงและคู่สมรสในการดูแลตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการตั้งครรภ์และการคลอด
4. ให้การดูแลรักษาเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นแก่ชายหญิงหรือคู่สมรสและทารกที่จะเกิดมา

หลักและแนวความคิดในการจัดบริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ควรยึดหลักดังนี้

1. ส่งเสริมสถาบันครอบครัวและความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. ส่งเสริมสุขภาพและความอยู่เป็นสุขของครอบครัวและคู่สมรส
3. ส่งเสริมให้คู่สมรสชายหญิงคิดในด้านบวก หากมีปัญหาเกิดขึ้นให้ชายหญิงและคู่สมรสร่วมใจในการแก้ไขปัญหา
4. ส่งเสริมให้ชายหญิงหรือคู่สมรสร่วมกันตัดสินใจในทางเลือกต่างๆ และให้ยึดถือการตัดสินใจของคู่สมรสเป็นหลักเสมอ เช่น คู่สมรสอาจจะตัดสินใจจะไม่มีบุตร หรือยอมเสี่ยงในกรณีมีความผิดปกติของทารก เป็นต้น

แนวทางการจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

1. สถานที่ตั้ง สามารถจัดตั้งได้ในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีความสะดวกต่อผู้ที่จะมารับบริการ ห้องควรเป็นสัดส่วนสำหรับให้คำปรึกษาพูดคุยเรื่องที่เป็นส่วนตัว และจัดบรรยากาศในห้องให้มีความผ่อนคลาย เหมาะกับการพูดคุยเรื่องครอบครัว
2. มีห้องตรวจร่างกายทั่วไป และมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรค
3. มีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือผ่านการอบรมเรื่องการให้การคำปรึกษาก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์
4. กลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงชายวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนจะสมรส หรือจะใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน หรือคู่สมรสที่ต้องการจะมีบุตร
5. ประชาสัมพันธ์ปิดประกาศแจ้งกำหนดวันเวลาที่ให้บริการอย่างชัดเจน
6. บุคลากรต้องเป็นผู้ที่มีจิตให้บริการ ยิ้มแย้มแจ่มใส สื่อสารอย่างเป็นมิตร เป็นผู้ฟังที่ดี เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี มีความรอบรู้ในเรื่องที่ให้คำปรึกษา มีวิธีพูดให้ผู้ฟังเชื่อถือและไว้วางใจ และสามารถเก็บความลับได้ดี

ตารางที่ 6-1 ขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

ลำดับ	กิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสารประกอบ
1	ทำบัตรประจำตัวให้แก่ผู้รับบริการ	เจ้าหน้าที่ทำบัตรประจำตัวให้แก่ผู้รับบริการ	- บัตรประจำตัวผู้รับบริการ - OPD Card
2	ลงทะเบียน/ซักประวัติผู้มารับบริการทั้งคู่	เจ้าหน้าที่ลงทะเบียน/ซักประวัติผู้มารับบริการทั้งคู่ และซักประวัติ ดังนี้ 1. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทางพันธุกรรม โรคหัด หัดเยอรมัน และอื่นๆ 2. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพของระบบสืบพันธุ์ เช่น รอบระดู ความผิดปกติอื่นๆ 3. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว เช่น เบาหวาน ธาลัสซีเมีย เป็นต้น 4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ฯลฯ 5. การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด (HIV และธาลัสซีเมีย)	- สมุดทะเบียนเจ้าหน้าที่ - คู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส [1] - ก่อนจะแต่งควรจะตรวจ [2] - คู่มือการครองเรือน [3] - เตรียมตัวก่อนใช้ชีวิตคู่ [4] - เพศศึกษา [5] - เพศน่ารู้ในชีวิตคู่ [6] - คู่มือสื่อรักสร้างครอบครัว [7] - บนเส้นทางเดียวกัน บันทึกรักคู่สมรส [8] - คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ [9] - คู่มือประกอบการอบรมโครงการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว [10] - คู่มือการปฏิบัติงานโครงการป้องกันและควบคุมโรค-ธาลัสซีเมีย [11]
3	ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไปและตรวจทางห้องปฏิบัติการ	1. การตรวจสุขภาพทั่วไป ได้แก่ วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ระบบหัวใจ ระบบหายใจ ตรวจตา หู คอ จมูก ต่อมน้ำเหลือง หน้าอกเต้านม ช่องท้อง แขนขา ตรวจภายในและอวัยวะสืบพันธุ์ (ถ้าต้องการ) 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ 2.1 การตรวจเลือด เพื่อตรวจสิ่งต่างๆ ดังนี้ - หมู่เลือด - ความเข้มข้นของเม็ดเลือด - ระดับน้ำตาลในเลือด (เมื่อมีข้อบ่งชี้)	- แบบฟอร์มการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - คู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส [1] - ก่อนจะแต่งควรจะตรวจ [2] - คู่มือการครองเรือน [3] - เตรียมตัวก่อนใช้ชีวิตคู่ [4]

ตารางที่ 6-1 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสารประกอบ
		- ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบชนิดบี - ซิฟิลิส - ภูมิต้านทาน HIV - Haemoglobin Typing 2.2 การตรวจปัสสาวะ 2.3 เอ็กซ์เรย์ปอด (เมื่อมีข้อบ่งชี้) 2.4 ตรวจภายในและคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ถ้าต้องการ)	
4	การให้คำปรึกษาก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์	ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น 1. การเริ่มต้นชีวิตคู่ เพศในชีวิตคู่ และการเตรียมพร้อมด้านต่างๆ 2. โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุ์กรรม โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ 3. การวางแผนครอบครัว 4. กฎหมายน่ารู้สำหรับคู่สมรส 5. สารอาหารที่ฝ่ายหญิงควรได้รับให้เพียงพอก่อนการตั้งครรภ์ และผลเสียต่อบุตรที่จะเกิดมาหากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ 6. บทบาทหญิงชายและการมีส่วนร่วมของผู้ชาย	- คู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส [1] - ก่อนจะแต่งควรจะตรวจ [2] - คู่มือการครองเรือน [3] - เตรียมตัวก่อนใช้ชีวิตคู่ [4] - เพศศึกษา [5] - เพศน่ารู้ในชีวิตคู่ [6] - คู่มือสื่อรักสร้างครอบครัว [7] - บนเส้นทางเดียวกัน บันทึกรัก คู่สมรส [8] - คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ [9] - คู่มือประกอบการอบรมโครงการฝึกอบรมให้คำปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว [10] - คู่มือการปฏิบัติโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย [11] - เทคโนโลยีการคุมกำเนิด [12] - คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว [13] - คู่มือการตรวจเลือดพ่อแม่เพื่อดูแลลูกในครรภ์ [14]

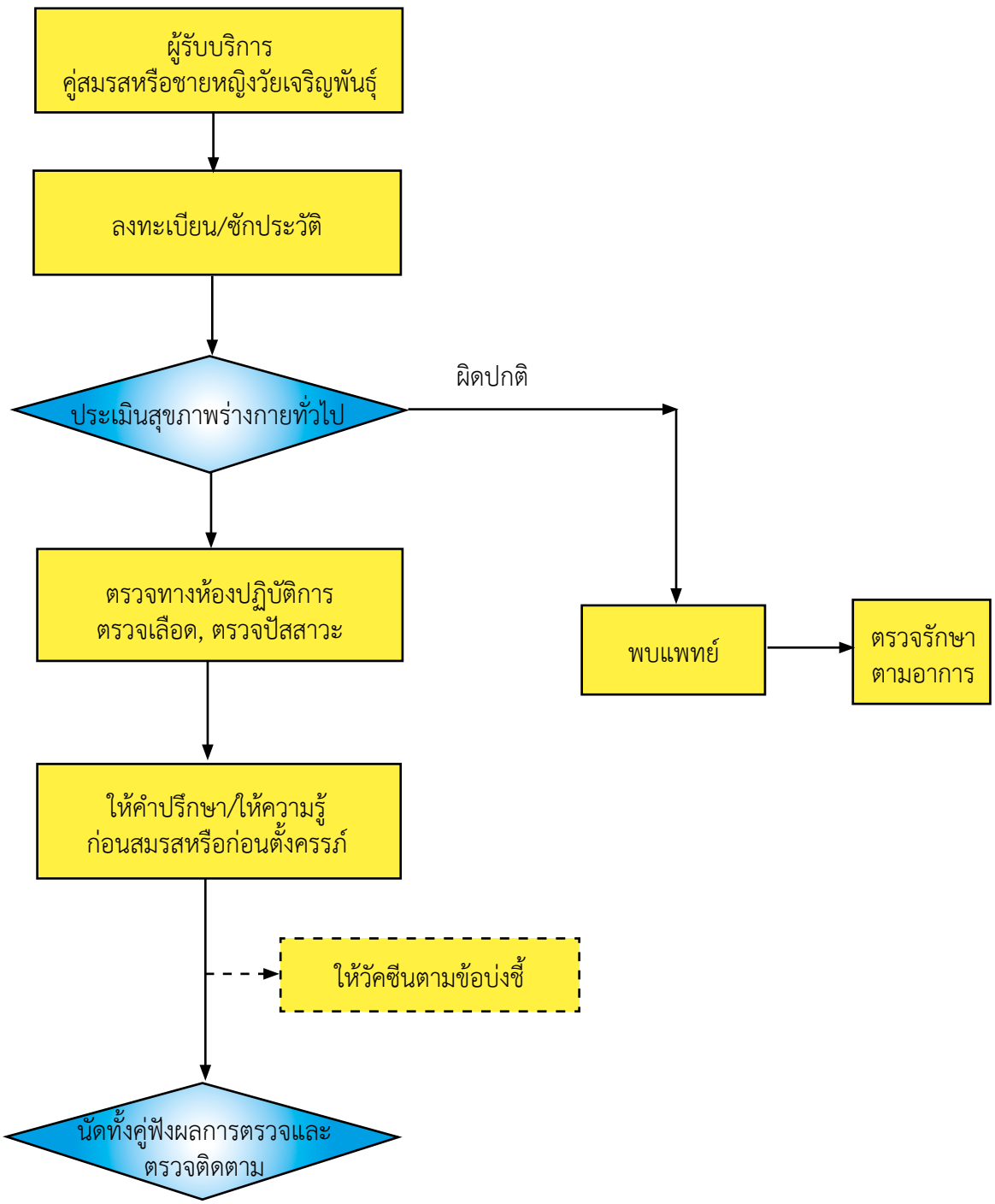
ตารางที่ 6-1 (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรม	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสารประกอบ
			- คู่มือส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก [15] - คู่มือการดำเนินงานและรูปแบบบริการการมีส่วน-ร่วมของผู้ชายในการป้องกัน HIV และดูแลสุขภาพมารดา/ทารก [16] - บทบาทหญิงชายกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ [17] - กฎหมายน่ารู้เรื่องคู่สมรส [18] - คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด [19] - คู่มือการดำเนินงานลูกครบ 32 สมองดี เริ่มต้นที่ 6 สัปดาห์ก่อนตั้งครรภ์ [20] - คู่มือการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 “เด็กไทยเฉลียวฉลาดประเทศชาติแข็งแรง” [21] - อาหารสำหรับแม่และลูก [22] - อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ 4 ภาค [23]
5	การนัดหมายครั้งต่อไป	นัดเพื่อฟังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าสะดวกให้มาพร้อมกันทั้งคู่สมรสหรือก่อนสมรส กรณีตรวจพบความผิดปกติหรือมีความเสี่ยง ให้นัดหมายเพื่อรับบริการครั้งต่อไปตามความจำเป็น	บันทึกข้อมูลการนัดหมายลงในบัตรประจำตัวผู้รับบริการ

ที่มา : กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

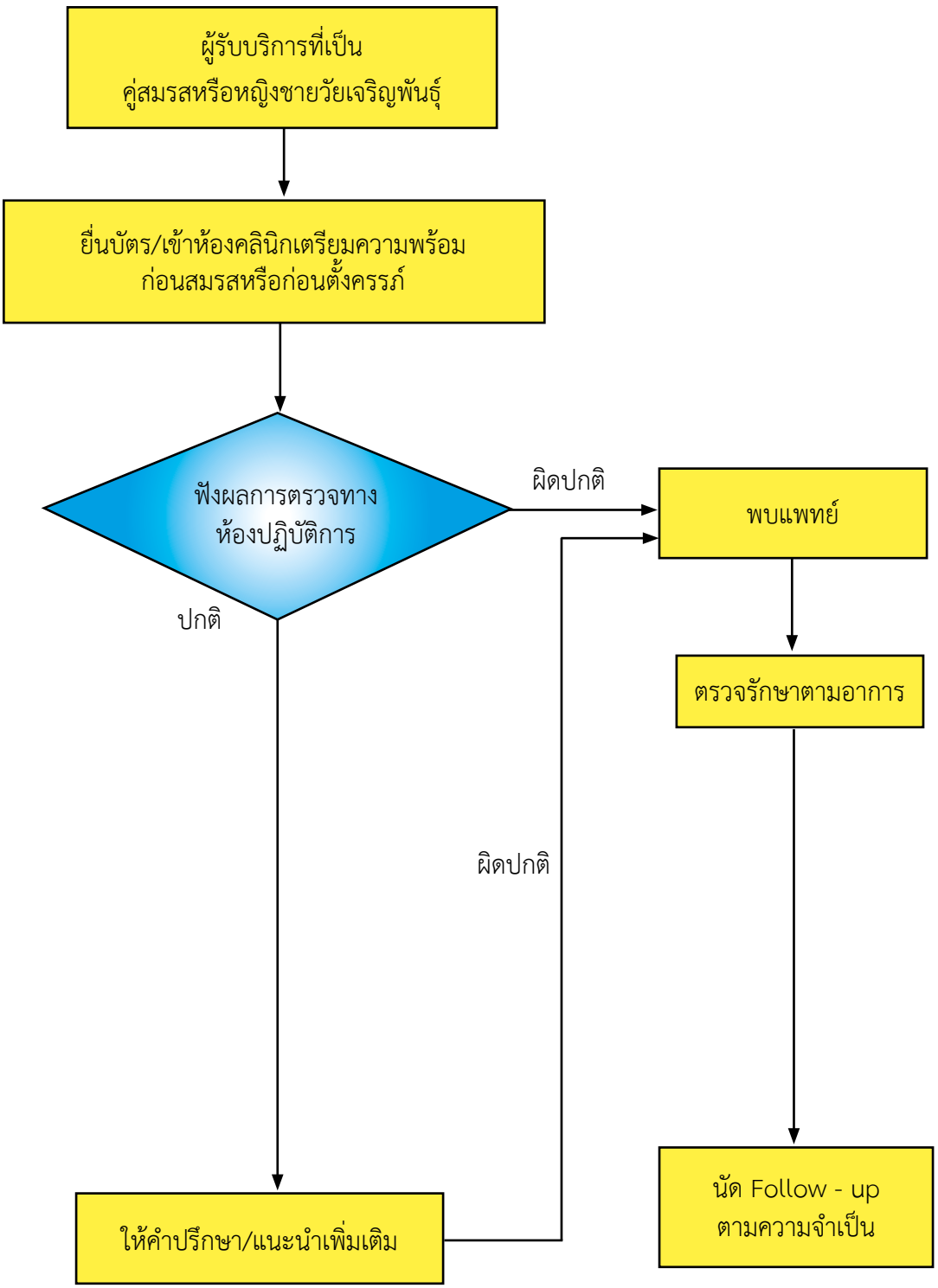
ขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

ผังการให้บริการคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ครั้งที่ 1



รูปที่ 6 - 1 ขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

ผังการให้บริการคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ครั้งที่ 2 และครั้งต่อไป



รูปที่ 6 - 2 ขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ครั้งที่ 2 และครั้งต่อไป

การตรวจร่างกาย

ภายหลังการซักประวัติว่าทั้งฝ่ายชายและหญิงมีประวัติความเจ็บป่วย และความเสี่ยงในการเป็นโรคต่างๆ หรือไม่ ขั้นต่อไปก็เป็นการตรวจร่างกายว่า ทั้งคู่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ การตรวจร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การตรวจสัญญาณชีพ ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย การตรวจลักษณะร่างกายและการเคลื่อนไหวโดยทั่วไป การตรวจระบบศีรษะ ตา หู คอ จมูก การตรวจระบบการหายใจ หัวใจ ปอด ท้อง ลำไส้ ตับ ม้าม การตรวจต่อมน้ำเหลืองหรือมีก้อนเนื้อผิดปกติที่ใด แขนขาและระบบความรู้สึกทั่วไป ส่วนการตรวจภายใน การตรวจอวัยวะเพศ ต้องได้รับความยินยอมและขออนุญาตเป็นพิเศษก่อนเริ่มเสมอ

การให้คำปรึกษาในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์[1 - 23]

ประกอบด้วย

1. ความรู้ในการเริ่มต้นชีวิตคู่และการครองเรือน เนื่องจากทั้งสองฝ่ายมาจากครอบครัวที่ต่างกัน เมื่อมาใช้ชีวิตร่วมกันจึงควรมีการปรับตัวเข้าหากันในหลายๆ ด้าน ได้แก่ อารมณ์ การสื่อสาร สังคม เพศ สภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะฝ่ายหญิงอาจจะมีความวิตกกังวลมาก ส่วนใหญ่ความล้มเหลวในชีวิตสมรสมักเกิดจากพัฒนาการทางอารมณ์ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือของทั้งสองฝ่ายยังไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถปรับอารมณ์ให้พร้อมสำหรับรองรับกับปัญหาต่างๆ ได้

2. ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคหนองใน ซิฟิลิส เริม และเอดส์ เป็นต้น

3. ความรู้เรื่องโรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย เบาหวาน ไวรัสตับอักเสบบี และหัดเยอรมัน เป็นต้น ซึ่งต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นจึงจะทราบ บางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่ถ้าไม่ทราบหรือไม่ได้มีการป้องกัน โรคก็อาจถ่ายทอดไปสู่บุตรได้

4. ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เพื่อจะได้วางแผนว่าควรจะมีบุตรเมื่อใด จะมีกี่คน หากยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรควรเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมวิธีใด และหากต้องการจะมีบุตรควรเตรียมตัวอย่างไร ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการคลอด การฝากครรภ์ การตรวจระหว่างการตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองทารกอาการดาวน์ เป็นต้น

5. ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชายและการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการดูแลสุขภาพอนามัยของคู่สมรส และการแบ่งเบาภาระของฝ่ายหญิงที่ฝ่ายชายสามารถช่วยเหลือได้ เช่น การดูแลบุตร และงานบ้าน รวมทั้งการปรับตัว วิธีการสื่อสาร และการเตรียมพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

6. กฎหมายที่ควรรู้สำหรับคู่สมรส

7. ความรู้เรื่องการเตรียมตัวให้พร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องเตรียมตัวทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะสารอาหารที่จำเป็นที่ฝ่ายหญิงต้องรับประทานอาหารเพื่อป้องกันไม่ให้บุตรเกิดมาพิการ ได้แก่ โฟเลท ไอโอดีน และเหล็ก

แบบฟอร์มการให้บริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส

ชื่อสถานบริการ.....

อำเภอ.....

จังหวัด .....

รายการ	ชาย	หญิง
ชื่อ	.....	.....
ที่อยู่	.....	.....
อายุ	.....	.....
การศึกษา	.....	.....
อาชีพ	.....	.....
ศาสนา	.....	.....
* **ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว**	( ) โรคเบาหวาน ( ) โรคธาลัสซีเมีย ( ) สติปัญญาบกพร่อง ( ) โรคภูมิแพ้ ( ) โรควัณโรค ( ) เอดส์ ( ) อื่นๆ	( ) โรคเบาหวาน ( ) โรคธาลัสซีเมีย ( ) สติปัญญาบกพร่อง ( ) โรคภูมิแพ้ ( ) โรควัณโรค ( ) เอดส์ ( ) อื่นๆ
* **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**	( ) โรคเบาหวาน ( ) โรคธาลัสซีเมีย ( ) สติปัญญาบกพร่อง ( ) โรคภูมิแพ้ ( ) โรควัณโรค ( ) เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ( ) อื่นๆ	( ) โรคเบาหวาน ( ) โรคธาลัสซีเมีย ( ) สติปัญญาบกพร่อง ( ) โรคภูมิแพ้ ( ) โรควัณโรค ( ) เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ( ) อื่นๆ
* **ประวัติการฉีดวัคซีน**	( ) หัดเยอรมัน ( ) ไวรัสตับอักเสบบี ( )	( ) หัดเยอรมัน ( ) ไวรัสตับอักเสบบี ( ) .....
* **ยาที่รับประทานเป็นประจำ**	1. ..... 2. ..... 3.	1. ..... 2. ..... 3. .....

รายการ	ชาย	หญิง
*** ประวัติทางระบบสืบพันธุ์สตรี**		
- ประวัติระดู		.....
- ระยะรอบเดือน		.....
- จำนวนวัน		.....
- การปวดประจำเดือน		.....
- ความผิดปกติอื่นๆ		.....
การตรวจทางร่างกายทั่วไป		
ส่วนสูง (ซม.)	.....	.....
น้ำหนัก (กก.)	.....	.....
ความดันโลหิต (ม.ม.ปรอท)	.....	.....
ศีรษะ ตา หู คอ จมูก	.....	.....
ระบบหัวใจ	.....	.....
ระบบหายใจ	.....	.....
เต้านม	.....	.....
ระบบทางเดินอาหาร	.....	.....
ระบบแขนขาและการเคลื่อนไหว	.....	.....
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (เท่าที่จำเป็น)	.....	.....
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
1. การตรวจเลือด		
หมู่เลือด ABO และ Rh	.....	.....
ความเข้มข้นของเลือด Hct (%)	.....	.....
ภูมิคุ้มไวรัสตับอักเสบชนิดบี (Anti HBs)	.....	.....
เลือดบวกซิฟิลิส (VDRL)	.....	.....
ภูมิต้านทาน HIV	.....	.....
Hb typing หรือ DCIP, OF	.....	.....
2. Pap smear (เมื่อต้องการ)	.....	.....
3. X - ray (เมื่อมีข้อบ่งชี้)	.....	.....
4. อื่นๆ	.....	.....

สรุป

การจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ในสถานพยาบาลทุกแห่งของทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จะช่วยให้ประชาชนวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนจะสมรสหรือใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน และคู่สมรสที่วางแผนจะมีบุตร ได้รับความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ การประเมินปัจจัยเสี่ยง การตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายได้เตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการมีชีวิตคู่และการมีสมาชิกใหม่ในครอบครัว ได้ร่วมชีวิตกันอย่างยืนยาวและมีความสุข ลดปัญหาในครอบครัว และปัญหาความเจ็บป่วยต่างๆ ที่จะเกิดกับทารก นับเป็นการพัฒนาคุณภาพประชากรตั้งแต่ก่อนเกิดและในระยะยาว ช่วยลดจำนวนประชากรที่จะเกิดมาพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง อันจะส่งผลต่อการประหยัดงบประมาณให้กับประเทศชาติที่จะต้องสูญเสียอย่างมากมายไปกับการรักษาพยาบาลและดูแลประชาชนที่เจ็บป่วยหรือพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย; 2544.
2. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ก่อนจะแต่ง...ควรจะตรวจ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2552.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการครองเรือน. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
4. กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. เตรียมตัวก่อนใช้ชีวิตคู่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
5. สุชาติ โสมประยูร, วรรณี โสมประยูร. เพศศึกษา (Sexuality Education). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช; 2541.
6. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เพศน่ารู้ในชีวิตคู่. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2552.
7. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสื่อรัก...สร้างครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2552.
8. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. บนเส้นทางเดียวกัน บันทึกรักคู่สมรส. นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
9. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ. นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย; 2542.

10. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการอบรม โครงการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537.
11. วิชัย เทียนถาวร, ชื่น เตชามหาชัย, จินตนา พัฒนพงศ์ธร. คู่มือการปฏิบัติงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
12. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
13. สุวชัย อินทรประเสริฐ, สัญญา ภัทราชัย, เมธี พงษ์กิตติหล้า, สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์, สุมาลี เพิ่มแพงพันธ์, ยุพา พูนขำ และคณะ. คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2551.
14. เรณู ชูนิล, สุกันยา ทองธำรง, พัชรา โกศินานนท์, ต้องจิตต์ สุทธิผล, ผ่องศรี แสนไชยสุริยา และคณะ. คู่มือความรู้การตรวจเลือดพ่อแม่เพื่อดูแลลูกในครรภ์. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ; 2552.
15. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 2549.
16. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย: คู่มือการดำเนินงานและรูปแบบบริการการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการป้องกัน HIV และดูแลสุขภาพมารดา/ทารก. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ; 2552.
17. จันทรัตน์ ระเบียบโลก, ภารดี ชาญสมร, สิริมน วิไลรัตน์. บทบาทหญิงชายกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2553.
18. ศูนย์นิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กฎหมายน่ารู้เรื่องคู่สมรส. กฎหมายสำหรับประชาชน [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2554]: 1 - 6. เข้าถึงได้จาก: http://www.baannut99.com/index.pnp?mo=3@art=349331
19. สุวชัย อินทรประเสริฐ. คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพมหานคร: แปลนพับลิชชิ่ง; 2552.
20. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานลูกครบ 32 สมองดี เริ่มต้นที่ 6 สัปดาห์ก่อนตั้งครรภ์ด้วยโฟเลทและไอโอดีน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
21. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2548 “เด็กไทยเฉลียวฉลาด ประเทศชาติแข็งแรง” กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ.); 2548.

22. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อาหารสำหรับแม่และลูก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2552.
23. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อาหารหญิงตั้งครรภ์ 4 ภาค. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ม.ป.ป.

บทที่ 7
การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดต่อสู่ทารก

ประกายดาว พรหมประพัฒน์
อภิชาต จิตต์เจริญ

คำนำ

การแบ่งกลุ่มของวัคซีน

ข้อพิจารณาก่อนการฉีดวัคซีน

โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 7
การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดต่อสู่ทารก

ประกายดาว พรหมประพัฒน์
อภิชาต จิตต์เจริญ

คำนำ

การได้รับวัคซีน เป็นการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ร่างกายที่ดีมากวิธีหนึ่ง ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ หลายชนิด ทั้งโรคที่เกิดจากแบคทีเรีย เช่น อหิวาตกโรค ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์) บาดทะยัก เป็นต้น และโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ไวรัสตับอักเสบ บี โปลิโอ เป็นต้น ในบทนี้จะกล่าวถึง การได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคที่สำคัญที่มีผลต่อทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

การแบ่งกลุ่มของวัคซีน

อาจจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ [1]

1. วัคซีนที่ผลิตจากเชื้อที่ตายแล้ว โดยการทำให้เชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัสตายเสียก่อนแล้วนำมาผลิตวัคซีน วัคซีนในกลุ่มนี้ค่อนข้างปลอดภัย เพราะจะไม่ทำให้เกิดโรคในผู้ที่ได้รับการฉีด แต่ข้อเสียคือ อาจจะสร้างภูมิคุ้มกันได้ไม่สูงนัก จึงมักต้องใช้ในปริมาณที่มาก ผู้ใช้อาจจะเกิดการแพ้โปรตีนหรือสารบางอย่างในวัคซีนนั้นได้

2. วัคซีนที่ผลิตจากเชื้อที่หมดฤทธิ์ (แต่ยังไม่ตาย) วัคซีนกลุ่มนี้ให้ภูมิคุ้มกันที่สูงกว่ากลุ่มแรก แต่เมื่อฉีดเข้าไปแล้ว อาจจะทำให้เกิดโรคเหมือนกับที่เราได้รับเชื้อมาจากคนอื่นแต่ความรุนแรงของโรคมีน้อยกว่าหรืออาจจะไม่มีเลยก็ได้ โดยทั่วไปจะไม่ฉีดให้แก่สตรีที่มีครรภ์หรือผู้ที่ไม่ได้คุมกำเนิด เพราะกลัวว่าจะมีการอักเสบติดเชื้อที่อาจจะติดต่อไปกับทารกในครรภ์ได้ วัคซีนในกลุ่มนี้ เช่น วัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน เป็นต้น

ข้อพิจารณาก่อนการฉีดวัคซีน

มีอยู่อย่างน้อย 4 ประการ [1]

1. ผู้นั้นมีภูมิคุ้มกันโรคหรือยัง ถ้ามีภูมิคุ้มกันแล้ว ฉีดไปก็ไม่ได้ประโยชน์ อาจจะเกิดอันตรายจากการฉีดวัคซีนได้ ปัจจุบันสามารถตรวจเลือดหาภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ ได้ เช่น หัดเยอรมัน ไวรัสตับอักเสบ บี เป็นต้น

2. เมื่อได้รับเชื้อแล้วจะเกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด ถ้าเกิดอันตรายมาก เช่น โรคพิษสุนัขบ้า แน่นอนที่สุดว่าควรจะต้องฉีดวัคซีนไม่ว่าผู้นั้นจะตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ก็ตาม การฉีดวัคซีนอาจจะเกิดอันตรายบ้างแต่ก็ยังดีกว่าเกิดโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งไม่มีทางรักษาให้หายได้

3. โอกาสติดโรคมีมากน้อยเพียงใด ถ้าโอกาสติดโรคมีน้อยก็ไม่จำเป็น แต่ถ้าโอกาสติดโรคมีสูงหรือถ้าติดโรคแล้วเกิดอันตราย ก็ควรจะฉีดวัคซีนป้องกันไว้ก่อน

4. อันตรายที่เกิดจากการฉีดวัคซีน ดังกล่าวไว้แล้วในตอนต้นว่า วัคซีนที่ผลิตจากเชื้อที่ตายแล้วอันตรายต่อร่างกายผู้ที่ได้รับการฉีดจะมีไม่มาก แต่วัคซีนที่ผลิตจากเชื้อที่ยังไม่ตายแต่ฤทธิ์อ่อนลง อาจจะเกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น วัคซีนป้องกันหัดเยอรมันห้ามฉีดในสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น

โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนมีหลายโรค ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคที่สามารถถ่ายทอด ติดต่อระหว่างชายหญิงที่อยู่ร่วมกันและถ่ายทอดถึงทารกในครรภ์ได้ คือโรคตับอักเสบ โรคหัดเยอรมัน โรคบาดทะยัก

โรคไวรัสตับอักเสบ (hepatitis)

การอักเสบของตับซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส 2 ตัวได้แก่ เชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ (Hepatitis A virus) และเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี (Hepatitis B virus) เชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ จะถูกขับออกทางน้ำดีไปในอุจจาระ และแพร่กระจายไปตามอุจจาระถ้าได้อาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสนี้ก็จะเกิดโรค เช่นเดียวกับเชื้อโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคท้องเดิน ส่วนไวรัสตับอักเสบ บี จะแพร่กระจายผ่านทางเข็มฉีดยาหรือเครื่องมือแพทย์ที่สกปรก เข็มหรือกระบอกฉีดยาที่เปื้อนเลือดของผู้ที่ติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ แม้เพียงหยดนิดเดียวก็สามารถนำโรคไปสู่คนอื่นๆ ได้ ดังนั้น ควรทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีดยาทุกครั้งที่ใช้โดยการทำให้ปราศจากเชื้อโรค หรือใช้ชนิดที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง

1. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ (infectious hepatitis, hepatitis A)

เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ ซึ่งเป็น RNA picornavirus มีวิธีการติดต่อทางการกินอาหาร (fecal-oral route) ผู้ติดเชื้อจะมีไวรัสจำนวนมากในอุจจาระซึ่งจะติดต่อไปสู่ผู้อื่น โดยการปนเปื้อนอุจจาระที่มีเชื้อกับอาหารและน้ำดื่ม การติดต่อทางเลือดก็พบได้ในระยะสั้นๆ ที่ผู้ติดเชื้อมีไวรัสในกระแสเลือดเท่านั้น นอกจากนี้มีรายงานการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ ทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในรายรักร่วมเพศ

ระบาดวิทยา มีกระจายทั่วโลก แต่พบบ่อยในกลุ่มเศรษฐานะต่ำหรือถิ่นที่สุขาภิบาลไม่ดี ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบในกลุ่มวัยเด็กและหนุ่มสาวได้บ่อย แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วมักพบในวัยผู้ใหญ่ การติดเชื้อมักผ่านทางอุจจาระและปาก ระยะฟักตัวของโรคประมาณ 15-50 วัน [(2)] อาการโดยมากไม่จำเพาะเจาะจงและอาจไม่ได้รับการวินิจฉัย ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง ดังนั้นจะเห็นว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ เอ มักมีอาการเล็กน้อยไม่รุนแรง

แต่มีรายงานการเกิดตับวายแบบเฉียบพลัน (fulminant hepatitis) ได้เช่นกัน โดยเฉพาะหากเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอักเสบ ซี ชนิดเรื้อรังอยู่ก่อนแล้ว ส่วนการเกิดภาวะพาหะเรื้อรังของโรคพบน้อยมาก

ผลของโรคตับอักเสบ เอ ต่อการตั้งครรภ์ ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่าเชื้อไวรัสตับอักเสบ เอ ก่อให้เกิดความพิการในทารก การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์พบได้น้อยมาก มีรายงานการติดเชื้อของทารกแรกคลอดคนอื่นในหออภิบาลทารกแรกเกิด อย่างไรก็ตามหากสตรีตั้งครรภ์เกิดโรคตับอักเสบ เอ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้ [2]

การวินิจฉัยโรค จากอาการ อาการแสดง มีไข้ อ่อนเพลีย อาเจียน ตรวจร่างกายพบตับโต ตัวเหลือง ตาเหลือง ตรวจเลือดพบตับทำงานผิดปกติ ตรวจทางน้ำเหลืองมี anti HA เพิ่มขึ้น การตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการวินิจฉัยโรค

การรักษาและป้องกันโรค การรักษาทั่วไปตามอาการ ให้พักผ่อนมากๆ โดยส่วนใหญ่แล้วค่าเอ็นไซด์ของตับจะกลับสู่ระดับปกติภายใน 6 สัปดาห์

การให้ immunoglobulin ซึ่งเป็น passive immunization แนะนำในผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคตับอักเสบ เอ (postexposure prophylaxis) ได้ผลร้อยละ 80-90 หากได้รับภายใน 2 สัปดาห์หลังสัมผัสโรค ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติสัมผัสโรคควรได้รับ immunoglobulin เช่นกัน

ส่วนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ เอ แนะนำในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค เช่น บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่จะเดินทางไปในแหล่งระบาด เป็นต้น ไม่แนะนำให้ฉีดในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

2. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี (hepatitis B)

โรคไวรัสตับอักเสบ บี เป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกๆ ประเทศทั่วโลก เนื่องจากไวรัสตับอักเสบ บี (hepatitis B virus หรือ HBV) เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคตับอักเสบอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งบุคคลที่เป็นโรคตับอักเสบ บี เรื้อรังจะเป็นพาหะแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ต่อไปและบุคคลเหล่านี้ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับปฐมภูมิได้สูงกว่าบุคคลที่ไม่ได้เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ถึง 223 เท่า [3]

ในทางสูติกรรม โรคไวรัสตับอักเสบ บี นับว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญโรคหนึ่งเพราะสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะเรื้อรังของไวรัสตับอักเสบ บี สามารถแพร่หรือถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี สู่ทารกได้ [3]

สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี (hepatitis B virus: HBV) ซึ่งเป็น DNA ไวรัส จัดอยู่ในกลุ่ม Hepadnavirus มีส่วนของไวรัสที่สำคัญ ซึ่งเป็น Antigen ที่มี Markers ที่สำคัญของโรค คือ Hepatitis B surface antigen (HBsAg), Hepatitis B core antigen (HBcAg) และ Hepatitis e antigen (HBeAg) ซึ่งจะมีอยู่ในเลือดและน้ำคัดหลั่ง (secretion) ต่างๆ ของร่างกาย

ระบาดวิทยาโรคไวรัสตับอักเสบ บี ถือว่ามีอันตรายต่อการตั้งครรภ์มากกว่าโรคไวรัสตับอักเสบ เอ เพราะอาจเป็นพาหะนำเชื้อได้อย่างเรื้อรัง ติดต่อกันได้ทางเลือดและน้ำคัดหลั่งต่างๆ ของร่างกาย เช่น น้ำลาย เสมหะ น้ำนม น้ำอสุจิ โดยเลือดจะเป็นแหล่งสำคัญที่มีเชื้ออยู่เป็นจำนวนมากที่สุด และในน้ำลายมีน้อยที่สุด ผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี อยู่ในร่างกายเกิน 6 เดือน ถือเป็นพาหะของโรค (carrier) ซึ่งมีความสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อไปให้ผู้อื่น ทางติดต่อที่สำคัญคือการได้รับเลือด

หรือส่วนประกอบของเลือดที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี การใช้เข็มหรือหลอดฉีดยาร่วมกัน การสัมผัสกับเลือดหรือน้ำคัดหลั่งต่างๆ ผ่านทางผิวหนัง หรือเยื่อบุต่างๆ และติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์การติดต่อคล้ายกับเอดส์ [3]

ผู้ที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังจะตายจากโรคตับเรื้อรังหรือเป็นมะเร็งที่ตับ การติดเชื้อในวัยทารกและวัยเด็กมีโอกาสที่จะเป็นพาหะสูงกว่าวัยผู้ใหญ่และนำไปสู่การเสียชีวิตด้วยโรคตับได้สูงกว่าแม่ที่เป็นพาหะจะถ่ายทอดเชื้อไปยังลูกได้ มีรายงานว่าประมาณร้อยละ 70-90 ของทารกที่แม่มี HBsAg จะมีอาการติดเชื้อแบบเรื้อรัง ถ้าไม่ติดเชื้อในช่วงปริกำเนิด หลังคลอดจนถึงอายุ 5 ปี เด็กที่มีแม่เป็น HBsAg carrier ก็มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้สูงกว่าเด็กที่แม่ไม่มี HBsAg

โดยสรุปผู้ที่เป็นพาหะของโรค (มี HBsAg) สามารถแพร่เชื้อได้ทาง

1. ทางเลือด การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดที่มี HBsAg อยู่
2. การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้ของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บร่วมกัน ซึ่งอาจมีเลือดติดผ่านเข้าตามรอยฉีกขาดของผิวหนัง
3. ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการฉีกขาดของเยื่อบุอวัยวะเพศ เชื้อที่อยู่ในเลือด ในน้ำอสุจิในช่องคลอด ผ่านจากผู้เป็นพาหะไปยังผู้สัมผัสโรค ด้วยวิธีนี้สามีที่ติดเชื้อก็จะถ่ายทอดเชื้อไปยังภรรยาได้
4. มารดาที่เป็นพาหะแพร่เชื้อให้ลูกที่เกิดใหม่ โดยเชื้อผ่านไปยังลูกในขณะใกล้จะคลอด ขณะคลอด โดยเชื้อที่อยู่ในเลือด ในน้ำเมือก ในช่องคลอด และในน้ำคร่ำผ่านเข้าทางผิวหนังและเยื่อบุของลูกที่อาจมีการถลอกหรือฉีกขาด
5. ทางน้ำลายถึงแม้จะมีเชื้ออยู่น้อย แต่ถ้าได้รับซ้ำๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ก็อาจเป็นทางนำเชื้อไปสู่ผู้สัมผัสโรคได้ เช่น การใช้แปรงสีฟัน ใช้เครื่องใช้ในการรับประทานอาหาร เช่น ช้อน หลอดดูดน้ำ แก้วน้ำร่วมกัน หรือการที่แม่เคี้ยวอาหารก่อนแล้วป้อนลูกก็อาจเป็นทางถ่ายทอดเชื้อได้ทางหนึ่ง
6. ทางน้ำนม ในแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เชื้อจะผ่านทางน้ำนมไปยังลูกได้ ในประเทศที่มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ต่ำมาก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (อุบัติการณ์ร้อยละ 0.1) จะไม่แนะนำให้แม่ที่เป็นพาหะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ในประเทศด้อยพัฒนา และหรือประเทศที่มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อสูง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เพราะอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่าปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากโรคอุจจาระร่วง โรคติดเชื้ออื่นๆ และภาวะทุพโภชนาการ ถ้าเด็กไม่ได้กินนมแม่

อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงคล้ายกับไวรัสตับอักเสบ เอ แต่ระยะ prodome และการติดเชื้อระยะแรกยาวมากกว่ามาก มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่เฉียบพลันเหมือนไวรัสตับอักเสบ เอ เคยมีรายงานว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เฉียบพลันระยะตั้งครรภ์ทำให้เกิด fulminant hepatitis บ่อยมากขึ้นและอัตราตายสูงขึ้น อย่างไรก็ตามข้อสังเกตนี้อาจเป็นจริงเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีทุพโภชนาการโดยเฉพาะการขาดโปรตีน

การวินิจฉัย จากอาการดังกล่าวร่วมกับการตรวจพบการทำหน้าที่ของตับผิดปกติ โดยการตรวจเอนไซม์ จะบอกได้ว่าเป็นโรคตับอักเสบ แต่จะบอกได้แน่นอนว่าเป็นตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้โดยการตรวจพบ HBsAg และตรวจพบ antibody ต่อ antigen ต่างๆ

ผลของไวรัสตับอักเสบ บี ต่อการตั้งครรภ์และทารก ส่วนใหญ่ตับอักเสบมักเกิดในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ตัวโรคมักไม่มีผลต่อทารกในครรภ์โดยตรง มารดาสามารถตั้งครรภ์ต่อไปจนครบกำหนดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น คลอดก่อนกำหนดหรือทารกตายในครรภ์เกิดขึ้น ยกเว้นในราย fulminating hepatitis เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จะมีผลต่อทารกโดยตรง ถ้าหากติดต่อถึงทารกจะทำให้ติดเชื้อไวรัสตั้งแต่กำเนิดกลายเป็นพาหะ และอาจมีผลทำให้เป็นตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง ตลอดจนมะเร็งตับในระยะ 10-25 ปีต่อมา

เชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ไม่ผ่านจากรกเข้าสู่ทารก แต่จะติดต่อถึงทารกในระหว่างคลอด เมื่อผ่านช่องคลอดออกมาและสัมผัสกับเลือดมารดาที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากการศึกษาพบว่าถ้ามารดามี HBsAg และ HBeAg ให้ผลบวก ทารกที่คลอดออกมาจะมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี สูงมากกว่าร้อยละ 90 ดังนั้นทารกทุกรายที่คลอดจากมารดาที่มี HBsAg และ HBeAg เป็นผลบวก จึงจำเป็นต้องให้ HBIG (Hepatitis B immunoglobulin) ทันทีภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และตามด้วยวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ซึ่งจะมีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ได้สูงถึงร้อยละ 85 [4]

การรักษา ไม่มียาเฉพาะการรักษาเป็นการให้การรักษาตามอาการและแบบประคับประคองให้อาหารที่มีคุณค่า

การป้องกัน

1. หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือการให้เลือดหรือส่วนประกอบต่างๆ ของเลือดโดยไม่จำเป็น
2. ไม่ใช้ของมีคม เข็มฉีดยาและหลอดฉีดยาร่วมกัน
3. ไม่ใช้ภาชนะในการดื่มน้ำ รับประทานอาหาร ร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อ
4. หญิงตั้งครรภ์ จะป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี โดยเจาะเลือดตรวจหาเชื้อก่อนตั้งครรภ์ถ้ายังไม่มีภูมิต้านทานโรคก็ควรฉีดวัคซีน เพื่อให้มีภูมิต้านโรค ถ้าพบเชื้อโรคขณะตั้งครรภ์ แพทย์จะตรวจเลือดเพิ่มเติม เพื่อบอกถึงโอกาสที่จะติดต่อยังทารกหาทางป้องกันไม่ให้ทารกติดเชื้อ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไม่ต้องรักษา แต่ระวังการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสนี้ หรือมารดาเป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี แนะนำให้ฉีด HBIG ซึ่งเป็น passive immunization ในปริมาณ 0.5 ซีซี (0.06 ซีซี/ก.ก.) เข้ากล้ามคนละข้างกับ HBV vaccine ให้เร็วที่สุดหรือภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด แต่เนื่องจาก HBIG มีราคาแพง หากมีปัญหาเรื่องเศรษฐานะ อาจพิจารณาให้ HBIG เฉพาะในทารกที่เกิดจากมารดาที่มี HBeAg เป็นบวกเนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อสูงมากเท่านั้น

5. คู่สามีภรรยา ถ้ามีผู้ใดเป็นพาหะ อีกฝ่ายหนึ่งควรได้รับวัคซีนป้องกัน
6. ให้วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี (HBV) แก่เด็กแรกเกิดทุกคนโดยให้เข็มที่ 1 ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด เข็มที่ 2 เมื่ออายุ 1-2 เดือน และเข็มที่ 3 เมื่ออายุ 6 เดือน เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่จะผ่านมาจากแม่และการติดเชื้อในระยะต่อไป ในรายที่แม่มี HBeAg อาจพิจารณาให้ Hepatitis B immunoglobulin (HBIG) ร่วมด้วย

หัดเยอรมัน (german measles/tubella)

การติดเชื้อหัดเยอรมันในหญิงมีครรภ์นั้น อาจมีอาการเพียงปวดศีรษะ ตัวร้อนธรรมดา ปวดตามข้อ อ่อนเพลีย หรือไม่มีอาการเลยก็ได้ แต่อันตรายที่พบได้มากคือ หัดเยอรมันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดของทารกที่รุนแรงที่สุด สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อหัดเยอรมัน หากมีการติดเชื้อจะพบไวรัสในเลือดได้ก่อนมีอาการของโรคประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจากผื่นเริ่มขึ้น 1-2 สัปดาห์ จะเป็นช่วงที่ระดับแอนติบอดี้ (Antibody) สูงสุดเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัย จึงควรตรวจแอนติบอดี้ (Antibody) ตั้งแต่ภายใน 2-3 วันหลังผื่นเริ่มขึ้น และตรวจหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์

อาการ ในระยะหลังจากรับเชื้อประมาณ 2-3 สัปดาห์ จึงจะเริ่มมีอาการชัดเจน จะมีไข้ มีผื่นแดง เม็ดเล็กละเอียดขึ้น กระจายทั้งตัวเริ่มจากหน้าลามมาที่คอ ลำตัว แขนขา อาการไข้และผื่นอาจพบในวันเดียวกัน หรืออาจมีไข้นำ 2 วัน บางคนอาจมีต่อมน้ำเหลืองหลังหู และลำคอด้านข้างโต แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการชัดเจนมาก บางคนอาจติดเชื้อหัดเยอรมันโดยไม่แสดงอาการไข้หรือไม่มีผื่น ในเด็กเล็กอาการจะน้อยกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่ ซึ่งบางรายอาจพบอาการเคืองตา เจ็บคอ ปวดท้อง ปวดเมื่อยทั้งตัว ผื่นอาจมีอาการคัน หรือไม่คันก็ได้

การติดต่อและการระบาดของโรค หัดเยอรมันจะแพร่ไปยังผู้อื่นทางอากาศจากการหายใจละอองน้ำลาย ระยะแพร่เชื้อจะเป็นระยะเวลาประมาณ 7 วัน ก่อนหรือหลังมีอาการ แต่สูงสุดคือระยะที่มีผื่นขึ้น เชื้อหัดเยอรมันสามารถแพร่ได้ง่าย โดยเฉพาะคนที่อยู่ใกล้ชิดกันหรือพวกที่อยู่กันเป็นจำนวนมากๆ มักพบระบาดในโรงเรียนหรือค่ายทหารและจากรายงานการเฝ้าระวังพบผู้ป่วยหัดเยอรมันมีจำนวนสูงมากระหว่างเดือนกันยายนและตุลาคม

การป้องกัน

1. หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัดเยอรมัน หรือในระยะที่สงสัยว่าเป็นหัดเยอรมันเพราะถ้าเกิดผู้รับเชื้อเป็นหญิงตั้งครรภ์ 1-4 เดือนแรก อาจจะเกิดอันตรายต่อทารก
2. ในสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน ควรได้รับการตรวจ HAI title ถ้าพบว่ายังไม่มีภูมิต้านทานก็ควรได้รับการฉีดวัคซีนหลังคลอด เนื่องจากวัคซีนนี้เป็น live attenuate virus จึงไม่แนะนำให้ฉีดในขณะตั้งครรภ์และเมื่อได้รับวัคซีนแล้ว

ไม่ควรตั้งครรภ์ภายใน 3 เดือน ในทางปฏิบัติการตรวจ HAI title ราคาสูงกว่าการให้ฉีดวัคซีน จึงอาจแนะนำให้ฉีดวัคซีนได้เลยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคนที่ไม่ตั้งครรภ์ [3]

3. ถ้าสตรีตั้งครรภ์ในระยะ 1-4 เดือนแรก ตรวจพบว่าเป็นหัดเยอรมัน ให้รีบปรึกษาแพทย์เพราะเชื้ออาจจะมีผลต่อทารกในครรภ์

ข้อแตกต่างของหัดเยอรมันกับหัดธรรมดา หัดธรรมดามีอาการรุนแรงกว่าหัดเยอรมัน ช่วงเวลาการได้รับเชื้อจนเกิดผื่นสั้นกว่า คือหัดมีผื่นเกิดประมาณ 9-14 วัน ส่วนหัดเยอรมันมีผื่นเกิดได้ประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากได้รับเชื้อหัดธรรมดามีไข้ และอาการนำมาก่อนเสมอโดยมีไข้สูง ตาซึม น้ำมูก ชัก ไอ คอเจ็บ ลักษณะผื่นหัดเยอรมันเป็นตุ่มเล็กๆ กระจาย ไม่หนาแน่นเท่าผื่นของหัดธรรมดา และเป็นสีชมพู ส่วนผื่นของหัดธรรมดา มีสีแดงกว่า รวมกันเป็นกลุ่มๆ ผื่นของหัดธรรมดาอยู่นานกว่า แม้จะยุบแล้วก็จะมีรอยดำๆ ที่ผิวหนังนาน อาการแทรกซ้อนก็มีมากกว่าหัดเยอรมัน

การวินิจฉัย การยืนยันว่ามีการติดเชื้อหรือไม่นั้นค่อนข้างยากไม่เพียงแต่อาการทางคลินิกจะคล้ายกับโรคอื่นๆ แล้วหนึ่งในสี่ของการติดเชื้อหัดเยอรมันไม่แสดงอาการทั้งๆ ที่มีไวรัสในกระแสเลือดและมีการติดเชื้อไปยังตัวอ่อนหรือทารกแล้ว มารดาที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้มีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ และถึงแม้ว่าจะมีภูมิคุ้มกันแล้วตามธรรมชาติหรือจากการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อก็ตามอาจจะเกิดการติดเชื้อหัดเยอรมันในขณะที่มีการระบาดได้

ตามธรรมชาติของโรคจะเริ่มมี viremia ก่อนเกิดผื่นประมาณ 1 สัปดาห์และร่างกายจะสร้างแอนติบอดี้สูงสุด 1-2 สัปดาห์ หลังจากเริ่มมีผื่น specific lgM antibody สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังจากเริ่มมีอาการทางคลินิกและมีระดับสูงสุด 7-10 วัน และคงระดับอยู่เป็นเวลา 4 สัปดาห์หลักจากเริ่มปรากฏเห็นผื่น

ผลต่อทารก ความเสี่ยงของการติดเชื้อในทารกและความพิการแต่กำเนิด จะขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ขณะที่มารดาเป็นผื่น โดยพบว่าความเสี่ยงของการติดเชื้อในทารกขณะมารดาเป็นผื่นที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ช่วงอายุครรภ์ 13-14 สัปดาห์ และช่วงไตรมาสที่สอง เท่ากับร้อยละ 80, 54 และ 25 ตามลำดับ และความเสี่ยงที่ทารกจะเกิดความพิการแต่กำเนิด ซึ่งเรียกว่า Congenital rubella syndrome จะลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โดยทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 11 สัปดาห์ พบความพิการทุกราย ขณะที่ทารกที่ติดเชื้ออายุครรภ์ 13-16 สัปดาห์ พบความพิการร้อยละ 35 และถ้าทารกติดเชื้อหลังอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ จะไม่พบความพิการในทารกเลย กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นแต่กำเนิดจากหัดเยอรมัน ได้แก่ [5]

1. ความผิดปกติของตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก ตามีขนาดเล็ก
2. ความผิดปกติของหัวใจ เช่น patent Ductus arteriosus (PDA), septal defects และ pulmonary artery stenosis
3. Sensorineural deafness (หูหนวก)
4. ความผิดปกติของระบบประสาท
5. ทารกตัวเล็ก

6. ภาวะเกร็ดเลือดต่ำและซีด
7. เหลือง ตับอักเสบ ตับและม้ามโต
8. ปอดอักเสบ
9. ความผิดปกติของกระดูก
10. ความผิดปกติของโครโมโซม

ทารกที่เกิดและมีความพิการแต่กำเนิดจากหัดเยอรมันอาจมีเชื้อไวรัสคงอยู่นานหลายเดือน ดังนั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสติดเชื้อได้สูง

โรคบาดทะยัก

โรคบาดทะยักเป็นโรคที่อันตรายมาก ที่ยังพบได้เสมอในประเทศกำลังพัฒนา เกิดได้ทั้งกับเด็กและผู้ใหญ่

สาเหตุ โรคนี้ไม่ติดต่อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง แต่จะเป็นโรคได้โดยเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Clostridium tetani ผ่านเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผล แม้ว่าจะมีเพียงเล็กน้อยก็ตาม เช่น มีดบาด ตะปูตำ แผลฝีเย็บช่องคลอด แผลที่ตัดสายสะดือของทารก เป็นต้น เมื่อเชื้อโรคเข้าร่างกายและมีจำนวนมากเพียงพอก็จะปล่อยสารพิษไปทำลายระบบประสาททำให้กล้ามเนื้อกระตุก เกร็ง มีไข้หนาวสั่น ขากรรไกรแข็งจนอ้าปากไม่ได้ คอแข็ง หลังแอ่นแข็ง ถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีก็อาจตายได้ [1]

อาการ มักเริ่มที่ขากรรไกรแข็ง ทำให้ผู้ป่วยกินไม่ได้ เพราะไม่สามารถอ้าปากได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็กอาการนี้จะเป็นอาการที่มักมาพบแพทย์ อาการตัวแข็งจะเกิดขึ้นเนื่องจากเชื้อบาดทะยักจะสร้างสารพิษเข้าไปในร่างกายทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งอย่างแรงจนรู้สึกปวดมาก กล้ามเนื้อใบหน้าจะหดเกร็ง ทำให้มุมปากด้านนอกและคิ้วขมวดขึ้น กล้ามเนื้อที่แข็งตัวจะมีการชักกระตุก อาการนี้จะเกิดขึ้นเวลาจับต้องตัวผู้ป่วยหรือมีแสงสว่างหรือเสียงดังรบกวน

การติดต่อ เชื้อบาดทะยักอาศัยอยู่ในลำไส้สัตว์ที่กินหญ้า เมื่อถ่ายออกมาจะออกมาตามอุจจาระสัตว์และอยู่บนพื้นดิน และจะเข้าสู่ร่างกายคนทางบาดแผล ในเด็กทารกการติดต่อของโรคเกิดจากเชื้อเข้าทางสายสะดือขณะคลอดโดยเครื่องมือสกปรก ปนเปื้อน เชื้อโรคเข้าไปเจริญเติบโต ถ้าบาดแผลใหญ่ ลึก หรือสกปรกเชื้อจะยิ่งเจริญเติบโตยิ่งขึ้น และผู้ใหญ่เชื้อจะเข้าทางบาดแผล มักเป็นแผลเล็ก หรือแผลที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่

การป้องกัน

1. เด็กทุกคนต้องได้รับการฉีดวัคซีน 3 ครั้ง (พร้อมกับวัคซีน ไอกรน คอตีบ)
2. ผู้ที่จะเป็นมารดาควรจะได้รับการฉีดวัคซีนนี้ 2 เข็ม ขณะตั้งครรภ์โดยฉีดเข็มแรกเมื่อฝากท้องครั้งแรก แล้วห่างไปอีกหนึ่งเดือนให้ฉีดอีก 1 เข็ม เข็มที่เหลือฉีดได้ ในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนคลอด

การให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก แก่สตรีตั้งครรภ์นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด โดยมีเป้าหมายให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ครบชุดตามเกณฑ์

การได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในสตรีมีครรภ์นั้น สามารถนำประวัติการได้รับวัคซีนในอดีตมาใช้ในการกำหนดให้วัคซีนในครรภ์นี้ (การให้วัคซีนจะไม่นับตั้งต้นใหม่ถ้าเคยได้รับมาแล้ว) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด โดยมีระยะห่างระหว่างการฉีดวัคซีน และระยะเวลาที่ป้องกันได้ในการได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ดังนี้

ครั้งที่	ระยะห่างระหว่างการฉีดวัคซีน	ระยะเวลาที่ป้องกันได้
T_1	เมื่อพบ	ไม่สามารถป้องกันได้
T_2	T_2 ห่างจาก T_1 ≥ 1 เดือน	3 ปี
T_3	T_3 ห่างจาก T_2 ≥ 6 เดือน	5 ปี
T_4	T_4 ห่างจาก T_3 ≥ 1 ปี	10 ปี
T_5	T_5 ห่างจาก T_4 ≥ 1 ปี	20 ปี

ดังนั้น ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ เคยมีประวัติการได้รับวัคซีนบาดทะยักมาแล้วในอดีต ให้พิจารณาว่าจะให้วัคซีนหรือไม่ โดยคำนึงถึงระยะห่างระหว่างการฉีดวัคซีน ทั้งในรูปของวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (T) วัคซีนรวมคอตีบบาดทะยัก (dT) หรือวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP)

3. หญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 3 เข็ม โดย 2 เข็มแรกห่างกัน 1-2 เดือน เข็มที่ 3 ห่างจากเข็มที่ 2 นาน 6-12 เดือน ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เคยฉีดครบชุด แล้วควรฉีดกระตุ้นทุก 10 ปี ครั้งละ 1 เข็ม หากเคยฉีดแต่ไม่ครบชุด เช่น ฉีดเข็มเดียวควรฉีดใหม่ให้ครบชุด ภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักจะเกิดประมาณ 2 สัปดาห์ หลังฉีดวัคซีนเข็มแรก

เด็กส่วนใหญ่จะไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้น บางคนมีเพียงไข้และปวดกล้ามเนื้อ 2-3 วันแล้วอาการจะหายไปได้เอง แต่บางครั้งเชื้อนี้จะทำให้เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งทำให้เด็กมีอาการปวดศีรษะอาเจียนตลอดเวลา คอแข็ง (ก้มคอไม่ลง) อาการเหล่านี้ จะเป็นอยู่ 2-3 วันแล้วจะหายเอง แต่เด็กบางคนอาจมีไข้และมีอาการอ่อนแรงของร่างกายบางส่วน ซึ่งจะพบมากที่ขา

สรุป

การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นการดีกว่าที่จะปล่อยให้เป็นโรคแล้วให้การรักษา แต่การฉีดวัคซีนในขณะที่ตั้งครรภ์ จำเป็นต้องพิจารณาดูว่า ผู้นั้นมีภูมิคุ้มกันโรคแล้วหรือยัง โอกาสติดโรคนั้นมีมากหรือน้อยเพียงใด ถ้าได้รับเชื้อโรคนั้นๆ แล้วจะมีอันตรายทั้งต่อแม่และลูกมากน้อยเพียงใด และยังต้องพิจารณาอันตรายที่เกิดจากการฉีดวัคซีนด้วย โดยเฉพาะที่ห่วงกันมากคือ อันตรายต่อทารกในครรภ์

วัคซีนที่ควรจะต้องฉีดในขณะตั้งครรภ์ คือ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก และถ้าถูกสุนัขบ้ากัดหรือได้รับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ก็ควรจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าด้วย สำหรับวัคซีนที่ห้ามฉีดในขณะตั้งครรภ์ก็คือ วัคซีนที่ทำจากเชื้อโรคที่ยังไม่ตาย เช่น วัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน หัด และคางทูม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุวชัย อินทรประเสริฐ. คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพมหานคร: แปลนพับลิชชิง; 2552.
2. ธีระพร วุฒยวนิช, ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์. ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บี.พี.ฟอเรน บุ๊คส เซนเตอร์; 2537.
3. กำแหง จาตุรจินดา, สมพล พงศ์ไทย, สมาน ภิรมสวัสดิ์. สูติศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัล มีเดีย; 2530.
4. คณะแพทย์โรงพยาบาลเด็ก. ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2538.
5. ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเษียร ปัญญาคำเลิศ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส.พริ้นติ้ง เฮ้าส์; 2548.

บทที่ 8
โรคธาลัสซีเมีย

บุษกร แสงแก้ว
จินตนา พัฒนพงศ์ธร
อภิชาติ จิตต์เจริญ

คำนำ
โรคธาลัสซีเมีย
สาเหตุของโรคธาลัสซีเมีย
ชนิดของโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย
อาการแสดงของโรค
อัตราเสี่ยงของการเกิดโรค
การควบคุมและการป้องกัน
การวินิจฉัยก่อนตัวอ่อนฝังตัว
การรักษาโรคธาลัสซีเมีย
ระบบการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ของประเทศไทย
แผนงานธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 8
โรคธาลัสซีเมีย

บุษกร แสงแก้ว
จินตนา พัฒนพงศ์ธร
อภิชาติ จิตต์เจริญ

คำนำ

วัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาและการดูแลก่อนตั้งครรภ์และก่อนคลอด ประการหนึ่ง คือ การป้องกันโรคในทารกแรกเกิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ซึ่งทั้งพ่อแม่จะต้องมีความผิดปกติอยู่ทั้งคู่ แต่โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมเหล่านั้น อาจจะยังไม่แสดงออกในพ่อแม่แต่จะแสดงออกในทารก ซึ่งอาจจะแสดงออกในทันทีหรือเมื่อเจริญเติบโตถึงระยะหนึ่ง ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าในทางการแพทย์เป็นอย่างมากในการวินิจฉัยความผิดปกติทางพันธุกรรมและสามารถวินิจฉัยได้ก่อนตั้งครรภ์ เช่น โรคฮีโมฟีเลีย (hemophilia) โรคกล้ามเนื้อเสื่อมดูเชน (Duchenne muscular dystrophy) ส่วนโรคที่สามารถตรวจวินิจฉัยจากเลือดหรือเซลล์ของทารก ซึ่งตรวจพบเมื่อตั้งครรภ์แล้ว ได้แก่ โรคโครโมโซมขาดหรือเกิน โรคธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นต้น ในบทนี้จะเน้นเรื่องธาลัสซีเมีย เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อสุขภาพของทารกอย่างมากในประเทศไทย

โรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์พบได้ทั่วโลก โดยจะพบมากในประเทศเขตร้อนแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก คาบสมุทรอินเดีย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเรียกพื้นที่บริเวณนี้ว่า Thalassemia Belt

ในประเทศไทย โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉลี่ยพบว่า ประชากรไทยที่เป็นพาหะของธาลัสซีเมียชนิดใดชนิดหนึ่งมีอัตราร้อยละ 36.89 ของประชากรไทย หรือประมาณ 24 ล้านคน [1] แต่ละพื้นที่อาจพบอุบัติการณ์ของโรคธาลัสซีเมียแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน และเป็นโรคโลหิตจางที่เกิดจากความผิดปกติในระดับยีน ซึ่งเป็นหน่วยพันธุกรรมที่กำหนดลักษณะต่างๆ ของสิ่งมีชีวิต ทำให้การสร้างสายฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงลดน้อยลง เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติและแตกง่าย ทำให้เกิดอาการซีด เลือดจางเรื้อรัง ซึ่งสามารถถ่ายทอดความผิดปกติมาจากทั้งพ่อและแม่ได้และเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบด้อย (autosomal recessive)

สำหรับผู้มียีนธาลัสซีเมียมีได้สองแบบ คือ

1. เป็นพาหะ (trait/carrier) คือ ผู้ที่มียีนหรือกรรมพันธุของโรคธาลัสซีเมียพวกหนึ่ง เพียงข้างเดียวหรือเรียกว่ามียีนธาลัสซีเมียแฝงอยู่ จะไม่เป็นโรค และไม่แสดงอาการแต่จะถ่ายทอดยีนผิดปกติไปลูกหลานต่อไปเรื่อยๆ การตรวจพบผู้ที่เป็นพาหะต้องตรวจเลือดด้วยวิธีพิเศษ

2. ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย คือผู้ที่มียีนที่ผิดปกติ 2 ยีน แต่ละยีนอยู่ที่ตำแหน่ง (locus) เดียวกันบนโครโมโซมที่คู่กัน โดยได้รับยีนหนึ่งทางโครโมโซมจากพ่อและอีกยีนหนึ่งจากแม่ ผู้ที่มียีนผิดปกติทั้งสองยีนเหมือนกันเรียกว่า homozygote

ในหญิงตั้งครรภ์ โรคธาลัสซีเมียจะมีผลกระทบต่อทารก ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคธาลัสซีเมีย บางชนิดมีอาการรุนแรงปานกลาง บางชนิดมีอาการรุนแรง เช่น ทารกที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดแอลฟาจะมีอาการรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือทันทีเมื่อคลอด และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาจากความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ ตกเลือดก่อนและหลังคลอด และการคลอดยาก เป็นต้น ส่วนทารกที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้า แรกคลอดไม่มีอาการ แต่หลังคลอดจะมีอาการซีดเรื้อรัง ตัวเหลือง ตับม้ามโต ร่างกายเติบโตช้ากว่าปกติ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเริ่มมีอาการซีดตั้งแต่อายุ 1-2 เดือน ต้องได้รับการให้เลือดและให้ยาขับเหล็กไปตลอดชีวิต การรักษาให้หายขาด ทำได้โดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดใหม่ แต่มีข้อจำกัดในการหาเซลล์ที่เข้ากันได้ มีค่าใช้จ่ายสูง บางรายมีภาวะแทรกซ้อนสูงและรุนแรง การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาตามอาการ การป้องกันและควบคุมโรคโดยการตรวจคัดกรองพาหะของ โรคธาลัสซีเมีย ในคู่สามีภรรยาทุกคนที่กำลังตั้งครรภ์หรือวางแผนที่จะตั้งครรภ์ และในรายที่มีความเสี่ยงควรได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอดตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อไม่ให้ทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ขั้นรุนแรงหรือลดจำนวนทารกเกิดใหม่ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียให้มากที่สุด [2, 3]

สาเหตุของโรคธาลัสซีเมีย

ความผิดปกติของโกลบิน (hemoglobinopathies)

ฮีโมโกลบินปกติ (normal hemoglobin) ประกอบด้วยฮีโมและโกลบิน โกลบินเป็นโปรตีนประกอบด้วยโพลีเปบไทด์ 4 สายอณู สายโพลีเปบไทด์ปกติมีอย่างน้อย 4 ชนิด เรียกชื่อว่าเป็นแอลฟา (α) เบต้า (β) แกมมา (γ) และ เดลต้า (δ) การสร้างโกลบินชนิดแอลฟา และแกมมาจะมีระดับสูงขึ้นในระยะสัปดาห์ที่ 6-7 หลังปฏิสนธิ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ระดับของโกลบินชนิดแกมมาจะลดลงในขณะที่ระดับของเบต้าโกลบิลจะเพิ่มขึ้น โดยจะเริ่มพบตั้งแต่สัปดาห์ที่ 11 ของการตั้งครรภ์และจะขึ้นสูงสุดประมาณ 24 สัปดาห์หลังคลอด ในขณะเดียวกัน แกมม่าโกลบินจะเริ่มสร้างในระยะหลังคลอด แต่เป็นการสร้างในปริมาณที่ไม่มาก

ความผิดปกติของฮีโมโกลบินแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. ธาลัสซีเมีย เป็นความผิดปกติทางปริมาณ คือ มีความผิดปกติของยีน ที่มีผลต่อการสร้างโกลบินโพลีเปบไทด์ ชนิดใดชนิดหนึ่งน้อยลงหรือไม่มีการสร้างเลย แต่จะไม่มีความผิดปกติในเชิง

โครงสร้างของเส้น ทำให้มีฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่าคนปกติ เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ และแตกง่าย เกิดภาวะซีดจาก hemolytic anemia เรื้อรัง ถ้าทำให้เส้น α ลดลง เรียกว่า α-Thalassemia และถ้าทำให้เส้น β น้อยลง เรียกว่า β-thalassemia

2. ฮีโมโกลบินผิดปกติ (structural hemoglobin variants) เป็นความผิดปกติทางคุณภาพที่ทำให้สูตรโครงสร้างของโกลบิน หรือชนิดของกรดอะมิโนในเส้นโพลีเปปไทด์เปลี่ยนไป ทำให้เกิดเป็นฮีโมโกลบินผิดปกติแบบต่างๆ ขึ้นมา ในบางรายปริมาณการสร้างจะลดลงทำให้มีผลเหมือนธาลัสซีเมียด้วย

ชนิดของโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย

1. ฮีโมโกลบินบาร์ท ไฮดรอพส์ ฟิทัลลิส (Hb Bart's hydrops fetalis)

ทารกบวมน้ำ (hydrops fetalis) เป็นความผิดปกติที่รุนแรง บ่งถึงพยากรณ์โรคที่ไม่ดีของทารกในครรภ์ ที่เกิดได้หลายสาเหตุ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอก แต่สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของ hydrops fetalis เกิดจาก α°–thalassemia ถ้าสามีภรรยาเป็นผู้ที่มียีนแฝง (-/$\alpha\alpha$) ทั้งคู่จะมีโอกาส 1 ใน 4 (ร้อยละ 25) ที่ทารกในครรภ์อาจได้รับความผิดปกติ ทำให้ไม่มี α-globin gene เลย (-/-) ($\alpha^{\circ}/\alpha^{\circ}$) ทารกที่ขาด α-globin จะมีภาวะซีดที่รุนแรง ขาดออกซิเจน หัวใจล้มเหลว รกโตมาก และเสียชีวิตในครรภ์หรือหลังคลอด ปัญหาสำคัญที่กระทบต่อมารดาคือ ภาวะแทรกซ้อนในมารดาจากความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ ตกเลือดก่อนและหลังคลอด คลอดยาก และคลอดผิดปกติ ไตวาย น้ำท่วมปอด หรือภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC) ถ้าการดูแลรักษาไม่เหมาะสมหรือไม่ทันท่วงที ประมาณครึ่งหนึ่งของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเสียชีวิต อายุครรภ์เฉลี่ยขณะคลอดคือ 31 สัปดาห์ (24-38 สัปดาห์)

2. โฮโมซัยกัส เบต้า - ธาลัสซีเมีย (homozygous β-thalassemia)

ได้รับยีนเบต้า-ธาลัสซีเมีย กับ เบต้า-ธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยกลุ่มนี้แรกคลอดจะไม่มีอาการ จะเริ่มมีอาการได้ตั้งแต่ภายในขวบปีแรก หรือหลังจากนั้นเนื่องจากไม่สามารถสร้างเบต้าโกลบินได้ตามปกติหรือลดลง ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการซีดมาก ฮีโมโกลบินต่ำประมาณ 3-4 กรัม/เดซิลิตร บางคนจะเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุ 1-2 เดือน ร่างกายเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ซีดเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงในไขกระดูก โดยเฉพาะที่หน้า ทำให้ใบหน้าเปลี่ยนไป เรียกว่า thalassemia facies การให้เลือดทดแทน ทำให้อายุยืนยาวขึ้น โดยปกติผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จะมีภาวะเหล็กเกิน ซึ่งจะไปสะสมตามอวัยวะต่างๆ มีผลทำให้ผิวดำคล้ำ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะหัวใจวาย ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ ตับแข็ง เบาหวาน เป็นต้น

3. เบต้า - ธาลัสซีเมีย/ ฮีโมลโกลบิน อี (β-thalassemia/Hb E disease)

ผู้ป่วยโรคนี้ได้รับยีนเบต้า-ธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบิน อี จากพ่อและแม่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันได้มากตั้งแต่ซีดปานกลางถึงรุนแรง ระดับฮีโมโกลบินอยู่ระหว่าง

2.5-12.5 กรัม/เดซิลิตร ลักษณะทางคลินิกที่พบคือ ซีดเรื้อรัง เหลือง ตับและม้ามโต มีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภาวะหัวใจวาย ชัก ไม่มีประจำเดือน หรือประจำเดือนมาช้ากว่าปกติ มีบุตรยาก ในรายที่ตั้งครรภ์ได้ จะมีภาวะซีดลงอีก ต้องให้เลือดบ่อยขึ้น อาพบภาวะเหล็กเกินได้ ทำให้ผิวหนังดำคล้ำ มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ตับแข็ง และหัวใจล้มเหลว

4. โรคฮีโมโกลบิน เอ็ช (Hb H disease)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยีนแอลฟ่า-ธาลัสซีเมีย 1 กับแอลฟ่า-ธาลัสซีเมีย 2 หรือยีนแอลฟ่า-ธาลัสซีเมีย 1 กับฮีโมโกลบินคอนสแตนท์สปริง ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จะมีอาการไม่รุนแรง ซีดไม่มาก ระดับฮีโมโกลบิน 8-9 กรัม/เดซิลิตร ลักษณะหน้าและการเจริญเติบโต มักเป็นปกติตับม้ามโตไม่มาก หรือบางรายอาจคลำไม่พบม้ามเลย เหลืองเล็กน้อย การถ่ายภาพรังสีกระดูกมักไม่พบการเปลี่ยนแปลง ปัญหาโรคแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะ hemolytic crisis มีสาเหตุจากการติดเชื้อไข้สูง ส่งผลถึงให้มีการแตกของเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ฮีมาโตคริตมีระดับต่ำอย่างรวดเร็ว จนอาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น หัวใจล้มเหลว สมองขาดออกซิเจน ช็อค เป็นต้น

อาการแสดงของโรค

โดยทั่วไป โรคธาลัสซีเมียมีอาการที่สังเกตได้ ดังนี้ [4]

1. ซีดและตาเหลือง เนื่องจากผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะมีเม็ดเลือดแดงที่ไม่แข็งแรง แตกง่าย เม็ดเลือดแดงที่แตกจะสลายเป็นสีเหลือง ทำให้ตาขาวมีสีเหลืองเล็กน้อย และปัสสาวะมักจะมีสีเข้มกว่าคนปกติ การแตกของเม็ดเลือดแดงซึ่งมีหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ไม่ดีเท่าคนปกติ การเจริญเติบโตทางร่างกายจะช้า (แต่สมองจะเจริญปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องปัญญาอ่อน)

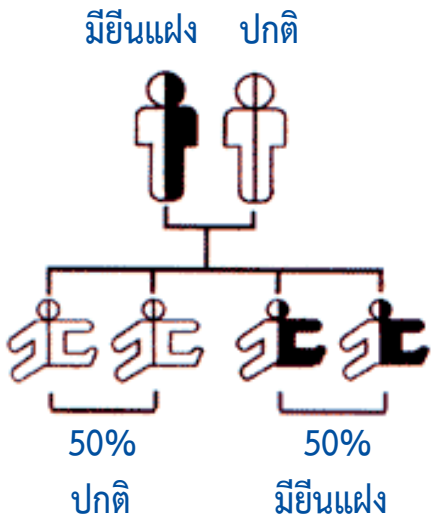
2. การเปลี่ยนแปลงของกระดูก การที่เม็ดเลือดแดงแตก ทำให้โพรงกระดูกซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญในการสร้างเม็ดเลือดพยายามสร้างเม็ดเลือดชดเชยทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีกระดูกหนาขึ้นใบหน้าจึงเปลี่ยนไปหน้าผากจะสูงนูน จนทำให้ตาเฉียง เห็นโหนกแก้มชัดขึ้น สันจมูก ซึ่งเป็นกระดูกอ่อนจะแบนกว่ากระดูกหน้าผากและแก้ม กระโหลกศีรษะซึ่งประกอบด้วยกระดูกหลายแผ่น แต่ละแผ่นหนาตัวขึ้นจนรอยต่อระหว่างกระดูกต้องทำงานหนักเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงชดเชยทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย

3. ตับและม้ามโต การที่ตับและม้าม ต้องทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดแดง ชดเชยจากการที่เม็ดเลือดแดงแตก จึงทำให้ตับและม้ามโตจนคลำพบได้บริเวณชายโครงข้างขวาและซ้ายตามลำดับ และถ้าตับและม้ามโตมากจะทำให้ท้องโตได้

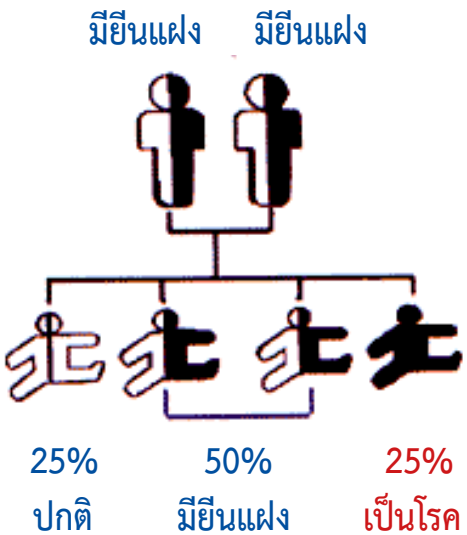
4. ผิวหนังดำคล้ำ สาเหตุการแตกของเม็ดเลือดแดงนั้น ทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีธาตุเหล็กในร่างกายมากกว่าคนปกติเกิดภาวะเหล็กเกินตามอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย รวมทั้งสีของเหล็กจะไปสะสมที่ผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยมักมีผิวหนังดำคล้ำ

อัตราเสี่ยงของการเกิดโรค

โรคธาลัสซีเมียเป็นได้ทั้งชายและหญิง พ่อและแม่จะสามารถถ่ายทอดยีนโรคธาลัสซีเมียสู่ลูกได้หลายลักษณะ เพื่อให้เข้าใจง่ายถึงลักษณะการถ่ายทอดพันธุกรรมนี้ ขอแสดงเป็นรูปภาพดังนี้ [4, 5]

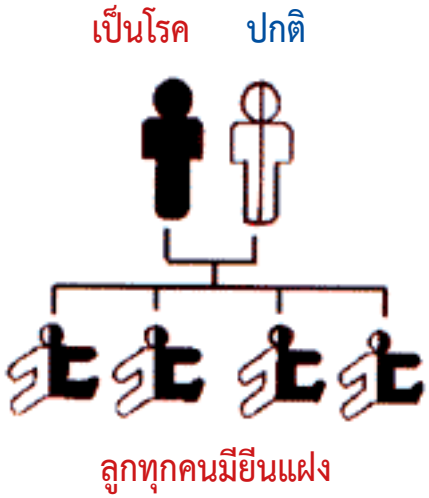


รูปที่ 8-1 ถ้าพ่อหรือแม่เป็นพาหะเพียงคนเดียว (เฮทเทอโรซัยโกต) เพียงคนเดียวโอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะเท่ากับ 2 ใน 4 หรือ ครึ่งต่อครึ่งแต่จะไม่มีลูกคนใดเป็นโรค

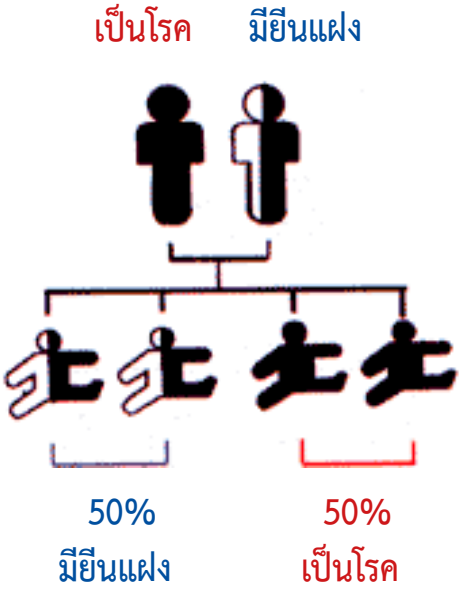


รูปที่ 8-2 ถ้าพ่อและแม่เป็นพาหะ (เฮทเทอโรซัยโกต) ของธาลัสซีเมียชนิดเดียวกันและเหมือนกัน โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคชนิดโฮโมซัยกัส เท่ากับ 1 ใน 4 โอกาสที่จะเป็นพาหะ (เฮทเทอโรซัยโกต) เท่ากับ 2 ใน 4 และปกติเท่ากับ 1 ใน 4

ถ้าพ่อและแม่เป็นพาหะที่ไม่เหมือนกัน แต่อยู่ในพวกเดียวกันโอกาสที่ลูกจะเป็นโรคเท่ากับ 1 ใน 4 เป็นพาหะแบบพ่อเท่ากับ 1 ใน 4 เป็นพาหะแบบแม่เท่ากับ 1 ใน 4 และเป็นปกติเท่ากับ 1 ใน 4



รูปที่ 8-3 ถ้าพ่อและแม่ฝ่ายหนึ่งเป็นโรคชนิดที่เกิดจากยีนไม่เหมือนกัน แต่เป็นพวกเดียวกัน เช่น เบต้าธาลัสซีเมียด้วยกัน หรือแอลฟาธาลัสซีเมียด้วยกัน และอีกฝ่ายหนึ่ง ไม่มียีนปกติ ลูกทุกคนจะมีภาวะแฝงเท่านั้นไม่เป็นโรค



รูปที่ 8-4 ถ้าพ่อและแม่ ฝ่ายหนึ่งเป็นโรค อีกฝ่ายหนึ่งเป็นพาหะของธาลัสซีเมียพวกเดียวกัน ลูกครึ่งหนึ่งจะเป็นพาหะ อีกครึ่งหนึ่งเป็นโรค

โอกาสหรืออาจจะเรียกว่าอัตราเสี่ยงที่เกิดในลูกที่จะเป็นโรค เป็นพาหะหรือเป็นปกติ ในแต่ละครอบครัวจะเท่ากันทุกครั้งของการตั้งครรภ์ บางครอบครัวที่พ่อและแม่มียีนธาลัสซีเมียแฝงอยู่ทั้งคู่ มีลูก 7 คน เป็นโรคเพียงคนเดียว แต่บางครอบครัวมีลูก 3 คน เป็นโรคทั้ง 3 คน ทั้งนี้สุดแล้วแต่ว่าลูกที่เกิดมาในแต่ละครรภ์ จะรับยีนธาลัสซีเมียไปจากพ่อและแม่หรือไม่ ทั้งๆ ที่อัตราเสี่ยงของทั้งสองครอบครัวนี้เท่ากันและทุกครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเท่ากับ 1 ใน 4

การควบคุมและการป้องกัน [2, 3]

การป้องกันและควบคุมไม่ให้มีผู้ป่วยธาลัสซีเมียรายใหม่และลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวที่เสี่ยงต่อการมีลูกเป็นธาลัสซีเมีย มีความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาทั้งทางสาธารณสุข และเศรษฐกิจสังคม โดยมีกระบวนการทั้งการรักษาและการให้การปรึกษา ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ประชาชน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม
2. การตรวจหาคัดกรองผู้ที่มียีนแฝง และการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียก่อนคลอด
3. การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (prenatal diagnosis)
4. การยุติการตั้งครรภ์ทารกที่เป็นโรค (termination of affected pregnancy)

1. การให้ความรู้แก่ประชาชน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม [3, 6]

เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จของการควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ควรจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา แบบแผนการถ่ายทอดทางพันธุกรรม สำหรับแพทย์ต้องรู้ว่า genotype แบบใดทำให้เกิดโรคธาลัสซีเมีย เพื่อจะได้สามารถให้คำแนะนำ รักษา หรือวินิจฉัยได้โดยไม่พลาด

นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้รับเกิดความรู้ความเข้าใจ ป้องกันความเข้าใจผิดพลาด เพิ่มโอกาสในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมทั้งทางเลือกที่เหมาะสมอย่างเป็นอิสระตามความเห็นชอบของตนเอง เกิดความตระหนักต่อความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความหมายและประโยชน์ของการตรวจเพื่อประเมินความเสี่ยง เป็นปัจจัยจูงใจให้ตกลงรับการตรวจทางพันธุศาสตร์และการสนับสนุนประคับประคอง ช่วยให้ผู้รับการตรวจสามารถเผชิญและปรับตัวเข้ากับปัญหาได้ การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์จำเป็นต้องทำก่อนและหลังการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยพาหะ และการวินิจแยกโรคทารกในครรภ์ก่อนคลอด

ข้อมูลที่ควรให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ คือ

1) การประเมินอัตราเสี่ยง และให้ข้อมูลโดยใช้หลักการถ่ายทอดแบบด้อย (autosomal recessive)

2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ชื่อโรค สาเหตุการเกิดโรค ลักษณะของโรค การดำเนินของโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา รวมทั้งปัญหาและภาวะที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว
3) การวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอดและอัตราเสี่ยง
4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือก เพื่อหลีกเลี่ยงการมีลูกเป็นโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา

2. การตรวจคัดกรองผู้ที่มียีนแฝง และการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียก่อนคลอด [2, 3, 7, 8]

ความสำเร็จของการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย ขึ้นกับความสามารถตรวจคัดกรองพาหะ หรือคู่สมรสเสี่ยงโดยทั่วไป พาหะของธาลัสซีเมียมักมีสุขภาพดี อาจพบซีดเพียงเล็กน้อยและมีเม็ดเลือดแดงผิดปกติ ซึ่งไม่มีผลต่อสุขภาพ การตรวจคัดกรองหาคู่เสี่ยง อาจทำได้โดยการซักประวัติเกี่ยวกับโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ประวัติเคยตั้งครรภ์บุตรเป็นธาลัสซีเมีย หรือเคยตรวจคัดกรองว่าเป็นพาหะมาแล้ว เรียกว่า retrospective screening แต่เนื่องจากพาหะของโรคนี้มีเป็นจำนวนมากการตรวจคัดกรองพาหะธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เรียกว่า universal prospective screening การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจะทำให้สามารถคัดกรองผู้ที่เป็นพาหะชนิดรุนแรงออกจากปกติได้ ซึ่งต้นทุนในการคัดกรองถูกมากเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

การเลือกเทคนิคที่เหมาะสมเพื่อให้การวินิจฉัยเป็นไปอย่างถูกต้องและแม่นยำ จะมีผลต่อการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์และการตัดสินใจเกี่ยวกับการมีครอบครัวและมีลูกของผู้ที่มียีนธาลัสซีเมีย โดยที่เทคนิคที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ อาจแบ่งออกเป็นเทคนิคการตรวจตามวิธีมาตรฐานและเทคนิคการตรวจทดสอบอย่างคร่าวๆ การตรวจโดยวิธีมาตรฐาน จะให้การวินิจฉัยผู้ที่มียีนธาลัสซีเมียได้ถูกต้องและสามารถบอกชนิดของยีนธาลัสซีเมียได้ ส่วนการตรวจทดสอบอย่างคร่าวๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจหาผู้ที่อาจจะมียีนแฝงธาลัสซีเมีย ซึ่งอาจจะต้องตรวจยืนยันโดยวิธีมาตรฐานต่อไป โดยมีขั้นตอนการตรวจหา heterozygote ดังนี้

2.1 การตรวจคัดกรองหาพาหะของธาลัสซีเมีย

มีเทคนิคการตรวจคัดกรอง ได้แก่ การตรวจค่าดัชนีเม็ดเลือดแดง หรือการตรวจความเปราะของเม็ดเลือด เพื่อตรวจหาพาหะของธาลาซีเมียทั้งชนิดเบต้า และแอลฟา ร่วมกับการตรวจดูการตกตะกอนของฮีโมโกลบินด้วยสี DCIP (dicholorophenol-Indophenol-precipitation test) เพื่อตรวจหา HbE เมื่อพบผู้ที่สงสัยว่าจะเป็นพาหะ จึงส่งตรวจยืนยันด้วยวิธีมาตรฐานต่อไป

2.1.1 การตรวจค่าดัชนีเม็ดเลือดแดง (red cell indices) เป็นค่าที่ตรวจวัดโดยใช้เครื่องวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ (automated cell analyzer) ประกอบด้วย MCV (mean corpuscular volume) และ MCH (mean corpuscular hemoglobin) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยผู้ที่มียีนแฝงของธาลัสซีเมีย ในคนปกติจะมีค่า MCV ประมาณ 80-100 femtolitre (fl) ผู้ใหญ่ที่มียีนแฝงของ α-thalassemia 1 และ β-thalassemia จะมีค่า MCV ต่ำกว่า 80 fl หรือ MCH

น้อยกว่า 27 pg ผู้ที่มีโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัม/เดซิลิตร จะพบ MCV เล็ก ต้องนำไปทดสอบโดยการตรวจ hemoglobin electrophoresis หรือการตรวจระดับ ferritin เพื่อหาภาวะการขาดธาตุเหล็ก

2.1.2 การตรวจความเปราะของเม็ดเลือด (osmotic fragility) ในกรณีที่ไม่มีเครื่องวิเคราะห์เม็ดเลือดอัตโนมัติ การหาความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงโดยดูจากความเปราะของเม็ดเลือดโดยวัดปริมาณหรือการดูการแตกของเม็ดเลือดแดงในน้ำเกลือเข้มข้น 0.36 หรือสารละลาย 0.45% Glycerin Saline Solution เม็ดเลือดแดงของคนปกติจะแตกหมด แต่ในพาหะของธาลัสซีเมียหรือภาวะโลหิตจาง เม็ดเลือดแดงจะแตกไม่หมด ให้ผลบวกร้อยละ 90-97.6 ของพาหะ α-thalassemia และ β-thalassemia

2.1.3 การทดสอบฮีโมโกลบินที่ไม่เสถียร โดยการตกตะกอนสีด้วย dicholoro-phenol indophenols precipitation test (DCIP) ทำให้โมเลกุลของ unstable hemoglobin สลายตัวและตกตะกอน จึงใช้ตรวจฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดต่างๆ เป็นเทคนิคที่ไวและทำได้ง่าย

2.2 การตรวจยืนยันด้วยวิธีมาตรฐาน

2.2.1 Hemoglobin electrophoresis เพื่อวัดปริมาณ Hb A_2 เป็นการตรวจดูตำแหน่งการเคลื่อนที่ของฮีโมโกลบินในสนามไฟฟ้า เพื่อหาชนิดหรือปริมาณของฮีโมโกลบิน สามารถให้การวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ เช่น Hb E, homozygous E, และ Hb Constant Spring (Hb-CS) การตรวจทำได้หลายวิธี สำหรับพาหะของโรคธาลัสซีเมียจะพบชนิดของฮีโมโกลบินเช่นเดียวกับคนปกติ การวินิจฉัยแยกชนิดของ α-thalassemia และ β-thalassemia และ Hb E จะต้องดูที่ปริมาณของ Hb A_2

2.2.2 การตรวจวิเคราะห์ยีน (DNA analysis) เพื่อยืนยันพาหะของ α-thalassemia 1 และ/หรือ β-thalassemia 2 อาจทำได้โดยเทคนิคการเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมด้วยวิธี polymErase chain reaction (PCR) ความแม่นยำในการวินิจฉัยด้วยวิธี PCR นี้ จำเป็นต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบในขั้นตอนการปฏิบัติ เนื่องจากอาจเกิดการผิดพลาดในการวินิจฉัยได้

3. การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ (prenatal diagnosis)

การเก็บตัวอย่างจากทารกในครรภ์เพื่อการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เพื่อตรวจยืนยันว่าทารกในครรภ์ไม่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในกรณีที่พ่อและแม่เป็นคู่เสี่ยง และให้เกิดความมั่นใจที่จะดำเนินการตั้งครรภ์นั้นต่อไป ผลของการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคของทารกในครรภ์ก่อนคลอดจะมีผลต่อการตัดสินใจของคู่สมรส ซึ่งผลการตรวจมีความเป็นไปได้ 3 ประการ คือทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ทารกไม่เป็นโรคหรือไม่เป็นโรคชนิดรุนแรง หรืออาจสรุปผลการตรวจไม่ได้ว่าเป็นเช่นใด การตรวจดังกล่าวต้องอาศัยสูติแพทย์ที่มีความชำนาญโดยเฉพาะ วิธีการที่ใช้มี 4 วิธี [3, 8]

3.1 การเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อรก (chorionic villus sampling: CVS) ทำในช่วงอายุครรภ์ 10-14 สัปดาห์ โดยอาศัยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) แสดงตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับการเก็บชิ้นเนื้อรก รกและทารกในครรภ์มีต้นกำเนิดจากเซลล์เดียวกัน ซึ่งเป็นเซลล์ที่เกิดจากการปฏิสนธิระหว่างไข่และอสุจิ โดยทั่วไปจะถือได้ว่า ลักษณะทางพันธุกรรมที่ตรวจพบจากชิ้นเนื้อรกเทียบได้กับลักษณะพันธุกรรมที่ตรวจจากเด็กในครรภ์ได้โดยตรง สามารถใช้วินิจฉัยโรค Hb Bart's hydrops fetalis และความผิดปกติของยีน β-globin เป็นเทคนิคทางชีวโมเลกุลที่ใช้ตรวจหาการ Mutation ของ Globin Gene มีความไวสูง และต้องระมัดระวังถึงความบริสุทธิ์ของ chorionic villi ที่นำมาวิเคราะห์เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการตรวจ

ภาวะแทรกซ้อนจากการเก็บชิ้นเนื้อรกเพื่อตรวจ ได้แก่ ภาวะเลือดออกทางช่องคลอด ถุงน้ำคร่ำรั่ว การติดเชื้อในโพรงมดลูกและการแท้ง ซึ่งพบได้สูงกว่าอัตราเสี่ยงของการแท้งพื้นฐานในประชากรประมาณร้อยละ 1 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ทำหัตถการ และความยากง่ายในผู้ป่วยแต่ละราย

3.2 การเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis) ทำในช่วงอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ โดยใช้หลักการที่ว่า น้ำคร่ำเป็นเซลล์ของทารกที่หลุดลอกจากส่วนที่เป็นเยื่อหุ้ม fetal membrane เป็นการตรวจในระดับยีนเช่นเดียวกับการวินิจฉัยโรคโดยการตรวจชิ้นเนื้อรก จึงมีข้อจำกัดคล้ายคลึงกัน มีอัตราเสี่ยงต่อการแท้งประมาณร้อยละ 0.5

ปริมาณน้ำคร่ำที่ใช้ขึ้นกับเทคนิคการตรวจทางห้องปฏิบัติการอณูพันธุศาสตร์ ซึ่งบางเทคนิคก็ใช้เซลล์น้ำคร่ำปริมาณไม่มากนักสำหรับการสกัดดีเอ็นเอ โดยทั่วไปจะใช้น้ำคร่ำประมาณ 2 มิลลิลิตร ในรายที่ต้องการตรวจโครโมโซมด้วย จะใช้ปริมาณ 20 มิลลิลิตร

3.3 การเก็บตัวอย่างเลือดทารกในครรภ์ (fetal blood sampling หรือ cordocentesis หรือ percutaneous umbilical cord blood dampling) การเจาะเลือดของทารกจากสายสะดือสามารถทำได้ตั้งแต่ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ประมาณ 18 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อนำไปวิเคราะห์ DNA-base analysis หรือ Hb electrophoresis และความผิดปกติทางโลหิตวิทยา

ภาวะแทรกซ้อนจาการเจาะเลือดสายสะดือทารกในครรภ์ พบได้บ่อยกว่าการเก็บชิ้นเนื้อรกหรือการเจาะดูดน้ำคร่ำ พบได้ประมาณร้อยละ 2.5 ซึ่งขึ้นกับความชำนาญของผู้ทำหัตถการและความยากง่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่ว การติดเชื้อของน้ำคร่ำ ภาวะเลือดออกมากจนเป็นอันตรายต่อทารกโดยตรง หรือเกิดลิ่มเลือดกดสายสะดือ ซึ่งอาจรุนแรงจนทารกเสียชีวิต และภาวะอัตราการเต้นของหัวใจทารกช้าลง ซึ่งมักเป็นอาการชั่วคราว เนื่องจากมีการรบกวนหลอดเลือดในสายสะดือ

3.4 การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonogram) สำหรับการวินิจฉัย Hb bart's hydrops fetalis โดยที่ภายหลัง 20 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ สามารถตรวจพบ hydropic change ในทารกบวมน้ำ ที่เกิดจาก homozygous α-thalassemia ได้แก่ หัวใจโต และ/หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ รกหนา มีน้ำในช่องท้องและในช่องปอด ภาวะบวมน้ำทั่วตัว น้ำคร่ำมีปริมาณลดลง การยืนยันผลทำได้โดยการเจาะเลือดทารกในครรภ์ ส่งตรวจ hemoglobin electrophoresis

4. **การยุติการตั้งครรภ์ทารกที่เป็นโรค** (termination of affected pregnancy)

ในปัจจุบันการทำแท้งในมารดาที่มีทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียขั้นรุนแรง สามารถทำได้โดยข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘ ในรายที่ทารกในครรภ์เป็น Hb bart's hydrops fetalis ที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาขณะตั้งครรภ์ได้ และทารกกลุ่มนี้จะเสียชีวิตในครรภ์หรือหลังคลอดทุกราย การให้คำปรึกษาในการเลือกการทำแท้ง จะแตกต่างกันในแต่ละราย การตัดสินใจขึ้นกับภรรยาและสามี โดยแพทย์จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ส่วนวิธีทำแท้งจะแตกต่างไปตามอายุครรภ์และสุขภาพของมารดา

การวินิจฉัยก่อนตัวอ่อนฝังตัว (pre-implantation genetic diagnosis หรือ PGD)

ความสามารถในการทำ DNA amplification จาก single cell PCR ทำให้สามารถวินิจฉัยตัวอ่อนก่อนการฝังตัว การปฏิสนธิในหลอดทดลอง แล้วฝังตัวอ่อนกลับไปที่ผนังมดลูกมารดา เป็นวิธีการที่ค่อนข้างยุ่งยาก และราคาแพง แต่เป็นการแก้ปัญหาทางหนึ่งของการมีบุตรยาก ดังนั้นการเลือกตัวอ่อนที่จะฝังกลับเข้าไปนั้น จึงควรที่จะได้รับการตรวจหาความผิดปกติของธาลัสซีเมียในกรณีที่คู่สมรสมีความเสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นธาลัสซีเมีย มีประโยชน์ในคู่สามีภรรยา ที่ไม่ต้องการทำแท้งหรือในรายที่ตั้งครรภ์ทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหลายครั้ง หรือมีบุตรยาก ซึ่งต้องช่วยการเจริญพันธุ์ด้วยวิธีปฏิสนธินอกร่างกาย

การรักษาโรคธาลัสซีเมีย

การรักษาส่วนใหญ่ เป็นการรักษาตามอาการ การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย จึงเป็นเรื่องสำคัญ ดังนี้ [3, 7]

1. **การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป** ควรส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีโดย

การออกกำลังกาย: ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ ไม่เหนื่อยเกินไป เนื่องจากมีกระดูกเปราะหักง่าย ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ผาดโผน ไม่สูบบุหรี่ เพราะมีอาการซีดอยู่แล้ว ร่างกายจะขาดออกซิเจนมากขึ้น ไม่ควรดื่มเหล้า เพราะผลเสียต่อตับ ซึ่งมีธาตุเหล็กไปสะสมที่เป็นปัญหาเดิม

อาหาร: ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย จะมีภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเร็ว ร่างกายพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงใหม่ขึ้นมาแทน สร้างมากและสร้างเร็วกว่าคนปกติหลายเท่า ดังนั้นควรรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นม และอาหารที่มีวิตามินที่เรียกว่า โฟเลท อยู่มาก ได้แก่ ผักสดต่างๆ สารอาหารเหล่านี้จะถูกนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้ อาหารที่ควรละเว้น คือ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูงเป็นพิเศษ ได้แก่ เลือดสัตว์ต่างๆ เช่น เลือดหมู เลือดเป็ด เลือดไก่ สำหรับเครื่องดื่มประเภทน้ำชา น้ำเต้าหู้ จะช่วยลดการดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหารได้

ยา: ไม่ควรซื้อยาบำรุงเลือดมารับประทานเอง เพราะอาจเป็นยาที่มีธาตุเหล็ก ซึ่งใช้สำหรับรักษาคนที่ขาดธาตุเหล็ก ไม่ใช่โรคธาลัสซีเมียที่มีเหล็กเกินอยู่แล้ว ควรรับประทานยา โฟเลท (folate) อาจช่วยเสริมให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงได้ดีขึ้นบ้าง

2. การให้เลือด มี 2 แบบ คือ

2.1 การให้เลือดแบบประคับประคอง (low transfusion) เพิ่มระดับฮีโมโกลบินขึ้นให้สูงกว่า 6-7 กรัม/เดซิลิตร พอให้ผู้ป่วยหายจากอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย มึนงง จากอาการขาดออกซิเจน เป็นการให้เป็นครั้งคราว ตามความจำเป็น

2.2 การให้เลือดจนหายซีด (high transfusion) เพิ่มระดับฮีโมโกลบินให้สูงใกล้เคียงคนปกติ วิธีนี้ต้องให้เลือดอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุก 2-3 สัปดาห์ตลอดไป ส่วนมากจะให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคชนิดที่รุนแรงและมักจะให้ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อย ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะกระดูกใบหน้าและม้ามยังไม่โต จะช่วยป้องกันไม่ให้ใบหน้าเปลี่ยน การโตของม้าม และการเจริญเติบโตเหมือนเด็กปกติ แต่ข้อเสีย คือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีภาวะเหล็กเกินตามมา

ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด มีหลายประการ คือ

การแพ้เลือด ผู้ที่ได้รับเลือดอาจมีอาการไข้สูง มีผื่นคัน ภายหลังการให้เลือดเกิดจากการมีปฏิกริยาของร่างกายต่อเซลล์เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ ซึ่งแพทย์จะให้ยาแก้แพ้ก่อนการให้เลือด และปัจจุบันสามารถป้องกันปฏิกิริยานี้ โดยใช้เครื่องมือพิเศษกรองเม็ดเลือดขาวออกจากถุงเลือดที่ให้แก่ผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในรายที่ต้องปลูกถ่ายไขกระดูก เพราะช่วยป้องกันการเกิดปฏิกิริยาต่อต้านเม็ดเลือดของผู้ที่ให้ไขกระดูก

ภาวะความดันโลหิตสูงจากการให้เลือด พบได้น้อย ผู้ที่ได้รับเลือดจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน หากมีอาการรุนแรง อาจมีเลือดออกในสมอง ชึมหรือชัก ซึ่งจะมีอาการอันตรายมาก ดังนั้นแพทย์ต้องวัดความดันก่อนและหลังการให้เลือด และให้ยาขับปัสสาวะก่อนให้เลือด ซึ่งจะป้องกันภาวะนี้ได้บ้าง ความดันโลหิตสูงมักเกิดขณะให้เลือด หรือเมื่อให้เลือดเสร็จแล้วภายใน 1-2 วัน ถ้ามีอาการดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการรักษาเป็นการด่วน

ภาวะเหล็กเกิน ในโรคธาลัสซีเมียจะมีภาวะเหล็กเกินจากการดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้นจากอาหารกับธาตุเหล็กที่ได้รับจากการให้เลือด ธาตุเหล็กที่ตกค้างนี้จะไปสะสมตามอวัยวะต่างๆ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น การรักษาโรคธาลัสซีเมีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการให้เลือดมากๆ ต้องให้ยาขับเหล็กร่วมด้วย

3. การให้ยาขับเหล็ก

ต้องมีการติดตามอาการและระดับธาตุเหล็กในร่างกาย โดยการตรวจเลือดดูระดับ serum ferritin เป็นระยะๆ

4. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell transplantation)[3]

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแก่ทารกในครรภ์ได้มีการพยายามปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด เพื่อรักษาทารกที่เป็นโรคธาลัสซีเมียในครรภ์ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ แต่มีรายงานการรักษาที่สำเร็จในการรักษาโรค ที่เป็น single gene disorder เช่น โรค severe combine immune deficiency

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย การรักษาผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่มักเป็นการรักษาตามอาการหรือการประคับประคองไปตลอดชีวิต ทำให้รัฐบาลมีการสูญเสียงบประมาณไปเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยและครอบครัวต้องสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากไขกระดูก (bone marrow) หรือเลือดจากสายสะดือทารก (umbilical cord blood) ทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การปลูกถ่าย stem cells ในเบื้องต้นต้องประเมินว่ามีชนิดเนื้อเยื่อ histocompatibility leucocyte antigen (HLA) ตรงกับผู้ป่วยหรือไม่ โดยทั่วไป แพทย์จะเลือกจากพี่น้องร่วมบิดามารดา ซึ่งมีการเข้ากันได้ถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นกับจำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดากับผู้ป่วย ถ้าไม่มีพี่น้องที่สามารถเป็นผู้บริจาคได้ แพทย์จะพิจารณาผู้บริจาคอื่นที่มี HLA ตรงกัน ซึ่งมีโอกาสน้อยมากที่จะพบผู้บริจาคที่มีเนื้อเยื่อใกล้เคียงกัน (ประมาณ 1 ต่อ 20,000-50,000) จึงมีผู้รอบริจาคเป็นจำนวนมาก

ด้วยเหตุนี้ เลือดจากสายสะดือทารก จึงได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบัน ข้อดีของการใช้เลือดจากสายสะดือทารก คือ

1. การยอมรับความแตกต่างของชนิดของเนื้อเยื่อได้มากกว่า และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เข้ากันของเนื้อเยื่อต่ำและรุนแรงน้อยกว่า
2. วิธีการเก็บทำได้ง่าย และไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดต่อทารกและมารดา
3. อัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส เช่น cytomegalovirus (CMV) ต่ำ
4. สามารถเก็บได้เป็นจำนวนมากในเวลาไม่นานนัก สามารถจัดตั้งเป็นธนาคารเลือดจากสายสะดือได้นำมาใช้ได้ทันทีไม่ต้องรอตามตัวผู้บริจาคมาตรวจเพิ่มเติม และมีวิธีการเก็บที่ยุ่งยากเหมือนในกรณีที่ต้องใช้ไขกระดูก

ข้อจำกัด คือสามารถเก็บได้ครั้งเดียวและมีปริมาณเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดน้อยกว่าที่ได้จากไขกระดูก สามารถนำไปใช้ได้เฉพาะเด็กและผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวน้อยเท่านั้น และใช้แล้วจะหมดไป ไม่สามารถหามาทดแทนได้อีก

ระบบการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียของประเทศไทย

สถานการณ์ปัญหาธาลัสซีเมียในประเทศไทย [1]

ประเทศไทย มีประชากรประมาณ 63 ล้านคน ในแต่ละปีจะมีทารกคลอดจำนวน 800,000 ราย จากการศึกษาวิจัยความชุกของพาหะของโรคธาลัสซีเมีย ที่มีโอกาสคลอดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงพบว่า พาหะ β-thalassemia พบอัตราร้อยละ 2.87 พาหะ Hb.E พบร้อยละ 24.6 พาหะของ Hb.EE พบอัตราร้อยละ 3.3 พาหะของ α-thalassemia พบอัตราร้อยละ 6.1

เมื่อคำนวณตามจำนวนการเกิดของประชากรไทยซึ่งมีการเกิด 800,000 รายต่อปี พบว่าจะมีคู่สมรสเสี่ยงที่มีโอกาสคลอดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 17,012 คู่ หากแยกประเภทของคู่สมรสเสี่ยง พบว่า คู่สมรสเสี่ยงทีมีโอกาสคลอดบุตรเป็นโรค β-thalassemia/Hb.E จำนวน 12,858 คู่ ชนิดโรค Bart's hydops fetalis จำนวน 3,333 คู่ และโรค β-thalassemia major จำนวน 827 คู่

ดังนั้นโดยประมาณโอกาสของการมีบุตรเป็นโรคชนิดรุนแรง คำนวณตามกฎเมนเดลของคู่สมรสเสี่ยงต่อการเกิด 800,000 รายต่อปี จะพบทารกเกิดใหม่ ป่วยเป็นโรค β-thalassemia major จำนวน 207 ราย β-thalassemia/Hb E จำนวน 3,213 ราย Hb Bart's hydrop fetalis จำนวน 833 ราย รวม 4,253 ต่อการเกิด 800,000 รายต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 8-1

ตารางที่ 8-1 จำนวนคู่สมรสเสี่ยงที่มีโอกาสมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ต่อปี [1]

Disease	Couple at Risk (per year)	Birth (per year)
β - thalassemia major	826	207
β - thalassemia / Hb E	12,853	3,213
Hb Bart's hydrops fetalis	3,333	833
Total	**17,012**	**4,253**

ที่มา : ผลการดำเนินงานและแผนงานธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 [1]

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตลอดอายุขัย

เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเด็กป่วยที่จะต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลตามการศึกษาของศาสตราจารย์นายแพทย์ต่อพงษ์ สงวนเสริมศรี; พบว่าเด็กป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่มีอายุขัยเฉลี่ย 10 ปี จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นเงิน 1,260,000 บาท/คน หากมีอายุขัยเฉลี่ย 20 ปี จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นเงิน 3,480,000 บาท/คน

และหากมีอายุขัยเฉลี่ย 30 ปี จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นเงิน 6,600,000 บาท/คน ดังนั้น หากผู้ป่วยโรค β-thalassemia major ซึ่งมีอายุขัยเฉลี่ย 10 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้นปีละ 207 คนจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตลอดอายุขัยเป็นเงิน 260,820,000 บาท/ผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นใน 1 ปี [1]

ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยชนิด Hb.bart's hydrops fetalis จะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือคลอดออกมาก็จะเสียชีวิต ซึ่งมีจำนวน 833 ราย/ปี จากรายงานของแพทย์หญิงบุญเชียร ปานเสถียรกุล พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีลูกเป็น Hb bart's hydrops fetalis จะมีโรคแทรกซ้อนชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น antipartum hemorrhage, toxemia of pregnancy และการผ่าตัดเอาเด็กออกจะเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 10 วัน จะคำนวณค่าใช้จ่ายโดยที่คิดค่าโรงพยาบาล 1,500 บาท/วัน = 15,000 บาท และค่าใช้จ่ายการผ่าตัดหรือหัตถการอื่น = 10,000 บาท รวมเงิน 25,000 บาท/ราย ค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้ป่วยชนิด Hb bart's hydrops จากจำนวนผู้ป่วย 833 ราย จะเสียค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน 20,825,000 บาท/ปี รวมค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุกชนิดตลอดอายุขัย เป็นเงิน 21,487,445,000 บาท/ผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี ดังแสดงในตารางที่ 8-2

ตารางที่ 8-2 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย และฮีโมลโกลบินผิดปกติชนิดรุนแรง ตามค่าใช้จ่ายที่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในเวลา 1 ปี

ชนิดผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (ราย/ปี)	ค่ารักษาตลอดอายุขัย (บาท)	อายุขัยโดยเฉลี่ย (ปี)
β - thalassemia major	207	1,260,000 x 207 = 260,820,000	10 ปี
β - thalassemia /Hb E	3,213	6,600,000 x 3,213 = 1,205,800,000	30 ปี
Hb Bart's hydrops fetalis	833	25,000 x 833 = 20,825,000	0 ปี
รวม	**4,253**	**21,487,445,000**	

ที่มา : ผลการดำเนินงานและแผนงานธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 [1]

แนวคิดในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย

ประกอบด้วย 2 หลักการ คือ การรักษาผู้ป่วยที่เป็นแล้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และการป้องกันหรือลดจำนวนผู้เกิดใหม่

แนวทางที่ 1 การรักษาผู้ป่วยที่เป็นแล้วให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ประกอบด้วย

1. ดูแลรักษาสุขภาพ (ตามที่กล่าวมาแล้ว)
2. การให้เลือด (ตามที่กล่าวมาแล้ว)
3. การให้ยาขับเหล็ก ยาที่แพร่หลายมากที่สุด คือ Desferal® ต้องให้โดยวิธีฉีดเท่านั้น วิธีที่นิยม คือ ฉีดเข้าใต้ผิวหนังให้ยาช้าๆ ใช้เวลาครั้งละ 10-12 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องช่วยในการให้ยาเรียกว่า infusion pump ถ้ามีภาวะเหล็กเกินมากหรือในรายที่ให้เลือดสม่ำเสมอต้องใช้ยา 40-60 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สัปดาห์ละ 5-6 วัน จึงจะขับธาตุเหล็กออกได้เต็มที่
4. การตัดม้าม ผู้ป่วยจะมีอาการม้ามโต ระยะแรกม้ามจะช่วยในการสร้างเม็ดเลือด แต่ม้ามมีหน้าที่ทำลายเม็ดเลือดที่หมดอายุ ม้ามต้องทำงานหนัก เกิดภาวะม้ามโต ส่งผลให้เกิดอาการอึดอัดได้

แนวทางที่ 2 การป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย นับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญยิ่งในประเทศที่ประสบผลสำเร็จ เช่น ไซปรัส กรีซ สหราชอาณาจักร แคนาดา ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และอิตาลี เป็นต้น ประเทศเหล่านี้ได้จัดโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วยหลักการสำคัญ ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ประชาชน เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของโครงการฯ โดยเน้นให้เข้าใจต่อผู้ที่เป็นโรคว่า ผู้ที่เป็นพาหะนั้นมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติทั่วๆ ไป แต่ถ้าแต่งงานกับผู้ที่เป็นพาหะด้วยกันจะเสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรค แต่ถ้าแต่งงานกับผู้ที่ปกติ ก็จะไม่มีลูกเป็นโรค
2. การตรวจกรองหาพาหะและผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในประชากร จุดประสงค์ของการตรวจกรองหาพาหะและผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในประชากร ก็เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการแต่งงานและการมีลูก เนื่องจากการตรวจกรองพาหะนี้ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางจิตใจ สังคม และจริยธรรม และอาจมีผลกระทบต่อผู้รับการตรวจ ดังนั้นจึงควรเป็นไปโดยสมัครใจ
3. การคัดกรองหญิงมีครรภ์ หมายถึง การตรวจเลือดหญิงตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ว่าตัวหญิงผู้ตั้งครรภ์เป็นพาหะของยีนนี้หรือมีฮีโมโกลบินผิดปกติหรือไม่ หากตรวจพบว่ามีความผิดปกติของฮีโมโกลบินหรือเป็นพาหะจะต้องขอตรวจเลือดสามีว่าเป็นพาหะหรือไม่ ถ้าพบว่าสามีมียีนนี้ด้วยถือว่าคู่นี้มีความเสี่ยงที่จะมีลูกเป็นธาลัสซีเมียได้

4. การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นพาหะ ต้องรวมถึงการให้ความมั่นใจของผู้ที่อยู่ในภาวะนี้เป็นภาวะที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ จะมีปัญหาเฉพาะในกรณีที่คู่แต่งงาน หรือคู่สมรสเป็นพาหะทั้งคู่ การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ จะต้องอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค พัฒนาการของโรค วิธีการรักษา ผลการรักษาและค่าใช้จ่าย ทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงการมีลูกที่เป็นโรค หลักสำคัญในการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ คือ ให้ผู้มารับการปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจเอง (non-directive counseling) หลีกเลี่ยงการตัดสินใจแทน หรือเลือกทางเลือกให้ (directive counseling) กระบวนการเช่นนี้จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์และพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องนี้เป็นอย่างดี
5. การวินิจฉัยโรคก่อนคลอด ถ้าคู่สมรสเลือกใช้วิธีวินิจฉัยก่อนคลอด การให้การปรึกษาทางพันธุศาสตร์จะต้องครอบคลุมถึงประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการตรวจวินิจฉัยและผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ ต้องอธิบายว่าการตรวจอาจจะล้มเหลวและอาจจะต้องตรวจซ้ำ บางครั้งผลการตรวจอาจผิดพลาด คู่สมรสควรเข้าใจประเด็นต่างๆ ให้ดีก่อนที่จะตัดสินใจเลือกใช้การตรวจนี้ สำหรับวิธีปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกการเอาเซลล์ของทารกในครรภ์ (fetal sampling) เป็นขั้นตอนที่ต้องมีสูติแพทย์ที่ได้รับการฝึกมาโดยเฉพาะที่จะเจาะเลือดจากสายสะดือทารกที่อยู่ในครรภ์ ขั้นต่อมาเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการต้องมีนักวิทยาศาสตร์ที่ชำนาญการตรวจ DNA หายีนผิดปกติและแปลผลได้แม่นยำว่าทารกในครรภ์เป็นธาลัสซีเมียหรือไม่
6. การให้คำปรึกษาและให้ทางเลือกแก่คู่สมรส ในกรณีที่ผลการตรวจเป็นบวก (พบว่าลูกในครรภ์เป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง) แล้วต้องมีการอธิบายให้ทั้งสามีภรรยาฟังพร้อมกันโดยละเอียด เพื่อให้เข้าใจผลต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นและให้คู่สมรสตัดสินใจ

ในส่วนของกิจกรรมการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียของประเทศไทยที่ผ่านมามีกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก คือ

1. การผลักดันเชิงนโยบาย และการขับเคลื่อนทางสังคม
2. การลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อให้ได้มาตรฐาน
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
4. การสร้างกระแสและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
5. การวิจัยพัฒนาองค์ความรู้
6. การควบคุม กำกับ ประเมินผล

ด้วยปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายการป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ประเทศไทยเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2550 คือ

1. หญิงมีครรภ์ได้รับการปรึกษาธาลัสซีเมียทุกราย
2. หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรอง หากผลผิดปกติตามสามีตรวจคัดกรองทุกราย
3. คู่สมรสหากผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการตรวจยืนยันคู่สมรสเสี่ยงทุกราย
4. หญิงมีครรภ์เข้าข่ายคู่สมรสเสี่ยง ได้รับการตรวจทารกในครรภ์ก่อนคลอดทุกราย
5. สถานบริการสาธารณสุขจัดระบบบริการ ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคทุกแห่ง
6. นักเรียน หญิงวัยเจริญพันธุ์ คู่สมรสได้รับความรู้ธาลัสซีเมียทั่วถึง

ในการควบคุมดูแลโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ (โรงเรียนแพทย์) และมูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ได้ร่วมดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย มาตั้งแต่ปี 2537 จนถึงปัจจุบัน รายละเอียดแผนงานโรคธาลัสซีเมียแห่งชาติ ดูภาคผนวก 6

สรุป

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีการสูญเสียงบประมาณในการตรวจรักษาทั้งในภาครัฐบาล และในส่วนของผู้ป่วยเอง การป้องกันที่ดีที่สุดคือ การลดจำนวนทารกที่เกิดใหม่ที่เป็นโรคนี้ โดยการจัดระบบประสานงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย โดยมีการให้ความรู้แก่ประชาชน คู่สมรส และบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์ การวินิจฉัยก่อนคลอดที่มีความแม่นยำ การให้คำปรึกษาด้านพันธุกรรม คิดค้นนวัตกรรมในการรักษา เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและครบวงจร โดยที่มีเป้าประสงค์หลัก คือ คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการดำเนินงานและแผนงานธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554. นนทบุรี: ม.ป.ท. : 2552.
2. ธีระ วัชรปรีชานันท์. ธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์. ใน: ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเษียร ปัญญาคำเลิศ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์; 2548. หน้า 456-66.
3. ธีระ วัชรปรีชานันท์. โรคธาลัสซีเมียในสตรีตั้งครรภ์. ใน: เยื้อน ตันนิรันดร, วรพงศ์ ภู่พงศ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ MATERNAL-FETAL MEDICINE. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2551. หน้า 158-75.
4. วาสิกา สิงหโกวินท์, ภารดี ชาญสมร. โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรมและโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน. ใน: คู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส. พิมพ์ครั้งที่ 3. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท. : ม.ป.ป. หน้า 13-25.

5. วรวรรณ ตันไพจิตร. โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์ 2546.
6. จินตนา ศิรินาวิน, ชนินทร์ ลิ่มวงศ์. การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์สำหรับธาลัสซีเมีย. ใน: จินตนา ศิรินาวิน, ชนินทร์ ลิ่มวงศ์, พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ, เสถียร สุขพณิชนันท์, วันชัย วนะชิวนาวิน, วรวรรณ ตันไพจิตร, บรรณาธิการ. ความรู้พื้นฐานธาลัสซีเมีย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2547. หน้า 110-52.
7. พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ, ชนินทร์ ลิ่มวงศ์. การวินิจฉัยโรคก่อนคลอดสำหรับธาลัสซีเมีย. ใน: จินตนา ศิรินาวิน, ชนินทร์ ลิ่มวงศ์, พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ, เสถียร สุขพณิชนันท์, วันชัย วนะชิวนาวิน, วรวรรณ ตันไพจิตร, บรรณาธิการ. ความรู้พื้นฐานธาลัสซีเมีย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2547. หน้า 155-76.
8. วิชัย เทียนถาวร, ชื่น เตชามหาชัย, จินตนา พัฒนพงศ์ธร. คู่มือการปฏิบัติงาน โครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.

บทที่ 9
การวางแผนครอบครัว

เรณู ชูนิล
สัญญา ภัทราชัย

คำนำ

วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับคู่สมรสใหม่

วิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ที่คู่สมรสที่มีบุตรแล้วควรรู้

วิธีคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น

วิธีคุมกำเนิดถาวร

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 9
การวางแผนครอบครัว

เรณู ชูนิล
สัญญา ภัทราชัย

คำนำ

การเตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมสำหรับมีบุตรนั้นมีความสำคัญยิ่ง เพราะความพร้อมย่อมทำให้การเลี้ยงดู ให้ความรัก และเอาใจใส่ได้เป็นอย่างดีและทั่วถึง ในทางตรงกันข้ามหากมีการตั้งครรภ์และมีบุตรในขณะที่ยังไม่พร้อม หรือกำลังปรับตัวปรับใจ กำลังขะมักเขม้นการงานเพื่อสร้างฐานะ คู่สมรส (หมายถึง ชายหญิงที่ใช้ชีวิตคู่ร่วมกันหรือชายหญิงที่มีเพศสัมพันธ์) ก็คงจะต้องรู้สึกเหนื่อยกาย เหนื่อยใจ รู้สึกว่าการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรเป็นภาระแทนที่จะเป็นความสุข ดังนั้นหากคู่สมรสยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรก็ควรวางแผนครอบครัวด้วยการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม

การวางแผนครอบครัว เป็นการที่คู่สมรสวางแผนไว้ว่าจะมีบุตรกี่คน จะมีเมื่อไร มีถี่ห่างเท่าไร โดยให้บุตรที่เกิดมามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง คู่สมรสมีความสามารถที่จะเลี้ยงดูให้ความรักและความเอาใจใส่อย่างทั่วถึง ให้มีการศึกษาที่เหมาะสมที่จะมีอาชีพ และเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศชาติต่อไป [1]

การคุมกำเนิด หมายถึง วิธีการที่จะป้องกันการเกิดอย่างหนึ่งโดยป้องกันการปฏิสนธิ หรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้วและฝังตัวเข้าไปในเยื่อบุโพรงมดลูก [1]

ในบทนี้ จะกล่าวถึงวิธีคุมกำเนิดต่างๆ ที่คู่สมรสควรใช้ และวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำไปแนะนำต่อไป

วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับคู่สมรสใหม่

การให้บริการวางแผนครอบครัวแก่คู่สมรสใหม่ที่ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร และไม่เคยมีบุตรมาก่อน ควรแนะนำให้คุมกำเนิดอย่างสมัครใจ ชนิดชั่วคราว และคุมกำเนิดในระยะเวลาสั้นๆ โดยได้รับความรู้และวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมทั้งวิธีการและระยะเวลาสำหรับทั้งชายและหญิง ได้แก่

วิธีคุมกำเนิดสำหรับฝ่ายชาย

ถุงยางอนามัย (condom) เป็นถุงที่คลุมอวัยวะเพศชายในขณะร่วมเพศเพื่อป้องกันไม่ให้น้ำอสุจิสัมผัสช่องคลอดขณะหลั่งน้ำกาม นอกจากนี้ยังเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้อย่างดีอีกด้วย

แบบของถุงยางอนามัย [2, 3]

ถุงยางอนามัยมีลักษณะเป็นถุง ปลายข้างที่ตันหรือก้นถุงมี 2 แบบ คือ

1. แบบปลายเรียบมน (plain end)
2. แบบปลายเป็นกระเปาะหรือเป็นติ่งยื่นออกมา (pocket end or reservoir) ซึ่งเป็นที่เก็บน้ำอสุจิ แบบนี้นิยมใช้กันมากกว่าแบบแรก

ทั้งสองแบบมีทั้งชนิดที่ชโลมด้วยสารหล่อลื่น (lubricated) และบางชนิดที่เคลือบน้ำยาฆ่าตัวอสุจิ (condom with spermicides) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในด้านการคุมกำเนิด โดยถุงยางอนามัยมีหลายขนาด แต่ที่มีวางจำหน่ายตามท้องตลาดโดยทั่วไปมี 2 ขนาด ได้แก่ ขนาด 49 มิลลิเมตร และ 52 มิลลิเมตร นอกจากนี้ ยังมีถุงยางอนามัยชนิดที่มีผิวบางมาก ผิวเรียบ ผิวขรุขระ มีสี กลิ่น และรสที่แตกต่างกันไป สามารถเลือกใช้ได้ตามความต้องการ

วิธีใช้ถุงยางอนามัย [1, 3]

1. เก็บถุงยางอนามัยไว้ใกล้มือ สะดวกในการหยิบใช้ทุกครั้งที่ต้องการและควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น
2. ก่อนใช้ควรตรวจดูว่าถุงยางมีคุณภาพดี ไม่รั่ว และยังไม่หมดอายุ
3. ถ้าจะให้ได้ผลดี ควรสวมถุงยางอนามัยก่อนที่จะมีการสัมผัสระหว่างอวัยวะเพศของคู่ร่วมเพศ
4. สวมถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศชายแข็งตัวเต็มที่ ครอบถุงยางอนามัยที่ยังคงสภาพม้วนไว้บนปลายอวัยวะเพศชาย และบีบส่วนปลายถุงยางไว้ประมาณ 1 เซนติเมตร (เพื่อรับน้ำอสุจิ) แล้วจึงรูดลงไปคลุมถึงโคนอวัยวะเพศ
5. ฝ่ายหญิงอาจเป็นผู้สวมถุงยางอนามัยให้ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเล้าโลมทางเพศ
6. ควรถอนอวัยวะเพศชายทันทีหลังการหลั่งน้ำอสุจิก่อนที่อวัยวะเพศชายจะอ่อนตัวลง และควรจะยึดปากถุงไว้มิฉะนั้นถุงยางอนามัยอาจหลุดคาในช่องคลอดหรืออาจมีส่วนของน้ำอสุจิล้นออกมาเปรอะเปื้อนบริเวณปากช่องคลอด
7. ก่อนทิ้งถุงยางอนามัยที่ใช้แล้ว ควรสำรวจรอยรั่วก่อนเสมอ

ถุงยางอนามัยจะมีประสิทธิภาพสูง ถ้าเก็บในที่ไม่ถูกแสงแดดส่องหรือในที่อุณหภูมิสูง ไม่มีรูรั่ว ยังไม่หมดอายุการใช้งาน ถ้าใช้อย่างถูกต้องและใช้ทุกครั้งที่มีการร่วมเพศ นอกจากป้องกันการตั้งครรภ์ได้แล้วยังป้องกันการแพร่ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์อีกด้วย และจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ถ้าใช้ร่วมกับยาฆ่าตัวอสุจิ

วิธีคุมกำเนิดสำหรับฝ่ายหญิง

วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวในระยะสั้นสำหรับฝ่ายหญิง มีหลายวิธีแบ่งโดยรวมอาจจะแบ่งเป็นชนิดที่ใช้ฮอร์โมนและชนิดที่ไม่ใช้ฮอร์โมน

1. ชนิดที่ใช้ฮอร์โมน

1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด (oral contraceptive pill) เป็นยาเม็ดที่ฝ่ายหญิงใช้กินทุกวันเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ปัจจุบันมีการสังเคราะห์ฮอร์โมนชนิดใหม่มีการลดขนาดของฮอร์โมนในยาเม็ดคุมกำเนิดและการหาสูตรผสมที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะให้ได้ยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงสุด โดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุดทั้งผลทางด้านคลินิกและผลเกี่ยวกับชีวเคมีตลอดจนกระบวนการ metabolism ต่างๆ

ส่วนประกอบของยาเม็ดคุมกำเนิด

ฮอร์โมนที่เป็นส่วนประกอบสำคัญของยาเม็ดคุมกำเนิดคือ เอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสโตเจน (progestogen หมายถึง โปรเจสเตอโรนสังเคราะห์) ในระยะแรกแม้จะพบว่าเอสโตรเจนสามารถยับยั้งการตกไข่และรักษาอาการปวดระดูได้ แต่ก็ไม่สามารถนำเอสโตรเจนอย่างเดียวมาใช้ในการคุมกำเนิดได้ เนื่องจากมีผลข้างเคียงมาก หลังจากที่พบว่า โปรเจสเตอโรน สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ จึงมีการศึกษาเพื่อนำมาใช้ในการคุมกำเนิด จะเห็นได้ว่าทั้ง เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ธรรมชาติถูกดูดซึมได้น้อยจากทางเดินอาหารและมีระยะครึ่งชีวิต (half life) สั้น จึงออกฤทธิ์ได้น้อยเมื่อให้โดยรับประทาน ทำให้ไม่เหมาะสมที่นำมาใช้ในการคุมกำเนิด ดังนั้นส่วนประกอบของยาเม็ดคุมกำเนิดจึงเป็นพวกฮอร์โมนสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์ได้แรงกว่า

ฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่ใช้ในยาเม็ดคุมกำเนิดในปัจจุบันมีชนิดเดียวคือ ethinyl estradiol ส่วนโปรเจสเตอโรนสังเคราะห์มีอย่างน้อย 6 ชนิด ได้แก่ levonorgestrel, cyproterone acetate, desogestrel, gestodene, norgestimate และ chlormadinone acetate ซึ่งมีคุณสมบัติในการคุมกำเนิดเท่าเทียมกัน แต่ผลข้างเคียงบางประการแตกต่างกัน

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ [4, 5]

1. ยับยั้งการตกไข่
2. ทำให้เยื่อเมือกปากมดลูกเหนียวข้น ตัวอสุจิผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกได้ยาก
3. ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสมที่จะให้ไข่ ซึ่งได้รับการผสมกับตัวอสุจิแล้วมาฝังตัว
4. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการเดินทางของตัวอสุจิและไข่ที่ผสมแล้วเดินทางเร็วเกินไปไม่สามารถฝังตัวได้

ชนิดของยาเม็ดคุมกำเนิด [5, 6]

1. ชนิดที่มีฮอร์โมนรวม (combined form) ยาแต่ละเม็ดมีฮอร์โมน 2 ชนิดรวมกัน คือมีทั้งเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนมีทั้งชนิดที่ฮอร์โมนเท่ากันทุกเม็ด (monophasic) และชนิดที่ฮอร์โมนไม่เท่ากันทุกเม็ด แบบ 2 ช่วง (biphasic) และแบบ 3 ช่วง (triphasic) โดย 2 แบบหลังปรับปรุงขึ้นเพื่อลดผลข้างเคียงทางผิวหนังและ metabolism

2. ชนิดที่มีฮอร์โมนตัวเดียว (progestogen only pills) ได้แก่ minipill ประกอบด้วยโปรเจสโตเจนขนาดน้อยๆ เท่ากันทุกเม็ด ใช้รับประทานติดต่อกันทุกวัน เช่น exluton® ซึ่งเป็น lynestrenol ยากลุ่มนี้ประสิทธิภาพในการป้องกันการตกไข่ไม่แน่นอน ถ้าตั้งครรภ์จะมีอุบัติการณ์ตั้งครรภ์นอกมดลูกได้มาก และมีเลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างใช้ยานี้ได้บ่อย ดังนั้นจึงเลือกใช้เฉพาะในกรณีที่มีข้อห้ามในการใช้เอสโตรเจนหรือกรณีที่รับประทานยาชนิดฮอร์โมนรวมแล้วมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากและกรณีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพราะไม่ทำให้น้ำนมแห้ง ปัจจุบันมียาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวที่มีโปรเจสเอสโตรเจน desogestrel (cerazette ®) ชนิดนี้สามารถยับยั้งการตกไข่ได้ด้วยประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดจึงสูงกว่าชนิดแรก และใกล้เคียงกับยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

วิธีรับประทานยา

1. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

ให้เริ่มรับประทานภายในวันที่ 1-5 ของประจำเดือน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอนทุกวันในเวลาใกล้เคียงกัน (ไม่ควรแตกต่างกันเกิน 2 ชั่วโมง) ชนิด 28 เม็ด หรือชนิด 24 + 4 เม็ด ให้รับประทานจนหมดแผงแล้วเริ่มแผงใหม่ทันที โดยไม่ต้องรอว่าประจำเดือนหมดหรือไม่ ส่วนชนิด 21-22 เม็ด รับประทานหมดแผงแล้ว ให้หยุดยา 7-6 วัน (รวมกันเป็น 28 วัน) แล้วจึงเริ่มแผงใหม่

หากลืมรับประทานยา 1 เม็ด ให้รับประทานยาเม็ดที่ลืมทันทีเมื่อนึกได้ ยกเว้นหากนึกได้ขณะต้องรับประทานยาอีกครั้งก็ให้รับประทานเพียงเม็ดเดียว หลังจากนั้นให้รับประทานยาที่เหลือตามปกติ

หากลืมรับประทาน 2 เม็ด หรือมากกว่า ให้หยุดยาในระหว่างนี้ให้คุมกำเนิดโดยวิธีใช้ถุงยางอนามัย และเริ่มรับประทานยาแผงใหม่เมื่อมีประจำเดือนมา หากไม่มีประจำเดือนให้ปรึกษาแพทย์

2. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว

เริ่มรับประทานภายในวันที่ 1-5 ของรอบประจำเดือนเช่นกัน รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเย็น รับประทานติดต่อกันโดยไม่ต้องหยุดยาเลย รับประทานจนหมดแผง 28 เม็ด แล้วรับประทานแผงใหม่ต่อได้เลย

อาการข้างเคียงของยาเม็ดคุมกำเนิด

อาการที่สำคัญมักจะพบขณะรับประทานยามีดังนี้ [1, 5]

1. คลื่นไส้อาเจียน อาจจะเกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของการใช้ 1-2 แผงแรก ควรแนะนำให้รับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน ถ้าหากมีอาการมากหรือเป็นอยู่นาน ควรพิจารณาเปลี่ยนมาใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีปริมาณของเอสโตรเจนต่ำลง การคลื่นไส้อาเจียนไม่ใช่การแพ้ยาเม็ดคุมกำเนิด ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้รับบริการรับประทานยาต่อไป อาการคลื่นไส้อาเจียนจะลดลง
2. น้ำหนักตัวเพิ่ม พบว่าผู้ใช้บางคนจะมีน้ำหนักเพิ่มทั้งนี้อาจเป็นผลจากฮอร์โมนที่ใช้ฉะนั้นต้องระวังเรื่องอาหารที่อาจจะทำให้อ้วนด้วย และยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสโตเจนกลุ่ม drospirenone จะไม่มีน้ำคั่งในร่างกาย น้ำหนักตัวมักจะไม่เพิ่ม
3. เป็นฝ้า ฝ้าขึ้นที่ใบหน้าอาจจะเป็นที่โหนกแก้ม ที่ริมฝีปากบน พบได้ในผู้ที่มีผิวคล้ำ ผู้ที่ตากแดดมาก และผู้ที่มีประวัติว่าเมื่อตั้งครรภ์เคยเป็นฝ้า พบว่าหลังหยุดยาแล้วจะค่อยๆ จางลง
4. เลือดประจำเดือนน้อยลง ส่วนมากจะค่อยๆ ลดลงจนถึงระดับหนึ่งเท่านั้นต่อไปก็คงที่หรืออาจจะเปลี่ยนแปลงอีกเล็กน้อย
5. เลือดออกกะปริดกะปรอยขณะกินยา โดยเฉพาะยาชนิด minipill
6. ปวดศีรษะ ควรจะวัดความดันโลหิตให้ด้วยในรายที่มีอาการปวดศีรษะ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง
7. เจ็บตึงเต้านม

ข้อห้ามใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด [2, 4, 6]

ก่อนใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดทุกครั้งควรพิจารณาถึงภาวะที่เป็นข้อห้ามใช้ยานี้ได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
2. โรคเบาหวาน
3. โรคตับที่กำลังมีการทำงานของตับผิดปกติ
4. โรคเส้นโลหิตอุดตัน เส้นเลือดขอดที่เป็นมากๆ
5. มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์
6. มะเร็งเต้านม
7. โรคหัวใจ
8. โรคไตวายที่มีอาการรุนแรง

การตรวจสุขภาพของผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

1. ก่อนการรับประทานยา ควรทำการสอบถามประวัติความเจ็บป่วยต่างๆ ตลอดจนโรคหรือภาวะที่เป็นข้อห้ามของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ตรวจร่างกายทั่วไป วัดความดันโลหิต ตรวจเต้านม และตรวจภายใน ตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ถ้าอายุมากกว่า 35 ปี ควรพิจารณาตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตนระหว่างการใช้ยา

2. ขณะรับประทานยา ในระยะแรกควรนัดมาตรวจประมาณ 2-3 เดือน หลังจากเริ่มรับประทานยา เพื่อตอบปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ พร้อมทั้งประเมินอาการข้างเคียงของการใช้ยาและเปลี่ยนชนิดของยาตามความเหมาะสม

การตั้งครรภ์และผลการตั้งครรภ์ภายหลังการหยุดใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

ยาเม็ดคุมกำเนิดไม่ทำให้โอกาสตั้งครรภ์ลดลง ผู้ที่หยุดยาเม็ดคุมกำเนิดจะสามารถตั้งครรภ์ได้ภายใน 6 เดือน ดังนั้นการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจึงไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อการเจริญพันธุ์แต่อย่างไร

1.2 ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด (contraceptive patch)

Evra ® แผ่นยาประกอบด้วยฮอร์โมน 2 ชนิด คือ โปรเจสโตเจน และเอสโตรเจน โดยแผ่นยามีลักษณะเป็นแผ่นสี่เหลี่ยมจัตุรัส ขนาด 4.5 เซนติเมตร มีเนื้อที่ 20 ตารางเซนติเมตร บางสีเนื้อ ยืดหยุ่นได้ดี

การป้องกันการตั้งครรภ์ [6]

เมื่อแปะแผ่นยาที่ผิวหนังตัวยาจะค่อยๆ ซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่กระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง แล้วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการตกไข่ ทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้น ทำให้ตัวอสุจิผ่านเข้ามดลูกได้ยาก และทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบางไม่เหมาะกับการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว เช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

วิธีใช้ [1, 6, 7]

- เริ่มแปะยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิดในวันแรกที่ประจำเดือนมา โดยแปะแผ่นยาต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ และใช้ต่อเนื่องกัน 3 แผ่น เท่ากับ 21 วัน แต่ถ้าเริ่มแปะหลังจากมีประจำเดือนวันแรกไปแล้ว 7 วัน ควรใช้การคุมกำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วย
- ยาแผ่นใหม่ จะแปะตรงกับวันเดิมในแต่ละสัปดาห์ เรียกว่า “วันเปลี่ยนแผ่นยา”
- สัปดาห์ที่ 4 เว้นการแปะ 7 วัน เมื่อเว้นครบ 7 วันแล้ว ไม่ว่ารอบเดือนจะมาหรือไม่มา ก็ให้แปะแผ่นแรกของรอบใหม่ทันที

ตำแหน่งแปะแผ่นยา

หน้าท้อง สะโพก ต้นแขนด้านนอก

ข้อควรระวังในการแปะแผ่นยา [7]

- เพื่อป้องกันการรบกวนประสิทธิภาพกาวบนแผ่นแปะหลังอาบน้ำต้องเช็ดตัวให้แห้ง ไม่ควรใช้เครื่องสำอาง ครีมโลชั่น แป้งฝุ่นหรือเครื่องประทินผิวใดๆ บนบริเวณผิวหนังที่จะแปะแผ่นยา
- ตำแหน่งที่แปะแผ่นยาไม่ควรให้ขอบยาอยู่พอดีกับขอบชุดชั้นในเนื่องจากขอบชุดชั้นในอาจดึงรั้งแผ่นยาให้หลุดได้

- ห้ามแปะแผ่นยาบริเวณเต้านม
- หลีกเลี่ยงตำแหน่งที่มีแผล มีการอักเสบ หรือมีโรคผิวหนัง
- ไม่ควรแกะออกแล้วแปะใหม่ เพราะการแปะใหม่จะไม่แน่นพอ อาจหลุดได้ง่าย

อาการข้างเคียง

- คลื่นไส้ อาเจียน พบได้น้อย
- เลือดออกกะปริดกะปรอย
- อาจพบผลข้างเคียงที่ผิวหนัง ตำแหน่งที่แปะยาได้

ข้อดี

- ไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน และผู้รับบริการรู้สึกได้ว่ากำลังคุมกำเนิดอยู่

ข้อด้อย

- ยังมีราคาค่อนข้างสูง

1.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (emergency contraceptive pill)

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นยาเม็ดคุมกำเนิดที่ใช้ป้องกันการตั้งครรภ์หลังจากมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์มาก่อน

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน มี 2 แบบ [1]

1. ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว เป็นยาที่ผลิตขึ้นเพื่อการคุมกำเนิดฉุกเฉินโดยเฉพาะ หาซื้อได้ง่ายตามร้านขายยาทั่วไปในท้องตลาด ยา 1 แผง จะมีจำนวนเม็ดยา 2 เม็ด มีแต่ฮอร์โมนโปรเจสโตเจน levonorgestrel แต่เพียงอย่างเดียวในปริมาณที่สูงถึง 750 ไมโครกรัม เช่น postinor® madonna® เป็นต้น

วิธีรับประทานยา รับประทานครั้งแรก 1 เม็ด ทันทีที่สะดวก แต่ต้องไม่เกิน 72 ชั่วโมง หลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ และ 12 ชั่วโมงต่อมารับประทานครั้งที่ 2 อีก 1 เม็ด เนื่องจากผู้รับบริการหลายรายมักจะลืมรับประทานยาเม็ดที่ 2 หรือบางครั้งเวลาไม่เหมาะสม จึงแนะนำให้รับประทานยาครั้งเดียว 2 เม็ด ถ้าร่วมเพศเกิน 72 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 120 ชั่วโมง การรับประทานยา 2 เม็ด ก็ได้ผลพอสมควร

2. ชนิดฮอร์โมนรวม ชนิดที่มีปริมาณฮอร์โมนเอสโตเจนขนาดปกติ คือ มีส่วนประกอบของฮอร์โมนเอสโตเจน 50 ไมโครกรัม แต่ปัจจุบันไม่มีใช้แล้ว จึงแนะนำให้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีเอสโตรเจน 30 ไมโครกรัม และ levonorgestrel 150 ไมโครมิลลิกรัม

วิธีรับประทานยา รับประทานครั้งแรก 4 เม็ด ทันทีที่สะดวก แต่ต้องไม่เกิน 72 ชั่วโมง หลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ และ 12 ชั่วโมง ต่อมารับประทานครั้งที่ 4 อีก 2 เม็ด ไม่แนะนำให้รับประทานครั้งเดียว 8 เม็ด เพราะจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก

อาการข้างเคียง

- คลื่นไส้ เป็นอาการที่พบบ่อย บางรายอาจมีอาการอาเจียนด้วย ดังนั้นควรรับประทานยาพร้อมอาหารหรือก่อนเข้านอน
- เลือดออกกะปริดกะปรอย

ข้อควรระวัง สำหรับสตรีที่มีอาการอาเจียนเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา ควรรับประทานซ้ำอีก 1 ชุด จึงจะป้องกันการตั้งครรภ์ได้

ภายหลังการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน อาจจะมีเลือดออกเหมือนระดูหรืออาจจะมากะปริดกะปรอยก็ได้ แต่ถ้าไม่มีเลือดออกใน 3 สัปดาห์หลังรับประทานยาต้องไปตรวจดูว่าตั้งครรภ์หรือไม่

2. ชนิดที่ไม่ใช้ฮอร์โมน

2.1 วิธีนับวันหรือระยะปลอดภัย (safe period) [8]

ผู้ที่จะใช้วิธีนี้จะต้องมีประจำเดือนสม่ำเสมอ และจะต้องบันทึกประจำเดือนก่อนเป็นเวลา 6-8 เดือน โดยหารอบเดือนที่สั้นที่สุดและยาวที่สุดเป็นเท่าไร แล้วจึงเอา 18 ลบออกจากจำนวนวันของรอบเดือนที่สั้นที่สุด จะได้วันแรกของระยะที่ไม่ปลอดภัย และเอา 11 ลบออกจากจำนวนวันของรอบเดือนที่ยาวที่สุดจะได้วันสุดท้ายของระยะที่ไม่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น

ถ้าประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุก 4 สัปดาห์หรือ 28 วัน

วันแรกที่ไม่ปลอดภัยคือวันที่ 28-18 = 10

วันสุดท้ายไม่ปลอดภัยคือวันที่ 28-11 = 17

เพราะฉะนั้นระยะที่ไม่ปลอดภัยคือระยะระหว่างวันที่ 10-17 ของรอบเดือนนับตั้งแต่วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย งดร่วมเพศเพียง 7-8 วัน น่าจะใช้ได้ดีพอสมควร

แต่ถ้าประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ เช่น รอบเดือนมีระยะเวลาตั้งแต่ 21-35 วัน

วันแรกที่ไม่ปลอดภัย คือ วันที่ 21-18 = 3

วันสุดท้ายที่ไม่ปลอดภัยคือวันที่ 35-11 = 24

เพราะฉะนั้นระยะที่ไม่ปลอดภัยระหว่างวันที่ 3-24 ของรอบเดือน ซึ่งเป็นเวลาเท่ากับ 21 วัน จึงไม่เหมาะสมที่จะใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีนี้

จากตัวอย่างดังกล่าวจะเห็นว่าคนบางคนมีระยะที่ไม่ปลอดภัยหรือระยะที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ยาวมาก

ดังนั้นการคุมกำเนิดโดยวิธีนี้จึงเป็นอุปสรรคในการร่วมเพศ ทั้งผลในการคุมกำเนิดยังไม่ค่อยแน่นอนด้วย จึงไม่เหมาะสำหรับหญิงที่ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ และวัยรุ่นที่ส่วนใหญ่ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ

วิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ที่คู่สมรสที่มีบุตรแล้วควรรู้

วิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพสูง และมีระยะเวลาการป้องกันในระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้นสำหรับคู่สมรสที่เคยมีบุตรแล้ว ที่ควรรู้มีดังนี้

1. ยาฉีดคุมกำเนิด (injectable contraception)

ใช้กันอย่างแพร่หลายก็คือ depomedroxyprogesterone acetate (DMPA) ประกอบด้วยฮอร์โมนเพศหญิงสังเคราะห์คือ โปรเจสโตเจนอย่างเดียว

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์

ฤทธิ์ที่สำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์เหมือนยาเม็ดคุมกำเนิด

ขนาดและวิธีใช้

DMPA ฉีดครั้งละ 150 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามทุก 12 สัปดาห์

อาการข้างเคียง (1 - 2, 4, 6)

1. ประจำเดือนไม่แน่นอน เป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญที่สุด ลักษณะ เลือดออกอาจพบได้ 3 แบบ ดังนี้
   ก. เลือดออกกะปริดกะปรอย
   ข. หลายๆ เดือนมีเลือดออกครั้งหนึ่ง
   ค. ไม่มีประจำเดือนเลย
2. น้ำหนักตัวเพิ่ม
3. เป็นฝ้า
4. ปวดศีรษะ

จากผลข้างเคียงที่มีระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือไม่มา จึงมีการพัฒนายาฉีดคุมกำเนิดที่ใส่เอสโตรเจนด้วย ใช้ฉีดเดือนละ 1 เข็ม มีระดูมาทุกเดือน (แต่อาจจะไม่ตรงวัน) ข้อเสีย คือ ต้องมาฉีดยา บ่อยความนิยมจึงน้อย

ผู้ที่เหมาะสมที่จะใช้ยาฉีดคุมกำเนิด (1 - 2, 4, 6)

1. สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
2. ไม่ต้องการมีบุตรอีกแต่ไม่ยอมทำหมันหรือทำหมันไม่ได้
3. ไม่สามารถใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดได้หรือใช้แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีโรคบางอย่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคไต สูบบุหรี่จัด โรคตับ ไขมันในเลือดสูง เนื้องอกของมดลูกและอายุเกิน 40 ปี เป็นต้น
4. ต้องการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ได้ผลในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น รอทำหมัน หรือรอให้สามีทำหมัน เป็นต้น

ข้อห้ามใช้ยาฉีดคุมกำเนิด

1. คล้ายกับข้อห้ามใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดยกเว้นใช้ได้ในกรณีที่ข้อห้ามใช้เป็นผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างเดียว
2. ผู้ที่มีเลือดออกกะปริดกะปรอยก่อนฉีดยา ควรจะต้องให้การวินิจฉัยให้แน่นอนก่อนว่าเกิดจากอะไร

2. ยาฝังคุมกำเนิด (implants)

เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีตัวยาโปรเจสโตเจนคล้ายกับยาฉีดคุมกำเนิด เป็นแผงบรรจุในหลอดไซลาสติค (silastic) นำมาฝังใต้ผิวหนังตัวยาจะค่อยซึมกระจายออกทีละน้อย แต่มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้ดี คุมได้นานหลายปีและสะดวกสำหรับผู้บริการ

ชนิดของยาฝังคุมกำเนิด [1, 6]

ยาฝังคุมกำเนิดมี 3 ชนิด คือ

1. ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 6 หลอด มีชื่อทางการค้าว่า norplant® ประกอบด้วยหลอด silastic ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.4 มิลลิเมตร ยาว 34 มิลลิเมตร บรรจุ levonorgestrel หลอดละ 36 มิลลิกรัม จำนวน 6 หลอด รวมฮอร์โมนทั้งหมด 216 มิลลิกรัม มีอายุการใช้งาน 5 ปี เนื่องจากมีความยุ่งยากในการฝังยาและถอดออกยาก ปัจจุบันจึงไม่นิยมใช้

2. ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด มีชื่อการค้าว่า jadelle® ประกอบด้วย หลอด silastic ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร ยาว 43 มิลลิเมตร บรรจุ levonorgestrel หลอดละ 75 มิลลิกรัม จำนวน 2 หลอด รวมฮอร์โมนทั้งหมด 150 มิลลิกรัม มีอายุการใช้งาน 5 ปี

3. ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด มีชื่อการค้าว่า etoplan® หรือ implanon® มีลักษณะเป็นหลอดขนาดยาว 40 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร ประกอบด้วยฮอร์โมนสังเคราะห์โปรเจสโตเจน ที่ชื่อว่า etonogestrel 68 มิลลิกรัม บรรจุในหลอดสีขาว และอุปกรณ์การฝังยาสำหรับใช้ครั้งเดียวพร้อมกับเข็มฝังยาและปลอกหุ้มเข็มฝังยา โดยไม่ต้องใช้ trocar ทั้งหมดบรรจุอยู่ในซองใส่ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโรค สะดวกและใช้เวลาน้อยในการฝังและถอด และลดปัญหาการติดเชื้อ มีอายุการใช้งาน 3 ปี

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ [1, 4]

1. ป้องกันการตกไข่ สามารถระงับการตกไข่หลังการฝังยาภายใน 24 ชั่วโมง
2. ทำให้มูกปากมดลูกขุ่นข้น เชื้ออสุจิผ่านเข้าไปได้ยาก
3. ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบางไม่เหมาะที่ไข่ที่ถูกผสมแล้วมาฝังตัว

เวลาที่เหมาะสมสำหรับฝังยาคุมกำเนิด [1, 5]

1. ขณะไม่ตั้งครรภ์ควรฝังคุมกำเนิดภายใน 5 วันแรกของการมีระดู
2. ภายหลังแท้งบุตรทันทีหรือไม่เกิน 2-3 สัปดาห์
3. หลังคลอด 4-6 สัปดาห์

โดยจะฝังยาใต้ผิวหนัง (subdermal) นิยมฝังที่บริเวณกึ่งกลางด้านในของต้นแขน ควรเลือกฝังในแขนข้างที่ไม่ถนัด จะฝังผ่านทางรอยกรีดเล็กๆ ที่ผิวหนังไม่ต้องเย็บแผลชนิด 1 หลอด ไม่ต้องกรีดผิวหนังใช้เข็มฝังยาฝังได้เลย ใช้พลาสเตอร์ปิดแผลแล้วใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันพับไว้ 2-3 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดจ้ำเลือด สำหรับแผลที่ฝังยานั้นปิดไว้ 3-5 วัน นัดมาดูแผลเมื่อครบ 7 วัน ภายหลังฝังยาแล้วสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ภายใน 24 ชั่วโมง

อาการข้างเคียง

อาการที่สำคัญที่สุดคือประจำเดือนผิดปกติ และการมีเลือดออกกะปริดกะปรอยอยู่นาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเลิกใช้มากที่สุดโดยเฉพาะในหนึ่งปีแรก ฉะนั้นการแนะนำที่ชัดเจนเพียงพอก่อนใช้วิธีนี้ ก็จะทำให้ลดปัญหาการเลิกใช้ลงได้

อาการภายหลังฝังยา

1. ใน 24 ชั่วโมงแรกส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่บางรายมีอาการเจ็บปวดเล็กน้อยบางรายอาจจะมีจ้ำเลือดใต้ผิวหนังซึ่งส่วนมากจะหยุดได้เอง
2. ระยะ 2-3 วันถัดมา
   ก. อาจมีอาการอักเสบเล็กน้อย รักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ หากอักเสบมากเป็นหนองต้องถอดออกทั้งหมด และรักษาอาการอักเสบให้หายเป็นหนองต้องถอดออกทั้งหมด และรักษาอาการอักเสบให้หาย
   ข. อาจพบหลอดยาโผล่ออกมาที่ปากแผล อาจเป็นเพราะฝังตื้นเกินไปควรถอดออกและใส่อันใหม่

ข้อห้ามใช้

เช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิดชนิดที่มีโปรเจสโตเจนอย่างเดียว

3. ห่วงอนามัย (intrauterine device)

ห่วงอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่ดีวิธีหนึ่ง และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง ประหยัด สามารถคุมกำเนิดได้ระยะเวลานานจนถึงเพื่อรอเวลาจนกว่าจะพ้นวัยที่มีบุตรได้ ในอดีตโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติได้เริ่มนำห่วงอนามัยชนิด Lippes Loop มีรูปร่างลักษณะคล้ายตัวอักษร “S” ติดกัน มาใช้ซึ่งได้รับความนิยมจากผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก ต่อมาได้มีการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยว่าห่วงอนามัยจะทำด้วยสารอะไรจึงจะดีกว่าและทำเป็นรูปร่างอย่างไรจึงจะดีกว่า ห่วงอนามัยในระยะต่อมาได้ประดิษฐ์ขึ้นมาเป็นรูปตัว M ทำด้วย stainless steel ก็มี เป็นรูปร่างตัว T รูปร่างคล้ายร่มหรือสมอเรือก็มี สำหรับรูปร่างตัว T และรูปร่างคล้ายร่มหรือสมอเรือได้มีการใช้สารทองแดงร่วมด้วยพบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าห่วงอนามัยที่ไม่มีสารทองแดงร่วมด้วย ระยะหลังยังได้มีการประดิษฐ์ห่วงอนามัยที่มีสารฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนสังเคราะห์อยู่ด้วยก็พบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์

ได้ดีเช่นกัน แต่มีราคาสูง จึงใช้ประโยชน์อย่างอื่น เช่น รักษาโรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ และให้โปรเจสเตอโรนทดแทนในวัยหมดระดู เป็นต้น

ชนิดของห่วงอนามัย

ห่วงอนามัยแบ่งออกไป 2 ชนิด คือ [1, 4 - 6, 9]

1. ห่วงอนามัยชนิดธรรมดา (Non-medicated or Inert) หมายถึง ห่วงอนามัยที่ไม่มีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ Lippes Loop ซึ่งปัจจุบันนี้ไม่มีใช้แล้ว

2. ห่วงอนามัยชนิดมีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ (active or bioactive or medicated) หมายถึง ห่วงอนามัยที่มีสารบางอย่างที่ออกฤทธิ์ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์หรือช่วยลดอาการข้างเคียง ได้แก่

2.1 ห่วงอนามัยทองแดง (copper bearing IUD) เป็นห่วงอนามัยที่มีสารทองแดงประกอบอยู่ด้วย เช่น Multiload 250, Multiload 375, T Cu 380 A และ Nova T เป็นต้น

- T Cu 380 A เป็นห่วงอนามัยรูปตัว T ทำด้วย polyethylene มีความยาว 36 มม. และความกว้างของแขนยาว 32 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 380 ตร.มม. สายห่วงเป็น monofilament สีขาวสองเส้น อายุการใช้งาน 10 ปี
- Multiload Cu 250 เป็นห่วงอนามัยรูปร่างคล้ายร่มหรือสมอเรือ ทำด้วย polyethylene ยาว 24 มม. กว้าง 13 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 250 ตร.มม. สายห่วงเป็น monofilament สีฟ้า 2 เส้น อายุการใช้งาน 3 ปี
- Multiload Cu 375 ลักษณะเหมือน Multiload Cu 250 แต่มีขนาดใหญ่กว่าคือ ยาว 35 มม. กว้าง 20 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสทองแดง 375 ตร.มม. มีอายุการใช้งาน 5 ปี
- Nova T เป็นห่วงอนามัยรูปตัว “T” ทำด้วย polyethylene ความยาว 32 มม. กว้าง 20 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 200 ตร.มม. ปลายของก้านห่วงเป็น Loop ป้องกันก้านทะลุบริเวณปากมดลูก อายุการใช้งาน 5 ปี

2.2 ห่วงอนามัยฮอร์โมน (hormone-releasing IUD) เป็นห่วงอนามัยที่มีสารฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนสังเคราะห์อยู่ด้วย เช่น Progestasert®, Levonorgestrel - 20 หรือ Mirena ®เป็นต้น

- Progestasert® เป็นห่วงอนามัยรูปตัว T ทำด้วย ethylene vinyl acetate copolymer บริเวณก้านบรรจุฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน 38 มิลลิกรัม มีอายุการใช้งาน 1 ปี เนื่องจากพบการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกสูงขึ้น ปัจจุบันจึงเลิกใช้

- LNG-IUD พัฒนาใช้ตั้งแต่ ค.ศ.1990 เป็นห่วงอนามัย รูปตัว T ทำด้วย polyethylene ความยาว 32 มม. กว้าง 32 มม. บริเวณก้านบรรจุฮอร์โมน levonorgestrel 52 มิลลิกรัม สายห่วงเป็น monofilament สีดำ 2 เส้น อายุการใช้งาน 5 ปี

กลไกในการคุมกำเนิด [1, 9]

กลไกในการคุมกำเนิดของห่วงอนามัยในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าห่วงอนามัยเป็นสิ่งแปลกปลอมต่อร่างกาย เมื่อถูกนำเข้าสู่โพรงมดลูกย่อมจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ (foreign body reaction) ที่ส่วนของเยื่อบุโพรงมดลูก การเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของน้ำหลั่งภายในโพรงมดลูกและภายในท่อนำไข่ อันได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาว ปริมาณสาร prostaglandins และ enzymes ต่างๆ ทั้งหมดนี้เชื่อว่าจะ

1. ยับยั้งการว่ายของอสุจิขึ้นไปสู่ส่วนบนของมดลูกและท่อนำไข่
2. เปลี่ยนแปลงขบวนการปฏิสนธิ หรือการผสมกันระหว่างตัวอสุจิกับไข่
3. เปลี่ยนแปลงการเคลื่อนตัวของไข่

เวลาที่เหมาะในการใส่ห่วงอนามัย [1]

แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะที่ไม่เกี่ยวกับการคลอด
   1.1 ขณะมีประจำเดือนหรือวันท้ายๆ ของการมีประจำเดือนจะเหมาะสมที่สุด เพราะหลังการใส่ห่วงอนามัยจะมีเลือดออกต่ออีก 1-2 วัน ผู้รับบริการจะไม่รู้สึกว่าผิดปกติ
   1.2 ภายใน 12 วันแรกของรอบประจำเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการยังไม่ตั้งครรภ์
   1.3 ในกรณีที่คุมกำเนิดวิธีอื่นอยู่แล้วและไม่มีความผิดพลาด จะใส่ห่วงอนามัยในช่วงใดของรอบประจำเดือนก็ได้
   1.4 ถ้าไม่มีการร่วมเพศเลยในรอบเดือนนั้น ก็ใส่ได้เลย
2. ใส่หลังคลอดหรือหลังแท้ง
   2.1 การใส่ห่วงอนามัยหลังคลอดทำได้ทั้งในช่วงแรกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด หรือหลังคลอดทันทีภายใน 10 นาทีหลังรกคลอด ปัจจุบันไม่นิยมเพราะห่วงอนามัยหลุดง่าย หลังจากนี้ก็ควรใส่ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งจะกระทำได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนน้อย
   2.2 การใส่ห่วงอนามัยหลังแท้ง ทำได้ทั้งหลังแท้งทันที ถ้าไม่มีการอักเสบ หรือการแท้งติดเชื้อ และหลังแท้ง 3 สัปดาห์

อาการข้างเคียงที่มักเกิดขึ้นแล้วจะหายภายใน 2-3 เดือน หลังใส่ห่วงอนามัย [1, 4, 5, 9]

1. เป็นลม (syncope) หลังจากใส่ห่วงอนามัยอาการคล้ายจะเป็นลม วิงเวียนศีรษะ เหงื่อออก หัวใจเต้นช้า และความดันโลหิตต่ำ กลุ่มอาการทั้งหมดนี้เป็นผลของ vagal response ที่เกิดจากการที่ช่องปากมดลูกถูกขยายขณะทำการสอดใส่ห่วงอนามัย

2. ห่วงหลุด (expulsion) การที่ห่วงอนามัยหลุดออกจากโพรงมดลูกมาอยู่ในช่องคลอด พบได้บ่อยในระยะ 3 เดือนแรกของการใส่ และมักจะเกิดในขณะที่มีระดู

3. เลือดออกผิดปกติ (bleeding) เป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีมาขอให้เอาห่วงออกมากที่สุดซึ่งมีลักษณะเลือดออก ดังนี้

3.1 ปริมาณเลือดระดูที่ออกในแต่ละเดือนมากขึ้น

3.2 จำนวนวันของการมีระดูจะนานขึ้นอีกประมาณ 1-2 วันในแต่ละเดือน

3.3 มีเลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบระดู

4. ปวดท้องน้อย อาการปวดอาจเป็นแบบ cramping pain ที่บริเวณท้องน้อยส่วนล่าง หรืออาจปวดร้าวไปบริเวณหลังส่วนล่าง สาเหตุเนื่องจากมดลูกบีบตัว

5. ตกขาว หลังใส่ห่วงอนามัยอาจมีตกขาวออกมากขึ้น อาการตกขาวนี้เชื่อว่าเกิดจากปฏิกิริยาของเยื่อบุมดลูกที่มีต่อห่วงอนามัยซึ่งเป็นวัตถุปลอม แต่มักจะเป็นอยู่เพียงในเดือนแรกๆ หลังใส่อาการจะกลับเป็นปกติเองโดยไม่ต้องให้การรักษา แต่ถ้าตกขาวบ่อยและมีอาการคัน มักจะเกิดอาการอักเสบจากเชื้อรา ต้องไปรับการรักษา

ข้อห้ามในการใช้ห่วงอนามัย [9]

1. การอักเสบของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ทั้งนี้รวมทั้งการอักเสบภายในช่องคลอดและบริเวณปากมดลูกด้วย ที่ยังไม่ได้รับการรักษา ถ้ารักษาหายแล้วก็ใส่ได้

2. เมื่อสงสัยว่าจะตั้งครรภ์

3. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดที่ยังไม่ได้หาสาเหตุ

4. ประจำเดือนผิดปกติ โดยเฉพาะมีเลือดประจำเดือนออกมาก และมีอาการปวดประจำเดือนมาก

5. เนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก ในรายที่มี myoma uteri ขนาดใหญ่ หรือมีเนื้องอกยื่นเข้าไปในโพรงมดลูก

6. มดลูกผิดปกติมาแต่กำเนิด

วิธีคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น

การเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ก็ควรจะเลือกวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อย ใช้ง่าย หาได้ง่าย ราคาถูก เพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีรายได้ ถ้าไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือไม่ต้องตรวจภายในก็จะดีมาก เพราะวัยรุ่นมักจะอาย มีวิธีคุมกำเนิดต่างๆ หลายวิธีให้วัยรุ่นเลือกใช้

ตามความเหมาะสม การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งย่อมดีกว่าไม่ใช้เลย วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีก็มีข้อดี ข้อเสียต่างๆ กัน และจะต้องเปรียบเทียบกับผลเสียถ้าเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้คุมกำเนิดด้วย

วิธีคุมกำเนิดที่แนะนำสำหรับวัยรุ่นไทย มี 7 วิธี คือ

1. ถุงยางอนามัย เป็นวิธีที่ควรแนะนำมากที่สุด เพราะนอกจากจะป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีแล้ว ยังป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งเอดส์ด้วย และยังเป็นวิธีที่แสดงถึงความรับผิดชอบของวัยรุ่นชายอีกด้วย

2. ยาเม็ดคุมกำเนิด วัยรุ่นต้องการยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง และอาการข้างเคียงน้อย โดยเฉพาะเรื่องสิว ฝ้า และน้ำหนักตัว ต้องไม่เพิ่ม โดยทั่วไปยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติก็ใช้ได้ แต่ถ้ารับประทานแล้วเกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียนมาก ก็ต้องเปลี่ยนชนิดเอสโตรเจน 20 ไมโครกรัม หรือน้อยกว่า ถ้ารับประทานมีสิวมากก็คงเลือกใช้กลุ่มที่มีโปรเจสโตเจน cyproterone acetate หรือ chlormadinone acetate เป็นส่วนประกอบ ถ้ามีหน้ามันมาก (มักจะตามมาด้วยการเกิดสิว) ก็ควรใช้ชนิดที่มี biphasic หรือใช้ชนิดที่มีโปรเจสโตเจน desogestrel ในกรณีที่น้ำหนักตัวมาก ปกติแล้วน้ำหนักขึ้นมาก ควรจะใช้ชนิดที่มีโปรเจสโตเจน drospirenone จะลดการคั่งของน้ำในร่างกาย น้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มหรือเพิ่มไม่มาก ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของวัยรุ่นด้วย

ข้อสำคัญสำหรับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในวัยรุ่นก็คือ ต้องให้วัยรุ่นรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การลืมรับประทานยา นอกจากจะทำให้มีเลือดออกกะปริดกะปรอยแล้ว โอกาสการล้มเหลวก็สูงขึ้นด้วย

3. ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ถ้าเป็นไปได้ควรแนะนำให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียวในขนาดที่สูง (Postinor® หรือ Madonna®) รับประทานครั้งเดียว 2 เม็ด ภายใน 72 ชั่วโมงหลังร่วมเพศ อาจจะใช้ได้ในกรณีที่ไม่เกิน 120 ชั่วโมง ถ้าใช้ได้เร็วโอกาสได้ผลดีก็จะสูงกว่าเมื่อใกล้ 72 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะมีบ้าง แต่จะเป็นชั่วคราว หลังจากใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินแล้ว ถ้าไม่มีระดูมาหรือไม่มีเลือดออกภายใน 3 สัปดาห์ ต้องแนะนำให้กลับมาตรวจดูว่าตั้งครรภ์หรือไม่ และไม่แนะนำให้ใช้เกิน เดือนละ 3-4 ครั้ง ถ้าร่วมเพศบ่อย ควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดธรรมดา 21, 24 + 4 หรือ 28 เม็ดจะดีกว่า

4. ยาฉีดคุมกำเนิด สามารถใช้ในวัยรุ่นได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะทำให้ภาวะการเจริญพันธุ์มาช้า เพราะวัยรุ่นไม่ควรที่จะตั้งครรภ์เร็ว แต่ยาฉีดคุมกำเนิดมักจะทำให้มีระดูกะปริดกะปรอย หรือระดูไม่มา ควรให้คำปรึกษาไว้ก่อนจะเริ่มการฉีดยา อาจจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่าปกติ ต้องแนะนำให้วัยรุ่นควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกาย

5. ยาฝังคุมกำเนิด แนะนำให้ใช้ชนิดหลอดเดียว etoplan® หรือ implanon® ใช้ได้ 3 ปี หรือ jadelle® ชนิด 2 หลอด ใช้ได้ 5 ปี ไม่แนะนำให้ใช้ norplant® ชนิด 6 หลอด เพราะมีปัญหาเรื่องการถอดออกยาก อาจจะมีแผลหลายแผลในการถอดยาฝัง

6. ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด evra® ก็ใช้ได้ดีสำหรับวัยรุ่น และแน่ใจว่ากำลังคุมกำเนิดอยู่ (คลำแผนแปะได้)

7. ห่วงอนามัย ไม่เหมาะสำหรับวัยรุ่นที่ไม่เคยตั้งครรภ์ เนื่องจากจะใส่ยาก แต่ถ้าเคยตั้งครรภ์แล้วอาจจะเคยแท้งบุตรหรือคลอดบุตร การใส่ห่วงอนามัยก็ทำได้ไม่ยาก และสามารถคุมกำเนิดได้นาน 3, 5 หรือ 10 ปี แล้วแต่ชนิดของห่วงอนามัย

การบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น ไม่ควรให้บริการในเวลาเดียวกับผู้ใหญ่ เพราะวัยรุ่นจะไม่มารับบริการ ถ้าจัดเวลาให้เหมาะสมก็จะช่วยลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้มาก

วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร

ได้แก่ การทำหมันหญิงและทำหมันชาย

การทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิดที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง เหมาะสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเพียงพอแล้ว นอกจากจะช่วยลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวแล้ว ยังช่วยลดอัตราเพิ่มของประชากรอย่างมากอีกด้วย

1. หมันชาย (vasectomy) [1, 2, 4]

การทำหมันชายเป็นการทำให้ท่อนำอสุจิอุดตันโดยการตัดและผูกท่อนำไข่ มีผลให้ตัวอสุจิไม่สามารถไปผสมกับไข่ในเพศหญิงได้ การตั้งครรภ์จึงไม่เกิดขึ้น

หมันชายทำแล้วไม่ได้เป็นหมันทันที ต้องรอเวลาประมาณ 3 เดือน หรือมีการหลั่งน้ำอสุจิ 12 ครั้ง แต่ถ้าจะให้เป็นการแน่นอนจะต้องตรวจไม่พบตัวอสุจิในน้ำอสุจิ

วิธีการทำหมันชายทำได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ต้องดมยาสลบ และไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล

2. หมันหญิง (tubal sterilization) [1, 2, 4]

การทำหมันหญิงเป็นการทำให้ท่อนำไข่อุดตันเพื่อไม่ให้ไข่พบตัวอสุจิของเพศชาย ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำหมันหญิงมี 2 ระยะ

1. ระยะหลังคลอดใหม่ๆ (postpartum tubal sterilization) หรือที่ชาวบ้านเรียกว่าหมันเปียกเป็นระยะเหมาะที่สุดที่จะทำหมัน เพราะมดลูกยังอยู่สูงทำได้ง่าย อีกทั้งผู้ป่วยจะอยู่ในระยะพักหลังคลอดในโรงพยาบาลอยู่แล้ว โดยทั่วไปนิยมทำประมาณภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ทำทางหน้าท้องมีแผลขนาดเล็ก ทำให้ท่อนำไข่ตันโดยการผูกและตัด

2. ระยะปกติ (interval tubal sterilization) ทำระยะไหนก็ได้ที่ไม่ใช่ระยะหลังคลอดใหม่ๆ กรณีนี้เรียกกันทั่วๆ ไปว่า “หมันแห้ง” การทำหมันแห้งนี้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาอยู่โรงพยาบาล

การทำหมันทั้งชายและหญิง แม้ว่าจะมีการทำถูกวิธีตามขั้นตอนแล้ว ก็อาจจะเกิดความล้มเหลวได้บ้าง สำหรับหมันหญิงโอกาสเกิดได้ 1 ใน 500 หมันชายน้อยกว่านี้ ผู้ให้คำปรึกษาควรจะบอกให้ผู้รับบริการได้เข้าใจไว้ก่อน

สรุป

การวางแผนครอบครัวมีความสำคัญกับชายหญิงที่อยู่กินกันฉันท์สามีภรรยา ช่วยให้มีบุตรในเวลาที่ต้องการเมื่อครอบครัวมีความมั่นคง มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี เพื่อให้บุตรที่เกิดมาได้รับการเลี้ยงดูที่ดี มีการศึกษาดี ดังนั้น ชายหญิงควรใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม นอกจากนี้การคุมกำเนิดในคู่ที่ยังไม่ได้แต่งงานโดยเฉพาะวัยรุ่น หรือยังไม่พร้อมจะมีบุตรก็จะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือตั้งครรภ์ไม่พร้อม การใช้ถุงยางอนามัยจะช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
2. ชวนชม สกนธวัฒน์. การคุมกำเนิด. ขอนแก่น : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2538.
3. กองวางแผนครอบครัวและประชากร. คู่มือเตรียมความพร้อมก่อนสมรส. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542. หน้า 79-80.
4. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
5. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. การแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของการคุมกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2552. หน้า 4-54.
6. ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล. การคุมกำเนิดเพื่อการวางแผนครอบครัว. ขอนแก่น: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
7. อรวรรณ คีรีวัฒน์. การคุมกำเนิด. เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรอบรมพยาบาลให้บริการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553. หน้า 2-5.
8. อเนก อารีพรรค, สุวัทนา อารีพรรค. เรียนรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2535. หน้า 285-6.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการอบรมพยาบาลให้บริการใส่ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.

บทที่ 10
การใช้ชีวิตคู่

ปรียมาศ เวสสบุตร
กรรณิการ์ รักเสนาะ
พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์

คำนำ
การเริ่มต้นชีวิตคู่
การครองรักในชีวิตคู่
เรื่องเพศในชีวิตคู่
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 10
การใช้ชีวิตคู่

ปรียมาศ เวสสบุตร
กรรณิการ์ รักเสนาะ
พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์

คำนำ

“เมื่อแรกรักน้ำต้มผักก็ว่าหวาน ครั้นเนิ่นนานน้ำอ้อยก็กร่อยขม” แม้จะเป็นประโยคที่กล่าวต่อเนื่องมาจากโบราณกาลแล้ว แต่ก็ดูยังทันสมัยอยู่เสมอในปัจจุบัน เพราะหลายต่อหลายคู่แรกรักกันใหม่ๆ ก็ออกอาการหวานซาบซึ้ง มองตากันทั้งวัน จับมือกันทั้งวัน ไปไหนไปด้วยกัน ไม่ยอมแยกห่างจากกันแม้แต่นาทีเดียว แต่อยู่ๆ ก็เลิกกันไป เข้าทำนองก้นหม้อข้าวยังไม่ทันดำ ตรงกันข้ามกับหลายคู่ที่เริ่มต้นแบบราบเรียบธรรมดาไม่หวือหวาอะไร แต่พยายามเข้าใจกันปรับตัวเข้าหากัน ด้วยความรักความผูกพัน ทำให้ความรักของคนทั้งสองกลับหวานเพิ่มมากขึ้นตามกาลเวลาและมีชีวิตคู่ที่แสนหวานเป็นที่ชื่นชมของคนรอบข้าง นั่นเป็นเพราะการใช้ชีวิตคู่ ต้องอาศัยการปรับตัวเข้าหากันของคนสองคน โดยพยายามที่จะทำให้คนที่มาใช้ชีวิตคู่ด้วยกันนั้นเข้าใจ มั่นใจในความรักที่มีให้กัน และพัฒนาชีวิตรักให้เป็นความรักแบบเพื่อน ที่เข้าใจกัน ไว้ใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เคารพนับถือซึ่งกันและกัน รวมทั้งให้อภัยในความผิดพลาดของกันและกัน ดังนั้น ชีวิตคู่ที่รู้จักขอโทษ ขอบคุณและให้อภัย ร่วมทุกข์ ร่วมสุข ยืนเคียงข้างกันในทุกสถานการณ์อย่างมีสติ ย่อมเป็นชีวิตคู่ที่อยู่กันด้วยความรักความผูกพันที่พัฒนาจนเป็นชีวิตคู่ของมิตรแท้ ที่จะเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกันโดยไม่เห็นแก่ตัว แบบเพื่อนคู่คิด มิตรคู่ใจ และพัฒนาต่อไปจนเป็นเพื่อนคู่ชีวิต ซึ่งจะครองคู่กันด้วยความรักอันบริสุทธิ์ใจที่มอบให้แก่กัน สิ่งนี้น่าจะเป็นสิ่งที่คู่รักทุกคู่คาดหวังและตั้งใจเอาไว้ว่า ขอให้ได้ประสบพบเจอกับคู่ของตน โดยในบทความนี้จะกล่าวถึงเรื่อง การเริ่มต้นชีวิตคู่ การครองรักในชีวิตคู่ และเรื่องเพศในชีวิตคู่

การเริ่มต้นชีวิตคู่

คนเราเมื่อเกิดมาก็จะมีพ่อแม่คอยเลี้ยงดู เอาใจใส่ จนเมื่อเติบใหญ่ก็อยากแสวงหาใครสักคนที่รัก เข้าใจ ห่วงใย ดูแลยามเจ็บป่วย ให้กำลังใจยามผิดหวัง และให้อภัยเมื่อทำอะไรผิดพลาดไป ใครคนนั้นเป็นที่รู้จักกันในคำเรียกหาที่ว่า “คู่ชีวิต” [1] คู่ชีวิตอาจเป็นได้ทั้งคู่บุญที่จะส่งเสริมกันในทุกวิถีทางที่จะทำให้คนทั้งสองมีความเจริญก้าวหน้าไปในทุกเรื่อง หรืออาจจะเป็นคู่เวรคู่กรรมที่ต้องมาร่วมผจญชีวิต

กันอีก ดังนั้น ก่อนที่จะตัดสินใจใช้ชีวิตกับใครสักคน ควรคิดให้รอบคอบและเตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมก่อน เพราะการวางรากฐานที่มั่นคงหรือการตั้งต้นชีวิตคู่ที่ดีนั้นหมายถึงการได้ประสบความสำเร็จในชีวิตไปแล้วครึ่งหนึ่ง

จุดเริ่มต้นของชีวิตคู่ก็คือ การเลือกคู่ครอง [2] ซึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องของโชคชะตาหรือดวงแต่อย่างใด แต่การเลือกคู่ครอง ควรใช้เหตุผลในการตัดสินใจมากกว่าใช้อารมณ์ โดยพิจารณาคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ที่จะได้รับเลือก เพื่อคาดหวังผลสำเร็จในอนาคตโดยอาศัยหลักการที่ว่า การค้นพบสิ่งที่อาจทำให้ผิดพลาดได้ก่อนย่อมดีกว่ามาพบในภายหลัง เมื่อคนเราเกิดความสนใจต่อเพศตรงข้ามและเริ่มปรับตัวเข้ากับเพศตรงข้ามแล้ว ความพึงพอใจหรือความสนใจเป็นพิเศษที่มีต่อเพศตรงข้ามจะเกิดขึ้นตามมา บางคนคิดว่า ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความรักที่ตนมีต่อเพศตรงข้าม ซึ่งในความเป็นจริงแล้วความพึงพอใจกับความรักนั้นแตกต่างกัน ความพึงพอใจ หมายถึง การสะดุดตาสะดุดใจในรูปร่าง หน้าตา น้ำเสียง หรือลักษณะที่น่าประทับใจบางอย่างในบุคคลที่เราสนใจ ทำให้เกิดความรู้สึกคลั่งไคล้ นึกถึงอยู่ตลอดเวลา ความพึงพอใจมักจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและเกิดขึ้นได้เสมอ อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจอาจเป็นแนวทางเบื้องต้นที่จะทำให้เกิดความรักได้ ส่วนความรัก เป็นความรู้สึกชื่นชมยินดีจนบังเกิดความปรารถนาขึ้น ซึ่งแบ่งเป็นความปรารถนาที่จะให้หรือความปรารถนาที่จะรับ ถ้าชื่นชมแล้วปรารถนาที่จะให้ก็เป็นรักแท้ หรือ “ความเมตตา” แต่ถ้าหากชื่นชมแล้วอยากเป็นฝ่ายรับมากกว่าก็เป็นรักเทียม หรือ “ความเสน่หา” ความรักจึงเป็นสิ่งเริ่มต้นที่จะชักจูงให้ชายและหญิงต้องการที่จะใช้ชีวิตร่วมกัน และเป็นสิ่งเชื่อมโยงความรู้สึกของคนสองคนไว้ด้วยกัน ผู้ที่จะเลือกมาเป็นคู่ครองจึงควรเป็นผู้ที่ตนรักและรักตน ผู้ที่มีความรักให้แก่กันอย่างแท้จริงจะมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะแต่งงานกัน ซึ่งการแต่งงาน หมายถึง การที่ชายและหญิงตัดสินใจใช้ชีวิตร่วมกัน จุดมุ่งหมายเพื่อให้การใช้ชีวิตคู่มีความสุขมากขึ้นและมีชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อเป็นสามีภรรยาแล้วก็ต้องมีความสุขมากกว่าตอนอยู่คนเดียว [3] การแต่งงานจึงถือว่าเป็นสิ่งที่สวยงาม เป็นวัฒนธรรมประเพณีที่ปฏิบัติกันมานาน การแต่งงานส่วนใหญ่ต้องมีการจดทะเบียนสมรส เพื่อเป็นข้อผูกพันตามกฎหมาย สำหรับสิทธิของชายหญิงและบุตรที่จะเกิดตามมา เมื่อชายและหญิงแต่งงานมาอยู่ด้วยกันก็จะต้องใช้ชีวิตร่วมกัน เปรียบเสมือนเป็นบุคคลคนเดียวกัน ดังนั้นก่อนตัดสินใจแต่งงาน ชายและหญิงจะต้องมีพื้นฐานที่สำคัญที่สุด คือ “ความรัก” แต่ความรักอย่างเดียวก็ไม่อาจทำให้ชีวิตสมรสราบรื่นยาวนานได้ ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าความรัก นั่นคือ ความเหมาะสม ความเข้าใจ ความรับผิดชอบ และการให้อภัยซึ่งกันและกัน ฯลฯ ดังนั้น หลักในการเลือกคู่ครอง [2] นอกจากจะพิจารณาพื้นฐานด้านความรักที่ชายและหญิงมีให้แก่กันแล้ว จึงควรพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย ดังนี้

เชื้อชาติ โดยทั่วไปคนเชื้อชาติเดียวกันย่อมมีภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมที่เหมือนกัน คู่ครองที่มีเชื้อชาติเดียวกันจึงมักจะเข้าใจกันได้ง่าย ถ้าหากเป็นคนละเชื้อชาติก็อาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งไม่เข้าใจกัน และอาจเกิดปัญหาการอพยพหรือการย้ายกลับภูมิลำเนาของคู่สมรสทำให้ชีวิตคู่ต้องแยกหรือพลัดพรากจากกันได้ อย่างไรก็ดี คู่สมรสที่มีเชื้อชาติต่างกันก็ไม่ใช่ว่าชีวิตสมรสจะล้มเหลวเสมอไป ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับที่การปรับตัวของคู่สมรส ถ้าได้ใช้ความพยายามในการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ก็จะสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขได้

ศาสนา เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ศาสนาทุกศาสนามีจุดมุ่งหมายในการอบรมสั่งสอนให้เป็นคนดี ละเว้นความชั่ว ส่วนหลักการและพิธีกรรมต่างๆ ของแต่ละศาสนาย่อมมีลักษณะแตกต่างกันออกไป ถ้าหากคู่สมรสนับถือศาสนาเดียวกัน ความเชื่อถือศรัทธาและการปฏิบัติตนตามพิธีกรรมทางศาสนาก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่หากนับถือศาสนาต่างกันก็อาจจะมีปัญหากระทบต่อการดำเนินชีวิตได้ เช่น คนหนึ่งจะไปวัด อีกคนจะไปโบสถ์ หรือเกิดปัญหาข้อขัดแย้งที่ว่า จะให้บุตรที่เกิดมานับถือศาสนาอะไร เป็นต้น การตัดสินใจเลือกคู่ที่นับถือศาสนาต่างกัน จำเป็นต้องพยายามปรับตัวเข้าหากัน และไม่ควรนำประเด็นทางศาสนามาเป็นข้อโต้แย้งว่าศาสนาของใครดีกว่าของใคร เพราะปัญหานี้ไม่มีข้อสรุปและอาจนำไปสู่ความแตกแยกในชีวิตสมรสได้ง่าย เช่นเดียวกับความคิดเห็นที่ต่างกันอื่นๆ เช่น ความคิดเห็นทางการเมืองที่เป็นปัญหาข้อขัดแย้งกันในบางคู่

การศึกษา การที่คู่สมรสมีระดับการศึกษาสูงหรือจบปริญญา แม้จะไม่ใช่เครื่องรับประกันความสำเร็จของชีวิตสมรสได้อย่างแน่นอนก็จริงอยู่ แต่จากตัวอย่างชีวิตสมรสจำนวนมาก ได้ชี้ให้เห็นว่าคนที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จในชีวิตได้มากกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการศึกษาช่วยทำให้บุคคลเจริญงอกงามทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อชีวิตสมรสหรือชีวิตครอบครัวเป็นอย่างมาก และจากการศึกษาวิจัยโดยทั่วไปมักพบว่า คู่สมรสที่มีสติปัญญาและระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน จะมีโอกาสประสบความสุขและความสำเร็จในชีวิตสมรสมากกว่าคู่สมรสที่มีระดับการศึกษาต่างกันมาก เพราะระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันจะช่วยทำให้คู่สมรสพูดจากันรู้เรื่องและเข้าใจกันได้ง่าย

ฐานะทางเศรษฐกิจ ความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจหรือฐานะทางด้านการเงิน นับเป็นข้อที่ควรพิจารณาอีกประการหนึ่งในการเลือกคู่ครอง เพราะถ้าคู่สมรสมีฐานะทางการเงินไม่ดี การหารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ในขณะที่ครอบครัวต้องขยายตัวออกไป สมาชิกใหม่ในครอบครัวเพิ่มขึ้น อาจมีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาชีวิตครอบครัวได้ เว้นเสียแต่คู่สมรสนั้นจะต้องทำงานหนัก เพื่อเพิ่มพูนรายได้และรู้จักประหยัดในการใช้จ่าย จึงจะทำให้ชีวิตดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ที่สำคัญหลายคู่ที่เลิกรากันไปก็เพราะปัญหาเรื่อง “เงินๆ ทองๆ” เพราะระยะเวลาช่วงแรกที่คบกันมักจะเกรงใจที่จะถามไถ่ถึงการวางแผนเรื่องเงินๆ ทองๆ ของคนรัก ถ้าจะให้ดี ลองตั้งคำถามเกี่ยวกับการเงินและช่วยกันตอบให้เป็นที่พอใจก่อนตัดสินใจใช้ชีวิตคู่ ซึ่งหากตอบคำถามร่วมกันได้หมด ก็จะไม่เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว

บุคลิกภาพ การศึกษาเรื่องบุคลิกภาพของคู่ครองก่อนแต่งงานเป็นสิ่งสำคัญมาก ชีวิตสมรสที่มีความสุขจะต้องประกอบด้วยบุคลิกภาพของชายและหญิงที่เข้ากันได้ และจะต้องทราบอุปนิสัยใจคอต่างๆ ของคู่สมรสก่อนแต่งงาน แม้ว่าบุคลิกภาพของคนเราจะเปลี่ยนแปลงได้ แต่ถ้าหากคู่สมรสฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดคิดว่าจะเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของอีกฝ่ายหนึ่งภายหลังการแต่งงานกันแล้วนั้น ก็อาจจะเสี่ยงต่อความผิดหวังในชีวิตสมรสได้ ดังนั้น จึงควรพิจารณาให้รอบคอบก่อนที่จะตัดสินใจ

วุฒิภาวะทางอารมณ์ การที่ร่างกายของชายและหญิงเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่และพร้อมที่จะให้กำเนิดบุตร มิได้หมายความว่าบุคคลผู้นั้นพร้อมที่จะแต่งงาน หรือมีครอบครัวได้ การแต่งงานหรือการสมรสจำเป็นต้องอาศัยความเจริญเติบโตของจิตใจ หรือความมีวุฒิภาวะทางอารมณ์เป็นหลักสำคัญประกอบด้วย เพราะผู้ที่บรรลุวุฒิภาวะทางอารมณ์ย่อมเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวให้มีความสุขกับครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ดี ความสามารถในการปรับตัวนี้ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับชีวิตสมรสที่ประสบความสำเร็จ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวุฒิภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ได้แก่ อายุ ส่วนใหญ่ผู้ที่มีอายุมากมักจะเป็นผู้ที่มีสภาวะทางอารมณ์มั่นคงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยที่สำคัญในการกำหนดความพร้อมของการแต่งงาน ควรพิจารณาถึงความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อสถานภาพของการเป็นสามีภรรยา และเรื่องของจิตใจที่ชายและหญิงต้องมีความมั่นคงในจิตใจโดยยกย่อง ยอมรับ เชิดชู ให้เกียรติในความเป็นสามีภรรยาซึ่งกันและกัน โดยไม่คิดที่จะใช้สิทธิเลือกใหม่อีกครั้ง [4]

สุขภาพ สุขภาพย่อมมีความสำคัญต่อบุคคล การมีสุขภาพดีนับว่าเป็นลาภอันประเสริฐ ดังพุทธภาษิตที่กล่าวว่า *“อโรคยา ปรมาลาภา-การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ”* การเลือกคู่ครองควรเลือกผู้ที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนแต่งงานควรให้แพทย์ตรวจสุขภาพของชายและหญิงว่ามีโรคใดบ้างที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อชีวิตการสมรส เช่น การตรวจหมู่เลือดหรือความผิดปกติเกี่ยวกับเลือด และโรคที่สามารถถ่ายถอดทางพันธุกรรม และหากพบว่ามีโรคภัยไข้เจ็บก็ควรได้รับการรักษาให้หายเสียก่อน

นอกจากนี้ ยังมีหลักการเลือกคู่ครองในฝัน [5] ที่เป็นอุดมคติทั่วไปที่ผู้หญิงมักอยากให้ชายในฝันของเธอมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นพ่อของลูก เป็นความภาคภูมิใจของครอบครัว เป็นแฟมิลี่แมนที่ดูแลครอบครัว และทำทุกสิ่งเพื่อครอบครัว
2. เป็นคนที่มอบความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น ความห่วงใย ความมั่นคงอย่างสม่ำเสมอ และจริงใจไม่เปลี่ยนแปลง แม้กาลเวลาจะเปลี่ยนไป
3. เลี้ยงดูอุปการะ ดูแลกันยามเจ็บไข้ได้ป่วย ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน

ส่วนผู้หญิงในฝันที่ผู้ชายอยากจะได้มาเป็นคู่ชีวิตนั้น มีคุณสมบัติต่อไปนี้

1. เป็นแม่ของลูก เป็นผู้หญิงที่สามารถยืนเคียงข้างกับเขาทั้งในยามสุขและยามทุกข์
2. เป็นคนที่คอยปลอบใจยามที่ผิดหวัง ให้กำลังใจกันในยามที่จะต้องลุกขึ้นมาต่อสู้เพื่อที่จะฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ในชีวิต
3. เป็นคนที่สามารถร่วมรักกับเขาได้อย่างสุขสม เพราะการบอกรักผ่านการมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งทางกายกับผู้หญิงคนที่เขารักและรักเขา เมื่อเกิดความสุขสมแล้วความรักของเขาก็จะเพิ่มพูนขึ้นเป็นเท่าทวีคูณ

อาจสรุปได้ว่า การเลือกคู่ครองที่มีเชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา เศรษฐกิจ และระดับวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่คล้ายกันหรือใกล้เคียงกัน จะช่วยให้ชีวิตสมรสประสบผลสำเร็จมากกว่าคู่ครองที่มีสิ่งเหล่านี้แตกต่างกัน แต่ก็มิได้หมายความว่าคู่ครองที่มีภูมิหลังแตกต่างกันจะไม่ประสบผลสำเร็จในชีวิตสมรส ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรัก ความเข้าใจ การยอมรับซึ่งกันและกันที่จะช่วยให้คู่สมรสประสบผลสำเร็จในชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม การที่ชายและหญิงเลือกคู่ครองของตน ก็ควรได้มีการปรึกษาพ่อ แม่ หรือญาติผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า เพื่อรับคำแนะนำที่ถูกต้อง และเกิดการยอมรับในการตัดสินใจเลือกคู่ครองของคู่สมรส คงไม่มีใครปฏิเสธได้ว่าชีวิตคู่ที่สุขสมนั้น มักจะยืนยาวและสุขภาพดี เริ่มต้นด้วยการมองหาคู่ชีวิตที่มีคุณลักษณะที่ต้องประสงค์ ถ้าทำได้ถึงแม้พรหมลิขิตจะดลบันดาลให้มาพบกันตามวาสนา แต่เราก็มีสิทธิที่จะรับหรือไม่รับได้เช่นกัน [5]

การครองรักในชีวิตคู่

การที่คนเราสองคนจะมาเป็นสามีภรรยากันเป็นเรื่องง่าย แต่การที่จะให้ครองชีวิตคู่ราบรื่นยาวนานเป็นเรื่องยาก เพราะทั้งคู่ต่างก็มีลักษณะเฉพาะของตัวเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ วัฒนธรรม ความรู้ ความคิด รวมทั้งความเชื่อต่างๆ เมื่อมาอยู่ด้วยกันย่อมทำให้เกิดความขัดแย้งได้เสมอ การเปลี่ยนแปลงจากชีวิตโสดมาสู่ชีวิตคู่ จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกัน รู้จักปรับตัวเข้าหากัน และเมื่อเกิดปัญหาก็จะต้องรู้วิธีจัดการกับปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ด้วยความรอบคอบระมัดระวังมิฉะนั้น อาจทำให้ความขัดแย้งนั้นขยายความรุนแรงจนไปสู่การหย่าร้างและการล่มสลายของครอบครัวได้ในที่สุด [6]

หลักในการครองชีวิตคู่ อันเป็นสิ่งสำคัญของคู่สมรสทุกคู่ [7] ประกอบด้วย

ซื่อสัตย์และไว้วางใจ ความซื่อสัตย์และไว้วางใจเป็นรากฐานที่สำคัญของการใช้ชีวิตคู่ที่สำคัญคือ ทั้งสองฝ่ายต้องระวังไม่ให้บุคคลอื่นเข้ามามีบทบาทมากไปกว่าสามีหรือภรรยาของตนเอง อุทิศตนให้แก่กัน คนที่แต่งงานกันควรมีการอุทิศตนให้แก่กัน สามีภรรยาที่มีความจริงใจต่อกันจะมีความรู้สึกรับรู้ว่าต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ต้องร่วมกันสร้างครอบครัวด้วยกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันและจะไม่ทอดทิ้งกันไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม

เอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรต่อกัน ควรต้องดูแลเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของซึ่งกันและกัน อาจทำได้มากบ้าง น้อยบ้าง แต่เพียงแค่พยายามและทำอย่างดีที่สุดเท่าที่ลักษณะนิสัย ความสามารถและเวลาจะทำได้

ยอมรับในความเป็นตัวตนของกันและกัน การใช้ชีวิตคู่ จะมีความใกล้ชิดกันมากที่สุด โอกาสที่จะเห็นข้อบกพร่องก็เป็นไปได้มาก ดังนั้น จึงควรยอมรับความเป็นตัวตนของอีกฝ่าย และพยายามปรับตัว เข้าหากัน ที่สำคัญคือ อย่าพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความเป็นตัวตนของอีกฝ่าย แต่ให้เริ่มต้นจากการปรับปรุงตนเองก่อน

เคารพให้เกียรติ คู่สมรสส่วนใหญ่ปรารถนาความรัก การยอมรับ และความรู้สึกว่ามีความหมายและมีคุณค่าต่อคนที่รัก ดังนั้น การแสดงให้อีกฝ่ายรู้ว่าเขา/เธอเป็นคนสำคัญ เคารพและให้เกียรติกันจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

อดทนและให้อภัย ในชีวิตประจำวันสามี/ภรรยาอาจมีการกระทบกระทั่งกันบ้าง หากยังมีความรักกันอยู่ก็ควรอดทน ให้อภัยและยกโทษ อย่าพยายามที่จะเอาชนะหรือเอาเปรียบกัน การขอโทษเมื่อทำผิดจะช่วยคลี่คลายปัญหาได้มาก

เรียนรู้และทำความเข้าใจ ธรรมชาติทางชีวภาพที่แตกต่างกันของเพศชายและหญิงส่งผลให้ความคิดและพฤติกรรมต่างกัน ธรรมชาติของผู้ชายจะชอบใช้เหตุผล ไม่สนใจเรื่องความรู้สึกมีความสุขุมนิ่มและแข็งแรงมากกว่า ต้องการความเป็นส่วนตัว กลัวการขาดอิสระ (แต่ต้องการการดูแลเอาใจใส่) ถืออำนาจ เกียรติและศักดิ์ศรี ต้องการเป็นผู้นำ ไม่ชอบพูดเรื่องไร้สาระ ไม่ชอบการถูกตำหนิ การบ่น ในขณะที่ผู้หญิงจะมีลักษณะตรงกันข้าม แต่หากมองว่านั่นเป็นธรรมชาติที่แตกต่างกันและพร้อมปรับตัวให้เข้ากันได้และรู้จักใช้ส่วนดีของแต่ละฝ่ายที่ธรรมชาติสร้างมา เมื่อนั้นชีวิตคู่ก็จะมีความสุข

ตอบสนองเรื่องเซ็กซ์ได้ดี เซ็กซ์ในชีวิตคู่เป็นธรรมชาติที่สวยงาม และเป็นวิธีที่แสดงออกซึ่งความรักความใส่ใจดูแลความรู้สึกของกันและกัน ดังนั้น การมีเซ็กซ์ที่ดี ทั้งสองฝ่ายควรให้เกียรติและตระหนักในคุณค่าซึ่งกันและกัน

ตอบสนองความต้องการต่อกัน ตระหนักว่าความต้องการของอีกฝ่ายมีความสำคัญเท่าๆ กับความต้องการของตนเอง และพยายามตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกัน การบอกความต้องการ ความชอบหรือความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมาเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อที่ต่างฝ่ายจะได้ตอบสนองได้ตรงกับความต้องการกันมากขึ้น

ลดความคาดหวัง คู่สมรสส่วนใหญ่ แต่งงานมาพร้อมกับความคาดหวังมากมาย ความคาดหวังเหล่านั้นหากมีมากก็อาจทำให้ผิดหวังมาก และอาจจะนำไปสู่ความขัดแย้งในที่สุด ดังนั้นวิธีลดความขัดแย้ง คือ ลดความคาดหวังและพยายามปรับตัว ซึ่งหากสามารถทำได้แสดงว่ามีความเข้าใจในธรรมชาติของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างแท้จริง

ใกล้ห่างกันอย่างพอดี คู่สมรสไม่น้อย คาดหวังว่าหลังแต่งงานจะต้องใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันอย่างใกล้ชิด แต่การใกล้ชิดกันมากเกินไปจะเกิดความอึดอัดและขาดความเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่บางคู่อาจละเลยจนเกิดความห่างเหินกัน วิธีที่ดีที่สุดคือ ให้มีความใกล้ชิดในระดับที่ต่างฝ่ายต่างรู้สึกถึงความรัก ความห่วงใยและมีความห่างพอที่ต่างฝ่ายสามารถใช้ชีวิตที่เป็นส่วนตัวได้

มีปฏิสัมพันธ์เชิงบวก การกระทำดีๆ ที่เสริมสร้างและให้กำลังใจกันเป็นเรื่องสำคัญ โดยทั่วไปสามีและภรรยามักตอบสนองกันโดยอิงจากการกระทำของอีกฝ่ายที่กระทำต่อตน ดังนั้นหากคาดหวังให้คนรักกระทำดีต่อเรา ก็ควรกระทำดีต่อคนรักก่อน

รู้จักสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารทางบวกเป็นสิ่งสำคัญมาก อาจเป็นในรูปแบบของการแสดงออกทางสีหน้า การสบตา ท่าทาง การสัมผัส ระยะห่าง ฯลฯ การสื่อสารที่ดีจะเป็นช่องทางในการเชื่อมความสัมพันธ์ การสร้างความสนิทสนม เป็นการเรียนรู้ ตลอดจนแก้ไขปัญหา การสื่อสารทางบวกยังเป็นการแสดงถึงการเคารพ และให้เกียรติกัน

มีเวลาให้แก่กัน อย่าปล่อยให้ชีวิตคู่ต้องมีความห่างเหินกันไม่ว่าเหตุผลใดก็ตาม การมีเวลาให้แก่กันเป็นสิ่งสำคัญมาก ทั้งการใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน และเวลาในการฟื้นฟูความสัมพันธ์ เพราะจะเป็นการช่วยสร้างความสนิทสนม ความผูกพันที่ดี และยังเป็นการช่วยลดปัญหาจากความไม่เข้าใจกันได้อีกด้วย

รู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัวและช่วยเหลือกัน สามีภรรยาจะมีบทบาทและหน้าที่ของตนเอง โดยทั่วไปทั้งคู่จะมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเป็นสามีภรรยา การหาเลี้ยงชีพ ทำงานบ้าน และเลี้ยงลูก ดังนั้น จึงควรคุยกันว่าแต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่ดังกล่าวมากน้อยเพียงใดและอย่างไร

เคารพรักพ่อแม่ของกันและกัน การแต่งงานคือ การที่คนสองคนตัดสินใจสร้างครอบครัวใหม่ด้วยกัน ในขณะเดียวกันต่างฝ่ายก็มีครอบครัวเดิม ดังนั้น การเคารพรักพ่อแม่ของกันและกันเป็นเรื่องสำคัญ ควรระลึกไว้เสมอว่า หากต้องการให้อีกฝ่ายดีกับครอบครัวเดิมของเราอย่างไร ก็ควรดีกับครอบครัวเดิมของอีกฝ่ายเช่นนั้น

จัดการกับความขัดแย้ง ความขัดแย้งเป็นเรื่องปกติของชีวิตคู่ การพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น เพราะจะนำไปสู่การหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เมื่อใดที่รู้สึกโมโห โกรธ และมีการโต้เถียงกันควรหยุดและระงับการโต้ตอบให้ได้ และเมื่อหายโกรธก็ควรหาเวลาในการพูดคุยปรับความเข้าใจและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ไม่ขัดแย้งกันเรื่องลูก สำหรับครอบครัวที่มีลูก สิ่งแรกที่ควรตระหนักคือ อย่ามีลูกในขณะที่ยังไม่พร้อม เพราะจะทำให้การใช้ชีวิตคู่ทำได้ยากขึ้น สำหรับครอบครัวที่มีลูกแล้วต้องพยายามไม่ขัดแย้งกัน ต่อหน้าลูก ไม่ว่าจะเป็นการทะเลาะกันหรือขัดแย้งในด้านของการอบรมสั่งสอนลูก เพราะเด็กอาจเกิดความสับสนและไม่รู้จะเชื่อใคร นานวันเข้าเด็กจะขาดความเชื่อถือพ่อแม่และอาจส่งผลต่อความคิดจิตใจ และบุคลิกภาพของเขาในอนาคต

เสริมความรักให้เติบโต ความรักต้องการการดูแลเอาใจใส่ ความเข้าใจ รวมทั้งการปรับตัวเข้าหากัน เพื่อที่จะสามารถประคับประคองชีวิตคู่ได้ตลอดรอดฝั่ง เพราะจริงๆ แล้วการใช้ชีวิตคู่มีภาวะของความเครียดมากกว่าความสุขและความสนุกสนาน ดังนั้น การแสดงออกว่ารัก และเห็นคุณค่าของกันและกันอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะช่วยหล่อเลี้ยงจิตใจของทั้งสองฝ่าย

รู้จักใช้ชีวิตอย่างฉลาด ในชีวิตประจำวันมีเรื่องราวและปัญหามากมายที่ต้องขบคิดและทำทั้งในด้านของการเงิน การงาน งานบ้าน และลูก ดังนั้น ต้องรู้จักบริหารจัดการชีวิต เช่น การมีบัญชีร่วมกันและไม่ปิดบังการใช้จ่ายเงิน จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการเงินได้ นอกจากนั้น อาจต้องแบ่งเวลาให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม หรือการหาเครื่องทุ่นแรงช่วยงานบ้านบ้าง เหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม

มีชีวิตที่เป็นของตนเองด้วย ถึงแม้ว่าการแต่งงานตามกฎหมาย ทำให้คู่สมรสเป็นเสมือนบุคคลคนเดียวกัน แต่ในความเป็นจริงทั้งสองฝ่ายก็ยังมีความเป็นตัวของตัวเองอยู่ ดังนั้น จึงไม่ควรรักหรือใส่ใจอีกฝ่ายหรือคนรอบข้างจนละเลยตัวเอง ระลึกไว้เสมอว่า ไม่มีใครอยากรักหรือผูกพันกับคนที่ไม่รักแม้แต่ตนเอง ไม่ดูแลตนเอง ขาดความพอดี และขาดความหนักแน่นได้นาน ดังนั้น การรักตนเอง ดูแลตนเอง และการมีเวลาสำหรับตนเองเป็นเรื่องสำคัญ เพราะหากเรารู้จักดูแลตนเอง เราก็จะมีความพร้อมที่จะดูแลคนที่เรารักได้ดีเช่นกัน

อย่างไรก็ดี ในหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนา ก็ยังมีการกล่าวถึงหลักธรรมที่ใช้ในการครองรักครองเรือน เรียกหลักธรรมนี้ว่า **“ฆราวาสธรรม 4”** [8]

ฆราวาสธรรม 4 เป็นหลักธรรมคำสอนของพระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นหลักธรรมที่พระองค์ทรงมอบสำหรับผู้ครองเรือนได้ปฏิบัติ เพื่อเสริมให้มีความสุขในชีวิตยิ่งขึ้น ประกอบด้วยหลักธรรม 4 ข้อ ได้แก่ สัจจะ ทมะ ขันติ จาคะ

สัจจะ คือ ความซื่อสัตย์ ความจริงใจต่อบุคคลที่รัก การคบหาสมาคมระหว่างบุคคลในสังคมไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใด จำต้องมีหลักธรรมสัจจะข้อนี้อยู่ด้วยเสมอ เพราะการแสดงออกซึ่งความซื่อสัตย์และความจริงใจต่อบุคคลที่เรารู้จักถือเป็นรากฐานที่สำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งจะส่งผลว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจะสามารถสานต่อในระยะยาวต่อไปอีกได้หรือไม่ สำหรับคนที่มีความรัก การมีความซื่อสัตย์และความจริงใจให้แก่กัน ก็ย่อมจะทำให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อใจระหว่างคนทั้งคู่ หากบุคคลใดขาดสัจจะต่อคนรัก ย่อมเป็นเหตุให้เกิดความหวาดระแวงแคลงใจกัน จนเป็นจุดเริ่มต้นแห่งความร้าวฉาน ซึ่งยากนักที่จะประสานให้คืนดีได้ดังเดิม ดังนั้น จึงไม่แปลกที่คนหลายคนได้ให้นิยามความรักว่า คือ ความจริงใจให้แก่กันนั้น เพราะเป็นข้อปฏิบัติพื้นฐานที่บุคคลที่รักกันพึงมีให้แก่กันเป็นอันดับแรก หรืออาจกล่าวได้ว่า สัจจะ เป็นหลักธรรมพื้นฐานสำหรับทุกคนที่มีความรักพึงจะระลึกและปฏิบัติอยู่เสมอ

ทมะ คือ การรู้จักบังคับควบคุมอารมณ์ การข่มใจ การปรับตัว การอยู่ร่วมกันในสังคมหรืออยู่กับคนที่เรารักนั้น เป็นเรื่องที่ต้องปรับตัวเข้าหากัน เนื่องจากแต่ละคนต่างมาจากพื้นฐานชีวิตและประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น จึงไม่มีใครที่สามารถเป็นได้ทุกอย่างตามที่ใจของเราคิดและเช่นเดียวกันตัวเราเองก็อาจไม่สามารถที่จะเป็นไปได้ทุกอย่างดังที่คนอื่นต้องการ หลักธรรมในข้อทมะ จึงเป็นการฝึกข่มใจระงับความรู้สึกต่อเหตุบกพร่องของกันและกัน รู้จักฝึกฝนปรับปรุงตน แก้ไข

ข้อบกพร่อง ปรับนิสัย และอัธยาศัยให้กลมกลืนประสานเข้าหากันได้ ไม่เป็นคนดื้อด้านเอาแต่ใจและอารมณ์ของตน เพื่อที่จะทำให้เรายอมรับในจุดเด่นและข้อบกพร่องของตัวบุคคลรอบข้าง หลักธรรมทมะเป็นหลักธรรมที่เน้นในเรื่องของการใช้ปัญญาในการตัดสินใจ ควบคุมจิตใจในการทำความเข้าใจคนที่เรารัก หากขาดธรรมข้อนี้ ย่อมเท่ากับเป็นการขาดการใช้สติปัญญาในการพิจารณา ปล่อยให้ข้อแตกต่างปลีกย่อยทางอุปนิสัยและการอบรม กลายเป็นเหตุแตกแยกสามัคคีใหญ่โต และถ้าไม่สามารถปรับตนเข้าหากันได้ ก็เป็นอันต้องทำลายชีวิตคู่ครอง แยกทางขาดจากกัน เมื่อทุกคนต่างรู้ดีว่าไม่มีใครที่จะสมบูรณ์แบบไปหมดทุกอย่าง ผู้ที่มีความรักทุกคน จึงปรารถนาที่จะได้รับความเข้าใจจากผู้ที่เรารัก ผู้ที่ให้คำจำกัดความของความรักว่าคือ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน จึงแสดงให้เห็นได้ชัดว่า หลักทมะ มีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตร่วมกับคนที่รักอย่างไร

ขันติ ความอดทน อดกลั้น การใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกัน นอกจากจะต้องมีความซื่อสัตย์ ความจริงใจ และความเข้าใจกันแล้ว จะต้องมีความอดทน อดกลั้น เพราะการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน นอกจากจะมีข้อขัดแย้งแตกต่างทางด้านอุปนิสัยการอบรม ประสบการณ์เดิม บางคนอาจมีเหตุล่วงเกินรุนแรง ซึ่งอาจจะเป็นถ้อยคำ หรือกิริยาอาการ จะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม เมื่อเกิดเหตุเช่นนี้ อีกฝ่ายหนึ่งจะต้องรู้จักอดกลั้นระงับใจ ไม่ก่อเหตุให้เรื่องลุกลามขยายต่อไป หลักขันติ แตกต่างจากหลักทมะตรงที่มุ่งให้เกิดความอดทน โดยเน้นที่ร่างกายที่อดทนต่อความยากลำบากกับคนที่เรารัก เพราะในการใช้ชีวิตร่วมกับคนที่เรารัก อาจต้องพบเจอกับความลำบากตรากตรำ และเรื่องหนักใจต่างๆ ในการประกอบการงานอาชีพเป็นต้น ดังนั้น การร่วมหัวจมท้ายที่จะอดทนเผชิญและฟันฝ่าต่อความยากลำบากด้วยกัน ถือว่าเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความรักของคนทั้งสอง โดยเฉพาะเมื่อเกิดภัยพิบัติ ความตกต่ำคับขัน จะต้องมีสติอดกลั้น คิดอุบายใช้ปัญญาหาทางแก้ไขปัญหา และมีความอดทนเพียรพยายามเป็นกำลังใจให้กันและกันก็จะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ร้ายไปด้วยกันได้ แต่หากชีวิตของคู่ครองที่ขาดความอดทน ย่อมไม่อาจประคับประคองพากันให้รอดพ้นเหตุร้ายต่างๆ อันเป็นมรสุมแห่งชีวิตไปได้ สุดท้ายคือ

จาคะ ความเสียสละ ความเผื่อแผ่ แบ่งปัน “ทั้ง....ชีวิตจิตใจ ฉันมีแต่ให้....ให้เธอ” ท่อนหนึ่งจากเพลง “ให้” ที่เคยโด่งดังในอดีตแสดงให้เห็นได้ชัดถึงความสำคัญของ การให้ว่า ควรเป็นนิยามหนึ่งของความรักที่สอดคล้องกับหลักฆราวาสธรรม 4 ในข้อจาคะนี้ หากทุกคนลองสังเกตตัวเองเวลาที่เราทำอะไร หรือให้สิ่งใดกับผู้อื่นด้วยความเต็มใจ จะพบว่าความสุขของผู้ที่รับสิ่งนั้นจากเราจะถูกส่งผ่านมาถึงตัวเราเองด้วย นั่นแสดงให้เห็นว่าการให้เป็นการมอบความสุขให้กับคนทั้งสองฝ่ายทั้งผู้ให้และผู้รับการให้ในที่นี้ มิใช่หมายถึงแต่เพียงการเผื่อแผ่แบ่งปันสิ่งของอันเป็นเรื่องที่มองเห็นและเข้าใจได้ง่ายๆ เท่านั้น แต่ยังหมายถึงการให้น้ำใจแก่กัน การแสดงน้ำใจเอื้อเฟื้อต่อกัน ตลอดจนการเสียสละความพอใจและความสุขส่วนตัวได้ เช่น ในคราวที่คู่ครองประสบความทุกข์ ความเจ็บไข้หรือมีปัญหาทางธุรกิจ เป็นต้น ก็เสียสละความสุขความพอใจของตน ขวนขวายช่วยเหลือ เอาใจใส่ดูแลเป็นที่พึ่งอาศัยเป็นกำลังส่งเสริมหรือช่วยให้กำลังใจได้ โดยประการใดประการหนึ่งตามความเหมาะสม รวมความว่าเป็นผู้จิตใจกว้างขวาง เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เสียสละ ไม่คับแคบเห็นแก่ตัว ชีวิตครอบครัวที่ขาด

จาคะก็คล้ายการลงทุนที่ปราศจากผลกำไรมาเพิ่มเติม ส่วนที่มีมาแต่เดิมก็คงที่หรือค่อยร่อยหรอหมดไป หรือเหมือนต้นไม้ที่มิได้รับการบำรุงดูแล ก็มีแต่อับเฉาร่วงโรยไม่มีความสดชื่นงอกงาม ประเด็นที่เกี่ยวกับการให้อีกประเด็นหนึ่งคือ การให้ที่เรียกว่า การให้อภัย เนื่องจากบางทีการให้อภัยแก่คนที่เรารัก อาจเป็นการบอกความหมายสรุปรวมของหลักฆราวาสธรรมอีกสามข้อข้างต้นด้วย เพราะเมื่อเราให้อภัยแก่คนที่เรารัก นั่นเป็นการแสดงไมตรีจิต เรื่องความจริงใจ เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับความแตกต่างและการเข้าใจในอีกฝ่ายแสดงถึงความเป็นผู้ที่มีความอดทน อดกลั้นที่จะไม่ตอบโต้ และมุ่งร้ายกลับคืน แต่พร้อมที่จะฝ่าฟันอุปสรรคด้วยกันอีกครั้ง

หลักฆราวาสธรรมทั้ง 4 ข้อนี้ แม้ว่าเวลาจะผ่านพ้นมาสองพันกว่าปีแล้ว แต่หากพิจารณาดูจะพบว่าสามารถที่จะสื่อความหมายของความรักในปัจจุบันได้อย่างครอบคลุมทั้งหมด ซึ่งไม่เพียงแต่แค่ให้เห็นถึงความหมายของความรักว่าเป็นอย่างไร แต่ยังเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนให้มีความรักที่ดีด้วย ซึ่งไม่จำกัดเพียงแค่เฉพาะระหว่างคู่ครอง 2 คนเท่านั้น แต่สามารถที่จะนำไปปฏิบัติได้กับทุกคนในสังคมที่เราอยู่ร่วมกัน เพื่อที่จะทำให้สังคมเต็มเปี่ยมไปด้วยความรักต่อกัน

ชีวิตคู่ที่หวานชื่นและสุขสม จนเรียกว่า “ถือไม้เท้ายอดทอง กระบองยอดเพชร” นั้น [9] ไม่ได้เป็นปาฏิหาริย์ที่เกิดขึ้นโดยคนเพียงคนเดียว หากแต่เป็นความร่วมใจที่จะพัฒนาตนเองของทั้งสองฝ่าย เพื่อประคองให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุขและยืนยาว ซึ่งการครองคู่อย่างมีความสุขนั้นมีเคล็ดลับ ดูแลที่หลากหลายดังที่กล่าวข้างต้น

เรื่องเพศในชีวิตคู่

ในปัจจุบันความรักในเพศเดียวกันเป็นเรื่องปกติ แต่รูปแบบของความรักของคนส่วนใหญ่ที่ใช้ชีวิตคู่ด้วยกันก็ยังคงเป็นความรักของชายและหญิง ซึ่งย่อมแน่นอนว่าในความคิดแล้วเรื่องอะไรก็ตามแต่ชายหญิง มักจะคิดต่างกัน โดยเฉพาะเรื่องของสัมพันธภาพและความรักแล้ว กล่าวกันว่าความรักของผู้หญิงนั้นเป็นแบบ “โรแมนติก” แต่ความรักของผู้ชายกลับเป็นแบบ “อีโรติก” ในการมีความสัมพันธ์กันนั้น ผู้หญิงจะคิดถึงการแสดงความรักด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ผู้ชายจะคิดถึงบทพิศวาสในรูปแบบของอีโรติก มากกว่า [5] ซึ่งเรื่องเพศในชีวิตคู่นั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งในการครองรักครองเรือนของชายหญิงที่อยู่ร่วมกัน เรื่องเพศในชีวิตคู่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าเรื่องอื่น เพราะเพศสัมพันธ์นำมาซึ่งความสุขและความพึงพอใจ [10] และที่สำคัญจะต้องประกอบด้วย สุขภาพทางกายและทางจิตที่สมบูรณ์ อวัยวะสืบพันธุ์ทั้งภายในและภายนอกของหญิงและชายจะต้องมีลักษณะปกติและทำงานดี เพศสัมพันธ์ที่ดีควรประกอบด้วย การเล้าโลมก่อน การเลือกท่าที่เหมาะสม ใช้ความสุภาพอ่อนโยนและเห็นอกเห็นใจอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่สะดวก สบาย สงบ และเป็นส่วนตัว อันจะนำมาซึ่งความผ่อนคลายและความสุข เรื่องเพศในชีวิตคู่ ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

- กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์
- สิ่งที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

- วิธีพัฒนาความสัมพันธ์ทางเพศ
- หญิงชายที่จะเป็นคู่ร่วมเพศที่ดี
- บริเวณร่างกายที่ไวต่อความรู้สึกทางเพศ
- การตอบสนองทางเพศ
- การปรับตัวระหว่างสามีภรรยาเรื่องเพศ
- การรู้จักสร้างบรรยากาศแห่งความรัก
- เทคนิคการประเล้าประโลมทางเพศ

กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์

ระบบสืบพันธุ์เป็นระบบที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ [10] ได้แก่ การสร้างฮอร์โมนเพศเพื่อควบคุมลักษณะทางเพศของร่างกาย ความสนใจทางเพศ และการตอบสนองทางเพศ รวมทั้งการร่วมเพศและการมีบุตร ระบบสืบพันธุ์ของเพศชายและเพศหญิงประกอบด้วย อวัยวะภายใน อวัยวะภายนอก และฮอร์โมนเพศ

เพศชาย

ระบบสืบพันธุ์เพศชาย ประกอบด้วย

1. อวัยวะเพศหรืออวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ได้แก่ ลูกอัณฑะ (testis) และท่อเก็บน้ำอสุจิ (epididymis) ซึ่งอยู่ภายในถุงอัณฑะ (scrotal sac) และองคชาต (penis)
2. อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน ได้แก่ ท่อส่งอสุจิ (vas deferens) ถุงผลิตน้ำหล่อเลี้ยงอสุจิ (seminal vesicles) ท่อหลั่งน้ำกาม (ejaculatory ducts) และต่อมลูกหมาก (prostate gland)

ระบบสืบพันธุ์เพศชาย

ลูกอัณฑะ (testis) มีรูปร่างเป็นรูปไข่ มีอยู่ 2 ข้าง ส่วนบนของลูกอัณฑะมีท่อเก็บอสุจิต่ออยู่ และทั้งลูกอัณฑะและท่อเก็บอสุจิจะอยู่ภายในถุงอัณฑะอีกทีหนึ่ง

ถุงอัณฑะ (scrotal sac) เป็นถุงที่ประกอบด้วยผิวหนังและกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถหดและยืดตัวได้ ตามความเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิและการกระตุ้นทางเพศ

องคชาต (penis) ของแต่ละคนแตกต่างกันมาก ขณะที่ไม่แข็งตัวจะมีความยาวระหว่าง 7-11 เซนติเมตร และเมื่อแข็งตัวจะมีขนาดระหว่าง 14-18 เซนติเมตร เมื่อมีความต้องการทางเพศ กล้ามเนื้อบริเวณโคนขององคชาตจะรัดตัวทำให้เลือดดำไหลกลับหัวใจไม่ได้ เลือดจึงคั่งอยู่ภายในองคชาต ทำให้องคชาตขยายใหญ่และแข็งตัว และเมื่อความรู้สึกทางเพศถึงขีดสุด กล้ามเนื้อทั้งหมดที่อยู่ภายในองคชาตจะรัดตัว ทำให้น้ำกามหรือน้ำอสุจิพุ่งออกไป

เพศหญิง

ระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิงประกอบด้วย

1. อวัยวะเพศหรืออวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ได้แก่ เนินหัวหน่าว (mons pubis) แคมใหญ่ (labia majora) แคมเล็ก (labia minora) เวสติบูล (vestibule) คลิตอริส (clitoris) ปากช่องคลอดและต่อมบาร์โธลิน (bartholin's glands)

2. อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน ได้แก่ รังไข่ ท่อมดลูก มดลูกและช่องคลอด

ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง

เนินหัวหน่าว เป็นอวัยวะส่วนที่อยู่ระหว่างต้นขาทั้ง 2 ข้างและท้องน้อย ลักษณะเป็นสามเหลี่ยมนูน ประกอบด้วยไขมัน บริเวณนี้มีปลายประสาทมากทำให้ไวต่อความรู้สึกโดยเฉพาะการกดผิวหนังบริเวณหัวหน่าวจะมีขน ซึ่งจำนวนและสีขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและกรรมพันธุ์

แคมใหญ่ เป็นรอยพับของผิวหนังซึ่งอยู่ 2 ข้างของปากช่องคลอด ประกอบด้วยไขมัน ต่อมเหงื่อ และต่อมขน

แคมเล็ก เป็นรอบพับของผิวหนังที่อยู่ระหว่างแคมใหญ่กับปากช่องคลอด มีขนาด สี และลักษณะแตกต่างกัน บางคนใหญ่มากเป็นแผ่น บางคนเห็นเป็นเพียงสันให้เห็นเท่านั้นเอง บางคนสีดำคล้ำ แต่บางคนสีแดงเรื่อๆ

คลิตอริส เป็นก้อนเนื้อซึ่งมีลักษณะเป็นแท่งและแข็งตัวได้เช่นเดียวกับองคชาต ตามปกติคลิตอริสจะยาวไม่เกิน 1 นิ้ว เมื่อมีการกระตุ้นทางเพศขนาดอาจขยายทั้งความยาวและความกว้างได้ถึงเท่าตัวเป็นอวัยวะที่มีเส้นประสาทมาหล่อเลี้ยงมาก

สิ่งที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ [11]

การร่วมเพศนอกจากจะเป็นการสืบเผ่าพันธุ์ของมนุษย์แล้ว ยังช่วยสร้างความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และให้ความสุขกายสุขใจแก่คนทั้งคู่อีกด้วย แต่การจะร่วมเพศให้เกิดความสุขนั้นจะต้องประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นอารมณ์เพศ เช่น ลักษณะรูปร่าง กลิ่น การแต่งกาย ความสะอาด ความสุภาพ เรียบร้อย ความใจดี ความเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับความต้องการและความรู้สึกของผู้อื่น รวมทั้งคำพูดที่มีความหมายระหว่างการร่วมเพศ

วิธีพัฒนาความสัมพันธ์ทางเพศ [11]

คู่หญิงชายสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ทางเพศให้ดีขึ้นเรื่อยๆ โดย

1. ควรเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ชอบอะไรหรือไม่ชอบอะไร และพยายามนำสิ่งที่อีกฝ่ายหนึ่งชอบเข้ามาร่วมในกิจกรรมทางเพศของตน ถ้าการกระทำใดอีกฝ่ายไม่ชอบหรือรังเกียจก็ควรหลีกเลี่ยง

2. ไม่ควรเก็บกดความรู้สึกของตัวเอง ถ้ามีความรู้สึกทางเพศก็ควรแสดงออกอย่างเสรี เพราะสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายพอใจและต้องการ

3. พยายามเอาชนะความไม่มีประสบการณ์ โดยศึกษาหาความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง

4. สร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับบทบาททางเพศ ยอมรับความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ เพื่อให้ทั้งคู่ได้ช่วยกันสร้างความสุขที่สมบูรณ์ในชีวิต

5. การพูดคุยอย่างเปิดเผยให้เป็นที่เข้าใจกันระหว่างคู่ร่วมเพศว่าตนพอใจอะไรหรือไม่พอใจอะไรอยากให้อีกฝ่ายปฏิบัติอย่างไรหรือไม่ปฏิบัติอย่างไร ฯลฯ จะทำให้ทั้งคู่เข้าใจกันและกันอย่างถูกต้องและสามารถปรับตามความต้องการทางเพศได้ อันจะนำมาซึ่งความสุขทางเพศอย่างแท้จริง

6. พยายามหลีกเลี่ยงท่าร่วมเพศที่เป็นอันตรายหรือการกระทำซึ่งเป็นที่รังเกียจของสังคม

7. ไม่ร่วมเพศเพื่อจุดประสงค์ให้บรรลุความสุขสุดยอดอย่างเดียว แต่เพื่อความรักความใกล้ชิดและความผูกพันทางใจระหว่างกันด้วย เพราะการร่วมเพศเพียงเพื่อให้บรรลุความสุขสุดยอดแต่เพียงอย่างเดียวนั้น ไม่นานนักก็จะเกิดความเบื่อหน่ายและแสวงหาของใหม่ที่กระตุ้นอารมณ์เพศของตนมากกว่า

หญิงชายที่จะเป็นคู่ร่วมเพศที่ดี ควรปฏิบัติดังนี้[11]

1. ฝ่ายชายต้องยอมรับว่าเขาไม่รู้ทุกอย่างเกี่ยวกับเรื่องเพศ
2. ฝ่ายหญิงควรบอกความต้องการของตนให้ฝ่ายชายรับรู้

บริเวณของร่างกายที่ไวต่อความรู้สึกทางเพศ [11]

ส่วนของร่างกายที่ไวต่อการกระตุ้นทางเพศส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณที่มีปลายประสาทมาก เมื่อถูกการกระตุ้นจะเกิดอารมณ์ทางเพศ ซึ่งทั้งหญิงและชายส่วนมากจะเป็นบริเวณเดียวกัน เช่น บริเวณอวัยวะเพศหรือบริเวณใกล้เคียง เช่น โคนขา ก้น ท้องน้อย เต้านมโดยเฉพาะที่หัวนม รักแร้ สะดือ คอ ไหล่ หู ตา ปาก ลิ้น หนังตาและจมูก การได้เห็นสิ่งกระตุ้นที่ดีจะทำให้เกิดความรู้สึกทางเพศได้ง่าย เช่น ได้เห็นของสวยๆ งามๆ ได้กลิ่นหอมๆ ได้ฟังคำพูดเพราะๆ หรือเสียงดนตรีฯลฯ การกระตุ้นอารมณ์เพศที่ดีจะทำให้องคชาตแข็งตัวและช่องคลอดหลั่งน้ำเมือกทำให้บริเวณนั้นลื่นด้วย

การตอบสนองทางเพศ

วงจรการตอบสนองทางเพศในเพศชาย [10]

Master และ Johnson เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ศึกษาวงจรการตอบสนองทางเพศ และ Kaplan ได้รวมเอาความต้องการทางเพศเข้าไว้ด้วยกัน โดยแบ่งเป็น 5 ระยะ ประกอบด้วย

1. ระยะความต้องการทางเพศ (desire phase) เป็นวงจรการสนองตอบทางเพศแรกสุด ได้แก่ ความสนใจที่จะมีสัมพันธ์ทางเพศ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นเร้าทางเพศผ่านจินตนาการทางเพศ (sexual fantasy) หรือสัมผัสโดยตรงที่องคชาต ระยะนี้อาจใช้ช่วงระยะเวลาสั้น เพียง 3.5 วินาที ในเพศชายวัยเจริญพันธุ์ หรือยาวนานเป็น 6-15 วินาที ในเพศชายสูงอายุกว่าที่จะเข้าสู่ระยะตื่นตัวทางเพศ

2. ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase) เป็นระยะหลังได้รับการกระตุ้นเร้าและมีความต้องการทางเพศเกิดขึ้นโดยองคชาตจะพองขยายตัวเพิ่มขึ้น ทั้งขนาดความยาวและเส้นรอบวง ท่อปัสสาวะยืดขยายตัวยาวขึ้นตามองคชาตและปลายเปิดของท่อปัสสาวะมีขนาดกว้างขึ้น นอกจากนี้ผิวหนังของถุงอัณฑะจะหนาตัวขึ้นร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปกติเนื่องจากการคั่งของเลือดและมีการยกตัวขึ้นของลูกอัณฑะทั้งสอง

3. ระยะพลาโต (plateau phase) เป็นระยะที่องคชาตมีการแข็งตัวเต็มที่ สลับการอ่อนตัวลงมาเล็กน้อย เมื่อมีการหลั่งน้ำเมือกจากต่อมที่อยู่ข้างท่อปัสสาวะออกมา ระยะเวลาที่ยาวนานหรือสั้นในระยะนี้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการกระตุ้นเร้าทางเพศ หากมีประสิทธิภาพและรุนแรงเพียงพอก็จะเข้าสู่ระยะ สุดยอดทางเพศเร็ว หากไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือถูกระงับไป ก็จะไม่ไปถึงระยะจุดสุดยอดทางเพศ และค่อยๆ ลดลงสู่ระยะคลายตัวทางเพศแทน

4. ระยะสุดยอดทางเพศ (orgasmic phase) เป็นระยะการสนองตอบทางเพศสูงสุด ในวงจรการสนองตอบทางเพศ Master และ Johnson อธิบายว่าเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศที่ก่อตัวมาก่อนหน้าออกมาอย่างทันใด และแสดงออกถึงความพึงพอใจในอารมณ์ความรู้สึก โดยมีการบีบตัวของท่อปัสสาวะ ขับดันน้ำกามออกมาเป็นจังหวะๆ ห่างกัน 0.8 วินาที และยาวนาน 2-4 วินาที น้ำกามที่หลั่งออกมามีความหนืด และอาจพุ่งไปไกลกว่า 1-2 ฟุต

5. ระยะคลายตัวทางเพศ (resolution phase) เป็นระยะที่กลับคืนสู่ภาวะปกติ หลังระยะสุดยอดทางเพศสิ้นสุดลง เป็นระยะที่ดื้อต่อการกระตุ้นเร้าซ้ำ องคชาตจะอ่อนตัวลงและใช้เวลาพอสมควรกว่าจะกลับมีการแข็งตัวขององคชาตขึ้นมาอีกครั้ง

วงจรการตอบสนองทางเพศในเพศหญิง [10]

Master และ Johnson ได้แบ่งการสนองตอบทางเพศของผู้หญิงออกเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase หรือ arousal phase) เป็นระยะที่มีการตื่นตัวทางเพศ ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นทางจิตใจ เช่น การคิดฝันทางเพศ หรือพบเห็นวัตถุที่รักใคร่ การกระตุ้นทางสรีรวิทยา ได้แก่ การกอดจูบ หรือมีการกระตุ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความพึงพอใจทางเพศ

2. ระยะ Plateau (plateau phase) เป็นระยะที่มีการตื่นตัวทางเพศสูงก่อนที่จะถึงระยะถึงจุดสุดยอด ระยะนี้มีระยะเวลาไม่แน่นอน ถ้าได้รับการกระตุ้นทางเพศไม่เพียงพอ ร่างกายจะมีการตอบสนองลดลง แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นทางเพศมาอย่างต่อเนื่องก็จะเข้าสู่ระยะต่อไป การเปลี่ยนแปลงร่างกายระยะนี้ จะพบว่ามีการขยายออกของช่องคลอด การคั่งของเลือดที่คลิตอริสและหัวนม อัตราการหายใจถี่ขึ้น การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีความดันโลหิตสูงขึ้น รวมทั้งมีการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ในระยะนี้ถ้ามีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะเข้าสู่ระยะถึงจุดสุดยอด

3. ระยะถึงจุดสุดยอด (orgasmic phase) เป็นระยะที่มีความสุขทางเพศสูงสุด มีการปลดปล่อยความรู้สึกทางเพศร่วมกับมีการหดรัดตัวของอวัยวะสืบพันธุ์ในอุ้งเชิงกรานเป็นจังหวะๆ ระยะเวลาถึงจุดสุดยอดและความรุนแรงของแต่ละคนจะแตกต่างออกไป

4. ระยะฟื้นตัว (resolution phase) เป็นระยะที่เลือดจะไหลเวียนออกจากอวัยวะเพศ ทำให้การคั่งของเลือดลดลง และร่างกายจะกลับสู่สภาพปกติ ในเพศชายจะเร็วกว่าเพศหญิง ระยะนี้จะเป็นระยะที่กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ในผู้หญิงจะสามารถถึงจุดสุดยอดหลายครั้ง การตอบสนองทางเพศเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การกระตุ้นทางเพศ ทำให้เกิดการตื่นตัวทางเพศ อาจกระตุ้นได้จากทางร่างกายและจิตใจ การพัฒนาทางจิตด้านเพศ ทัศนคติทางเพศ และทัศนคติของทั้งหญิงชายมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองทางเพศ

การปรับตัวระหว่างสามีภรรยาในเรื่องเพศ (12)

ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นความสัมพันธ์ของบุคคล 2 คน ซึ่งเน้นถึงความสัมพันธ์ ความสนิทสนม ความลึกซึ้งและผูกพัน ความสัมพันธ์ทางเพศเป็นกิจกรรมที่ทำให้บุคคลมีความคุ้นเคยกันมากกว่ากิจกรรมอื่นเพราะสามารถปรับตัวในเรื่องเพศได้

ถ้าสามีภรรยาไม่สามารถปรับตัวในเรื่องเพศได้แล้ว จะทำให้มีปัญหาในครอบครัวได้เหมือนกัน ดังนั้นควรอย่างยิ่งที่ทั้งสองฝ่ายจะได้พูดคุยกันให้เข้าใจว่าจะสร้างบรรยากาศแห่งความรักได้อย่างไร

การรู้จักสร้างบรรยากาศแห่งความรัก (13)

- การแต่งกาย เสน่ห์อย่างหนึ่งของผู้หญิงคือ การแต่งกายที่สร้างความพึงพอใจให้ฝ่ายชาย เมื่อแต่งงานหรืออยู่กินด้วยกันแล้ว ผู้หญิงไม่ควรปล่อยเนื้อปล่อยตัว ถ้ารู้ว่าอีกฝ่ายชอบอย่างไร ก็ควรแต่งตัวอย่างนั้น แม้ว่าอาจจะดูวาบหวิวไปบ้าง แต่ก็ควรอยู่ในห้องที่มิดชิด
- สร้างกลิ่นกายเฉพาะตัว สร้างบรรยากาศที่ดีของการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งคู่ควรสังเกตหรือถามไถ่กันว่าแต่ละฝ่ายชอบกลิ่นแบบไหน ชอบกลิ่นที่เป็นธรรมชาติ หรือแบบที่มีกลิ่นหอมจากน้ำหอม
- เปลี่ยนบรรยากาศ การเปลี่ยนบรรยากาศแปลกใหม่ในชีวิตคู่เป็นสิ่งจำเป็น ทั้งคู่อาจเลือกวันพิเศษสักวันสองวันเพื่อเปลี่ยนสถานที่ด้วยการไปพักตากอากาศริมทะเล พักตามโรงแรม เที่ยวป่าเขา ฯลฯ แต่ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนบรรยากาศเช่นนั้นได้ ควรจัดบ้านให้น่าอยู่ไม่ให้บรรยากาศซ้ำซากจำเจ
- ทดลองเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นการแสวงหาและทดลองสิ่งใหม่ๆ ที่จะช่วยสร้างบรรยากาศของการมีเพศสัมพันธ์ที่ดีมีความสุข เช่น ค้นหาหนังสือเรื่องเพศน่ารู้ในชีวิตคู่ หรือหนังสือที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ อ่านด้วยกัน ปรับเทคนิคการมีเพศสัมพันธ์ใหม่ๆ หรือดูหนัง และฟังเพลงร่วมกัน
- สื่อสารความรักด้วยการพูดคุย การพูดออกมาตรงๆ ดังที่เคยกล่าวแล้วนั้น จะช่วยให้ชีวิตคู่สามารถพัฒนาไปในทางที่ดีได้

เทคนิคการประเล้าประโลมทางเพศ (14)

เป็นเรื่องที่พูดยากว่าการประเล้าประโลมที่จะร่วมเพศจะเริ่มต้นตอนไหน เมื่อไหร่การประเล้าประโลมอาจเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงเช้าเพื่อจุดประสงค์ในการร่วมเพศในตอนกลางคืน โดยทั้งคู่อาจแสดงท่าทีหรือการส่งสายตาด้วยการมอง การส่งเสียงให้ได้ยิน การสูดดมกลิ่น การสัมผัสแตะต้อง หรือแม้กระทั่งการจูบก็มีบทบาทให้มีการตื่นตัวทางเพศ เมื่อถึงเวลาร่วมเพศ บริเวณที่ไวต่อการกระตุ้น หากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมก็จะทำให้ชีวิตทางเพศมีรสชาติอยู่เสมอ

การเล้าโลมทางเพศก่อนการร่วมเพศนั้นมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับความสุขทางเพศมาก จึงควรเป็นหน้าที่ของทั้งคู่สามีภรรยาที่จะต้องปฏิบัติต่อกัน โดยเฉพาะฝ่ายสามี เพราะตามปกติความรู้สึกทางเพศของผู้ชายจะเกิดขึ้นรวดเร็วและทันใด เพียงแค่นึกฝัน เห็นภาพโป๊ หรือเห็นผู้หญิงสวยๆ ก็มีความรู้สึกทางเพศแล้ว ซึ่งต่างกับผู้หญิงที่ความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้นช้ากว่า ดังนั้น หากผู้ชายใช้เวลาเพียง 15 นาที ในการเล้าโลมก่อนการร่วมเพศจะทำให้ชีวิตคู่มีความสุขมากขึ้นอย่างแน่นอน

การปรับตัวด้านความสัมพันธ์ทางเพศของคู่สามีภรรยานั้นเป็นสิ่งจำเป็น [15] เพราะว่าการร่วมเพศของคู่สามีภรรยาเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ อีกทั้งเป็นความต้องการของทั้งคู่สามีภรรยาด้วย ความต้องการทางเพศเป็นเรื่องของธรรมชาติ ดังนั้น หากความต้องการทางเพศของทั้งสองฝ่ายสอดคล้องกันก็จะเต็มไปด้วยความสุข หากมีความขัดแย้งหรือไม่สมดุลกันก็อาจจะมีปัญหาเกิดขึ้นได้ เพราะฉะนั้น ทั้งสองฝ่ายจึงต้องพยายามปรับตัวเข้าหากัน ทำความเข้าใจกัน พูดคุยกัน เพื่อให้ปัญหานั้นหมดไป

สรุป

ในการใช้ชีวิตคู่นั้น จะหวังให้คนอีกคนหนึ่งมาได้ดังใจเป็นไปไม่ได้ การจะเปลี่ยนนิสัยของคนอีกคนหนึ่งให้มาเป็นแบบที่ตนเองต้องการ ยิ่งไม่มีทางเป็นไปได้ ถ้าใครคิดจะมีคู่สักคน แล้วหวังว่าจะเป็นไปในรูปแบบที่ตัวเองต้องการเพราะความรัก เป็นการคิดผิดอย่างมหันต์ และใครที่คิดแบบนี้ก็มักจะพบความผิดหวังในชีวิตคู่ ถ้าจะให้ชีวิตคู่มีความสุข ต้องอย่าลืมคำต่อไปนี้ เพราะมีความหมายมากในการมีชีวิตคู่ที่สุขสม ได้แก่ เข้าใจกัน ไว้ใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เคารพนับถือซึ่งกันและกัน และให้อภัยกัน เป็นคำที่ยังคงทันสมัยเสมอ แม้กาลเวลาจะผ่านไป เพราะถ้าใครทำได้ ก็จะไม่ผิดหวังในบุคคลที่จะมาเป็นคู่ชีวิตเลย และต้องอย่าลืมเติมความรักให้แก่กัน ไม่ว่าจะเป็นวาจา หรือการกระทำ รวมทั้งเซ็กซ์หรือกามารมณ์ที่เป็นพื้นฐานของชีวิตคู่ ก็ต้องได้รับการปรุงรสเช่นกัน เหมือนกับการรับประทานอาหาร บางวันอยากจะทานอาหารทะเล บางวันอยากกินเนื้อย่าง บางวันแค่ข้าวผัดสักจานก็พอ เซ็กซ์หรือกามารมณ์ในชีวิตคู่ ก็ต้องได้รับการปรุงแต่งรสให้ใหม่เสมอ ไม่อย่างนั้น นานไปก็จะเกิดความเบื่อหน่าย เพราะสิ่งที่ทุกคนปรารถนาเป็นอันดับแรกในชีวิตก็คือ... ทำอย่างไร ให้ชีวิตคู่ยืนยาวและเป็นสุขไม่ใช่หรือ การมีชีวิตคู่ด้วยความรัก จึงเป็นปฐมบทของการใช้ชีวิตร่วมกันในทุกยุคทุกสมัย

เอกสารอ้างอิง

1. พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. คู่ชีวิต. หมอชาวบ้าน 2545; 273: 7
2. การเลือกคู่ครอง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553]. เข้าถึงได้จาก : http://weww.school.net.th/library/create-web/10000/generality/10000-8520.html
3. สุกมล วิภาวีพลกุล. กระทู้คำว่า “แต่งงาน”. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553]. เข้าถึงได้จาก : http://webboard.hunsa.com/viewtopic.php?t=83622

4. ความพร้อมของการแต่งงาน. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553]. เข้าถึงได้จาก : http://weww.bloggang.com/mainblog.php?id=junejungia&month=16-11-2009&group=14&gblog=19
5. พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. คู่ครองในฝัน. หมอชาวบ้าน 2552; 362: 48-49
6. สุรพงศ์ อำพันวงษ์. เทคนิคการครองชีวิตคู่. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553]. เข้าถึงได้จาก : http://www.clinicrak.com/family/mental_family02.html
7. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. คู่มือการเสริมสร้างชีวิตคู่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การค้าของ สกสค. ลาดพร้าว; 2548.
8. ฆราวาสธรรม 4 นิยามความรักในพุทธศาสนา. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553]. เข้าถึงได้จาก : http://www.mornor.com/2009/forum/archiver/?tid-58021.html
9. เคล็ด (ไม่ลับ) การใช้ชีวิตคู่จน “ถือไม้เท้ายอดทอง”. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2553]. เข้าถึงได้จาก : http://www.familynetwork.or.th/node/15413
10. อเนก อารีพรรค, บรรณาธิการ. เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา (Human sexuality in obstetrics and gynecology). กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2548.
11. อเนก อารีพรรค, สุวัทนา อารีพรรค. เรียนรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2525.
12. วันทนีย์ วาสิกะสิน, นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, สมบูรณ์ เกียรตินันทน์, ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, แสวง บุญเฉลิมวิภาส. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537.
13. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. เพศน่ารู้ในชีวิตคู่. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2552.
14. สุวัทนา อารีพรรค, อเนก อารีพรรค. สมรรถภาพทางเพศและความบกพร่องทางเพศ. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2528.
15. จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. เพศศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศิลปาบรรณาคาร; 2543.

บทที่ 11
การให้การปรึกษาในคลินิกเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง
ปภาวี ไชยรักษ์
สมเกียรติ สีตวาริน
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ
การเปลี่ยนแปลงทางสรีระขณะตั้งครรภ์
ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง
ภาวะเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการตั้งครรภ์
- **ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์**
- **โรคหัวใจระหว่างตั้งครรภ์**
- **โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์**
- **โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์**
- **โรคต่อมธัยรอยด์ระหว่างตั้งครรภ์**
- **การเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ด้านอื่น**

สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 11
การให้การปรึกษาในคลินิกเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง
ปภาวี ไชยรักษ์
สมเกียรติ สีตวาริน
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ

ในการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพนั้น จำเป็นที่ผู้ให้บริการจะต้องให้การปรึกษาเพื่อให้มีการเตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ให้แก่คู่สมรสทั้งตัวของสตรีและคู่สมรส หรือคู่ครอง เพื่อให้สามารถเตรียมพร้อมรับกับการตั้งครรภ์ โดยในการให้การปรึกษาควรประกอบด้วยการให้ความรู้เพื่อการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย ในการให้ความรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระขณะตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะเสี่ยงต่างๆ ของการตั้งครรภ์ ตลอดจนการให้การปรึกษาเพื่อเตรียมพร้อมด้านอื่น ที่มีความสำคัญและจำเป็นคือการเตรียมพร้อมด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยคู่สมรสที่ได้รับการปรึกษาตั้งแต่ในระยะก่อนสมรสก็จะมีความรู้ ความเข้าใจในเบื้องต้นเป็นพื้นฐานมาก่อนแล้ว แต่ในบางคู่อาจไม่เคยได้รับการปรึกษามาก่อน จึงควรให้คำแนะนำและโอกาสในการพูดคุยซักถามในประเด็นต่างๆ ที่มีความสงสัย หรือไม่แน่ใจให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระขณะตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทั้งในด้านกายวิภาค สรีรวิทยา และชีวเคมี โดยมีการเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งภายนอกและภายใน มีการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจ การไหลเวียนของเลือดและการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยา การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ ทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อ กระดูก และผิวหนัง มีการขยายของเต้านมเตรียมพร้อมเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ทั้งหมดนี้ทำให้มีการเพิ่มของน้ำหนักประมาณ 11-15 กิโลกรัม ขณะเดียวกันก็มีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมนเพศหลายอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องศึกษาหาความรู้พื้นฐานเหล่านี้เพิ่มเติมโดยเฉพาะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว เพื่อที่จะสามารถอธิบายให้ผู้รับบริการได้ทราบและเข้าใจ ตลอดจนให้มีความรู้ที่จะ

ปฏิบัติตนตามคำแนะนำในระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างไปจากที่ควรจะเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ควรจะทราบแล้วให้คำปรึกษาแนะนำดูแลรักษา หรือส่งไปพบแพทย์ต่อไป

ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

ในการตั้งครรภ์ทุกครั้งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติขึ้นกับมารดาและทารกได้ตลอดทุกช่วงของการตั้งครรภ์ โดยระยะแรกเมื่อมีการตั้งครรภ์ความเสี่ยงที่มี ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์ การแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก ครรภ์แฝด อาการอ่อนเพลีย วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ในกรณีครรภ์แฝดอาจพบการแท้ง การเสียชีวิตของทารกในครรภ์คนใดคนหนึ่ง เมื่อการตั้งครรภ์มีอายุครรภ์มากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ได้แก่ การเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การมีเลือดออกจากช่องคลอดระหว่างการตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งภาวะเหล่านี้ต้องอาศัยการเอาใจใส่ของทั้งตัวมารดาและครอบครัว เนื่องจากส่วนใหญ่ของการดูแลครรภ์อยู่ที่บ้าน การที่ผลการตั้งครรภ์จะดีจึงต้องได้รับความร่วมมือจากคนในครอบครัวในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่สงสัยว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนและรีบปรึกษาแพทย์ โดยการตั้งครรภ์และการคลองเป็นความเสี่ยงของมารดาและบุตร ทุกการตั้งครรภ์แบ่งเป็นครรภ์เสี่ยงต่ำและครรภ์เสี่ยงสูง โดยครรภ์เสี่ยงต่ำสามารถเปลี่ยนเป็นครรภ์เสี่ยงสูงได้ตลอดเวลา ซึ่งที่สำคัญที่จะต้องมีการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดก็คือ การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงซึ่งเป็นอันตรายอย่างมากต่อมารดาและทารก จำเป็นจะต้องมีการให้ความรู้แก่หญิงที่จะตั้งครรภ์เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่างๆ สามารถเตรียมความพร้อมให้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง

การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง คือ การตั้งครรภ์ที่ทั้งมารดาและหรือทารกในครรภ์มีความเสี่ยงที่จะเกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตทั้งก่อนคลอด ในขณะคลอดและหลังคลอด [1] โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์มีดังนี้

1. ปัจจัยทางเศรษฐานะและสังคม

การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ (unplanned pregnency) พบได้บ่อยในสตรีที่ไม่ได้แต่งงาน อาศัยอยู่ในเมืองและยากจน การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจพบว่ามีความเสี่ยงสูง ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ (unwanted pregnency) ทำให้เกิดการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ถ้าทำแท้งไม่สำเร็จตั้งครรภ์ต่ออาจจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาต่อทารกและมารดา

2. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

2.1 อายุของสตรีตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งยังมีความไม่พร้อมหลายประการทั้งด้านสังคม ร่างกาย วุฒิภาวะทางจิตใจ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะซีด ทารกโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด อัตราการตายของทารกสูง และยังพบปัญหาการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้บ่อย

นอกจากวัยรุ่นตั้งครรภ์แล้วอีกด้านหนึ่งพบว่า ปัจจุบันมีตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุมากขึ้น อายุของมารดาที่มากเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง คำว่า “elderly gravid” คือ การตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป การกำหนดที่อายุนี้เนื่องจากพบทั้งภาวะทุพพลภาพและอัตราตายปริกำเนิดของทารกเพิ่มมากขึ้น สตรีอายุมากมักจะมีโรคประจำตัวเรื้อรัง อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดสูงขึ้น อย่างไรก็ดีสตรีอายุมากที่ตั้งครรภ์และมีสุขภาพสมบูรณ์ พบการเกิดความเสี่ยงต่างๆ ใกล้เคียงกับประชากรทั่วๆ ไปความเสี่ยงของทารกที่เพิ่มขึ้นจากสตรีตั้งครรภ์อายุมากเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การคลอดก่อนกำหนดจากโรคประจำตัวที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ ความดันโลหิต ทารกโตช้าในครรภ์ การเกิดโครโมโซมที่ผิดปกติของทารก นอกจากนี้ยังพบความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์แฝดเพิ่มมากขึ้น โดยมักพบเป็นแฝดชนิดไข่คนละใบ

บิดาที่อายุมากพบอุบัติการณ์ของการเกิด การกลายพันธุ์ชนิดลักษณะร่างกายเด่น autosomal-dominant mutation เพิ่มขึ้น เช่น โรค neurofibromatosis หรือ achondroplasia เป็นต้น

ส่วนหนึ่งของสตรีวางแผนการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก ซึ่งโดยธรรมชาติโอกาสของการตั้งครรภ์และมีบุตรจะยากขึ้น ทำให้เกิดการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าเทคโนโลยีจะช่วยเจริญพันธุ์จะมีประสิทธิภาพที่ดี และมีการให้บริการกันอย่างแพร่หลายมากขึ้น แต่ก็จะมีค่าใช้จ่ายสูง ด้วยเหตุผลดังกล่าวทั้งแพทย์ผู้ที่ให้การรักษาและสตรีผู้มีบุตรยากจึงต้องการความสำเร็จจากการรักษาที่สูง จึงมีการกระตุ้นให้เกิดการตกไข่จำนวนมาก การใส่ตัวอ่อนที่มากกว่าหนึ่งทำให้เกิดการตั้งครรภ์แฝด และการคลอดทารกแฝด โดยเฉพาะแฝดที่มากกว่า 2 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน

2.2 เชื้อชาติและพันธุกรรม พันธุกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เชื้อชาติต่างกันมีความเสี่ยงของการเกิดโรคที่ไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ควรซักประวัติโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะมีผลต่อทารกในครรภ์ แต่การซักประวัติทำได้ค่อนข้างยาก อาจต้องใช้การทบทวนประวัติของญาติสายตรงที่มีความผิดปกติ เป็นต้น

2.3 ความสูง สตรีตั้งครรภ์ที่มีส่วนสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดยาก เนื่องจากการเกิดภาวะผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะของทารกและช่องเชิงกรานของมารดา ทำให้ไม่สามารถคลอดเองได้หรือการคลอดต้องใช้เวลานาน ต้องทำผ่าตัดคลอดหรือทำหัตถการช่วยคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นตามมา

2.4 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยระหว่างตั้งครรภ์ คือน้อยกว่า 5 กิโลกรัม พบความเสี่ยงของการเกิดอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 20 กิโลกรัม จะพบภาวะแทรกซ้อนทั้งทำให้คลอดยาก เกิดการบาดเจ็บจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด เช่น จากทารกที่มีขนาดตัวใหญ่ (fetal mamacrosomiaai)

สตรีที่มีดัชนีมวลกายปกติระหว่าง 19.8-26 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 11.5-16 กิโลกรัม

สตรีที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 19.8 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 12.5-18 กิโลกรัม สตรีที่มีดัชนีมวลกาย 26-29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ประมาณ 7-11.5 กิโลกรัม สตรีที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ประมาณ 7 กิโลกรัม

3. โรคประจำตัว (medical illness)

โรคประจำตัวที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ พบว่ามีผลต่อสตรีขณะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น

3.1 โรคเบาหวาน สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดีก่อนการตั้งครรภ์ พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงในขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อของอวัยวะต่างๆ ทารกในครรภ์พบภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน เช่น รูปพิการแต่กำเนิด การโตช้าในครรภ์ และภาวะหายใจลำบากแรกคลอด ความรุนแรงของความพิการที่พบจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค

3.2 โรคหัวใจ ที่พบได้บ่อย คือ โรคหัวใจรูมาติกและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ส่วนใหญ่อาการของโรคหัวใจเมื่อตั้งครรภ์มักรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจนเสียชีวิตได้

ทารกในครรภ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีโอกาสโตช้าในครรภ์ น้ำหนักแรกคลอดน้อย มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจนและเกิดการตายคลอดได้

3.3 โรคไต สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคไต เช่น nephoticnephritic syndrome หรือมีการติดเชื้อของไตจะมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังที่มีการทำงานของไตผิดปกติจะพบการแท้ง การตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด และการโตช้าของทารกในครรภ์ได้

3.4 โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง สตรีที่เป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะ preeclampsia แทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด อัตราตายของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรังพบสูงถึง 230 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย การทำลายของอวัยวะภายในมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความรุนแรงของความดันโลหิต

ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นความดันโลหิตสูงเรื้อรัง พบผลต่อทารกคือ การโตช้าในครรภ์ การต้องสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนกำหนด และพบอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น 3-4 เท่า

3.5 โรคเรื้อรังอื่นๆ ปัจจุบันโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในสตรีตั้งครรภ์ คือ การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัสเอดส์ โดยการติดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกได้ประมาณร้อยละ 25 โดยร้อยละ 20 เป็นการติดเชื้อในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 50 จะติดเชื้อระหว่างอายุครรภ์ 36 สัปดาห์จนถึงวันคลอด และร้อยละ 30 จะติดเชื้อในระหว่างการคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการพบการคลอดก่อนกำหนดได้ประมาณร้อยละ 20 และพบการโตช้าของทารกในครรภ์ประมาณร้อยละ 24

การติดเชื้ออื่นๆ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบบีสามารถถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกได้ในขณะคลอด (vertical transmission) ทารกจึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและควรได้รับภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนป้องกัน (hepatitis B immunoglobulin) หลังคลอดทันที ร่วมกับการได้รับวัคซีนกระตุ้นภูมิต้านทานไปพร้อมกัน (hepatitis B recombinant vaccine)

การติดเชื้อที่พบเป็นสาเหตุของการตายของทารกในครรภ์ได้อีกสาเหตุหนึ่งคือ การติดเชื้อซิฟิลิส โดยสตรีกลุ่มนี้มักมีประวัติของความเสี่ยงสูงอื่นๆ ร่วมด้วย เช่นการใช้สารเสพติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

4. วิถีชีวิตและอุปนิสัย

อุปนิสัยและลักษณะเฉพาะบางอย่างของการดำเนินชีวิตในสตรีมีผลต่อการตั้งครรภ์ได้

4.1 ภาวะโภชนาการ ลักษณะทางโภชนาการบางอย่างมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ กลุ่มมังสวิรัติแบบเคร่งครัด จะมีการขาดสารอาหารสำคัญวิตามินบางอย่าง เช่น โปรตีนและวิตามิน บี 12 ได้ นอกจากนี้สตรีที่ขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เช่น โรค anorexia และ bulimia จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็คโตรลัยท์ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และพยาธิสภาพของทางเดินอาหาร ผลที่ตามมาคือทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย

4.2 การใช้สารเสพติดต่างๆ สตรีที่ใช้สารเสพติดต่างๆ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ โคเคน หรือเฮโรอีน พบว่ามีผลต่อทารกในครรภ์และทารกแรกคลอด เช่น รูปพิการ การคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย ส่วนการสูบบุหรี่พบว่า ปริมาณบุหรี่ที่สูบมีผลโดยตรงกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมที่ผิดปกติบางชนิดของเด็กที่คลอดจากมารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น โรคสมาธิสั้น (attentiondeficit) หรือโรคไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity disorder) เป็นต้น

4.3 อาชีพ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความล้าจากการทำงาน เช่น การต้องยืนเป็นเวลานาน การออกแรง ความเครียดจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักน้อยได้

5. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม มนุษย์ทุกคนมีโอกาสสัมผัสกับสารปนเปื้อนต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม เช่น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ตั้งครรภ์ มีโอกาสติดเชื้อต่างๆ เช่น rubella, chicken pox, HIV และ

cytomegalovirus เป็นต้น สตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอาจต้องสัมผัสกับโลหะหนักหรือสารเคมีบางชนิดที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ สตรีในชนบทที่มีอาชีพทางการเกษตรอาจเกิดอันตรายจากสารเคมีในยาฆ่าแมลง หรือมีการปนเปื้อนสารเคมีในน้ำที่ใช้ดื่ม เป็นต้น

6. ปัจจัยทางสูติกรรม

6.1 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต โดยเฉพาะการคลอดที่ผิดปกติ ได้แก่ การแท้งซ้ำซาก การคลอดก่อนกำหนด การตายคลอด หรือทารกตายหลังคลอด ควรได้รับการตรวจค้นและแก้ไขสาเหตุก่อนการตั้งครรภ์ครั้งใหม่

6.2 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ปัจจุบันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายได้ต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เช่น การมีเลือดออกระหว่างการตั้งครรภ์ (antepartum hemorrhage) ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ การตั้งครรภ์แฝดซึ่งทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และอัตราตายปริกำเนิดของทารกเพิ่มขึ้น รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงขึ้นในมารดา เช่น ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ ครรภ์แฝดน้ำ จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น รวมทั้งจะมีการเสียเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น

ภาวะเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการตั้งครรภ์

ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ [1, 2] (hypertensive disorders during pregnancy)

ในการตั้งครรภ์สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงทั้งในสตรีที่ความดันโลหิตปกติก่อนตั้งครรภ์ หรือผู้ที่ความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ซึ่งอาจตรวจพบร่วมกับภาวะการบวมคั่งของน้ำเป็นจำนวนมากในเนื้อเยื่อร่างกาย และการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์นี้พบได้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยภาวะนี้มีความสำคัญ เพราะเป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับ 3 รองจากการเสียเลือดและการติดเชื้อ

ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertension : hypertension: PIH) แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. Gestational hypertension พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มความดันโลหิตสูงที่แทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ อุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ 6-18 ในสตรีครรภ์แรก และพบได้ร้อยละ 6-8 ในสตรีที่เคยตั้งครรภ์ อาการของโรคมักพบเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ผลของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะนี้มักไม่แตกต่างกับการตั้งครรภ์ปกติ แต่ทำให้อุบัติการณ์ของการชักนำคลอด และการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น ค่าความดันโลหิตสูงที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัย คือ ความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตร และความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรขึ้นไป โดยวัด 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย

4 ชั่วโมง หรือวัดห่างกันไม่เกิน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น gestational hypertension ที่อายุครรภ์น้อย ประมาณร้อยละ 46 จะกลายเป็น preeclampsia และประมาณร้อยละ 10 จะกลายเป็น severe preeclampsia

2. Preeclampsia อุบัติการณ์พบได้ร้อยละ 3-7 ในสตรีครรภ์แรก และร้อยละ 0.8-5 ในสตรีที่เคยตั้งครรภ์ สาเหตุของการเกิดโรคยังไม่แน่นอน อาการแสดงที่พบคือ

1. ความดันโลหิตสูง โดยมีระดับความดันโลหิตขณะพักมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. อาการแสดงทางคลินิกอื่นๆ โดยอาการที่พบได้ คือ อาการปวดศีรษะ เจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่ หรือชายโครงด้านขวา และอาการตามัว
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะในปริมาณตั้งแต่ 300 mg/dl โดยการสุ่มตรวจอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง หรือการตรวจด้วย urine dipstick ให้ผล 1 บวก (30 mg/dl)

ผู้ป่วยที่มีภาวะ preeclampsia จะมีพยาธิสภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและการไหลเวียนของเลือด ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง จำนวนเกล็ดเลือดต่ำลง เม็ดเลือดแดงมีการแตกตัวและถูกทำลายได้ง่าย ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ปัสสาวะออกน้อยลง มีอาการบวม การไหลเวียนของเลือดไปที่รกลดลง เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ มีการขาดสารอาหารและออกซิเจน ทารกเกิดการโตช้าในครรภ์ และเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่าย

3. Eclampsia คือ ภาวะที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์มีอาการชักหรือไม่รู้สึกตัว โดยตรวจไม่พบสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ และอาการแสดงของ preeclampsia นำมาก่อน อาการและอาการแสดงของ eclampsia มีขอบเขตที่กว้าง ตั้งแต่มีความดันโลหิตที่สูงมาก โปรตีนในปัสสาวะ 4 บวก บวม หรือตรวจพบ patellar reflex 4 บวก จนถึงมีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อย ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ ไม่บวม และการตรวจ patellar reflex ปกติก็ได้

อุบัติการณ์พบได้ตั้งแต่ 1 ใน 2,000 ถึง 1 ใน 3,448 ของการตั้งครรภ์ โดยพบได้สูงเพิ่มขึ้นในการตั้งครรภ์แฝด และในสตรีที่ไม่ได้ฝากครรภ์ อาการแสดงมักจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยเริ่มจากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการนำที่สำคัญใน eclampsia คือปวดศีรษะ ตามัว อาการเจ็บหรือแน่นชายโครงขวา ซึ่งจะเกิดก่อนการชัก ซึ่งภาวะชักจาก eclampsia เป็นภาวะเร่งด่วนและเป็นอันตรายที่คุกคามต่อชีวิตและทำให้เกิดทุพพลภาพต่อทั้งผู้ป่วยและทารกในครรภ์ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบอัตราตายของมารดา ร้อยละ 0-1.8 ในประเทศด้อยพัฒนาอาจพบอัตราตายของมารดาสูงถึงร้อยละ 14 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการชักที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลหรือเกิดการชักซ้ำ

โรคหัวใจระหว่างตั้งครรภ์ (heart diseases during pregnancy)

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญเป็นอันดับต้นๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา การตายของมารดาประมาณร้อยละ 15 เกิดจากโรคหัวใจ อุบัติการณ์ของโรคหัวใจพบได้ประมาณร้อยละ 0.1-1.4 ของการตั้งครรภ์ อัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบได้ร้อยละ 0.5-2.72 ปัจจุบัน

การดูแลรักษาที่ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสตั้งครรภ์มากขึ้น เมื่อตั้งครรภ์ โรคหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการทำงานที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

การวินิจฉัยความรุนแรงของโรคหัวใจ

สมาคมโรคหัวใจแห่งกรุงนิวยอร์ค New York Heart Association (NYHA) ได้แบ่งความรุนแรงของโรคหัวใจโดยใช้ประวัติอดีตและประวัติปัจจุบันในด้านสมรรถภาพ ด้านการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย โดยไม่ใช้อาการแสดงทางด้านกายอื่นๆ โดยไม่ใช้อาการแสดงทางด้านกายอื่นๆ ความรุนแรงของโรคแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. Class I ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เป็นปกติ โดยไม่เกิดอาการของการทำงานของหัวใจที่ไม่เพียงพอ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก
2. Class II ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมปกติลดลง โดยผู้ป่วยจะสบายดีเมื่อพักแต่การทำกิจกรรมปกติจะเกิดอาการที่ผิดปกติคือ excessive fatigue, palpitation, dyspnea หรือมีอาการเจ็บหน้าอก
3. Class III ผู้ป่วยสบายดีเมื่อพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมที่น้อยกว่าปกติจะเกิดอาการ excessive fatigue, palpitation, dyspnea หรือมีอาการเจ็บหน้าอก
4. Class IV ผู้ป่วยมีอาการของโรคหัวใจได้ในขณะพัก และเมื่อทำกิจกรรมอาการก็จะเพิ่มมากขึ้น

ผลของโรคหัวใจต่อการตั้งครรภ์

1. ผลต่อมารดา พบผลที่เกิดจากโรคหัวใจโดยตรงและพบได้บ่อยคือ ภาวะปอดบวมน้ำและภาวะ tachyarrythmias และผลที่เกิดจาการทำงานของหัวใจที่เลวลง นอกจากนี้ตัวพยากรณ์ภาวะทุพพลภาพหรืออัตราตายของมารดาที่สำคัญ คือ ความผิดปกติในการทำงานของ left ventricle โดยเฉพาะภาวะการอุดกั้นการทำงานของหัวใจด้านซ้าย เช่น mitral stenosis, aortic stenosis และ hypertropic obstructive cardiomyopathy เป็นต้น
2. ผลต่อทารก ภาวะทุพพลภาพที่พบได้บ่อย เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20

สตรีที่เป็นโรคหัวใจจากสาเหตุทางพันธุกรรม พบว่าสามารถถ่ายทอดความผิดปกติไปยังทารกได้ ในประชากรทั่วไปพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบได้ประมาณร้อยละ 0.5 อัตราเสี่ยงของการเกิดจะสูงเป็น 10 เท่า ถ้าพบญาติสายตรงในระดับเดียวกันเป็นโรคหัวใจและอัตราเสี่ยงจะสูงในกรณีเป็นโรคหัวใจชนิดที่มีการอุดกั้นด้านซ้าย

การให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจก่อนการตั้งครรภ์ ควรได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงทั้งของผู้ป่วย และทารกที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ พยากรณ์ของโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์ขึ้นกับชนิดของ

โรคหัวใจที่เป็นอยู่ สภาพการทำงานของหัวใจ และความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจเกิดแทรกซ้อนควรปรึกษาแพทย์โรคหัวใจว่าสมควรที่จะให้ตั้งครรภ์ได้ หรือไม่

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด จะมีผลต่อพยากรณ์ของโรคขณะตั้งครรภ์

ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหัวใจล้มเหลวที่อยู่ใน Class I หรือ II จะพบภาวะหัวใจล้มเหลวในขณะตั้งครรภ์ได้ประมาณร้อยละ 6 โดยไม่พบการตายของมารดา

ควรให้การรักษาด้วยการผ่าตัดในโรคหัวใจบางชนิดก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคในขณะตั้งครรภ์ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มอาการ marfan ที่มีขนาดของ aortic root มากกว่า 4 เซนติเมตร ไม่ควรตั้งครรภ์ ยกเว้นได้รับการผ่าตัดรักษาก่อน

โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์ (hematological disorders during pregnancy)

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบเลือดและกลไกการห้ามเลือด เพื่อทำให้มารดามีความพร้อมระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนมีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโต และการพัฒนาของทารกในครรภ์ ขณะเดียวกันยังเกิดความเสี่ยงต่างๆ เพิ่มขึ้นได้ ในระหว่างการตั้งครรภ์โดยโรคเลือดที่พบบ่อยได้ในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่

1. ภาวะเลือดจาง (aneamia)
2. ความผิดปกติของเกล็ดเลือด (platelet disorders)
3. ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (coagulation defects)
4. ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจาย (disseminated intravascular coagulation)
5. ภาวะลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือด (thromboembolic disorders)

1. **ภาวะเลือดจาง** (aneamia)

(centers for disease control and prevention: CDC) ให้คำนิยามของภาวะเลือดจาง คือ ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์หรือต่ำกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสที่สอง ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำนิยามว่าระดับของฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตรตลอดการตั้งครรภ์ โดยมีสาเหตุที่พบบ่อย คือ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดในภาวะเลือดจางของสตรีตั้งครรภ์ อาการแสดงที่พบบ่อยได้แก่ เหนื่อยง่าย มึนงง เบื่ออาหาร และปวดศีรษะ การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญพบเม็ดเลือดแดงมีลักษณะ hypochomic microcytic ระดับของธาตุเหล็กในซีรั่มต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การรักษาที่จำเพาะคือ รักษาสาเหตุที่อาจพบร่วมด้วย ร่วมกับให้รับประทานธาตุเหล็ก อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานธาตุเหล็กที่พบได้คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน หรือท้องผูก การรับประทานธาตุเหล็กหลังอาหารทันทีจะช่วยลดอาการข้างเคียงดังกล่าว การรับประทานธาตุเหล็กควรให้นานประมาณ 3-6 เดือน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ในร่างกาย

Megaloblastic anemia เป็นภาวะเลือดจางที่พบได้มากเป็นอันดับสองรองจากการขาดธาตุเหล็กในระหว่างการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากการขาดโฟเลท หรือ cobalamine (วิตามิน B12) ทำให้เกิดความบกพร่องของการสังเคราะห์ DNA มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก

กรดโฟลิกมีความจำเป็นในกระบวนการสังเคราะห์ DNA การแบ่งตัวของเซลล์ การเจริญเติบโตของทารกและรก รวมทั้งการสร้างเม็ดเลือดแดง ปกติโฟเลทจะถูกเก็บสะสมไว้ในตับและเพียงพอสำหรับการใช้ร่างกายได้นาน 6 สัปดาห์ หลังจากที่ร่างกายขาดโฟเลทประมาณ 18 สัปดาห์จะทำให้เกิดภาวะ megaloblastosis ในไขกระดูก

การขาดวิตามิน B12 พบได้น้อยมาก มักพบในกลุ่มที่เป็นมังสวิรัติ ซึ่งงดการรับประทานผลิตภัณฑ์จากสัตว์ทั้งหมด

โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย เป็นโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีความชุกสูงในประเทศไทย มีผู้ป่วยเกิดใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 12,000 คนต่อปี มีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของ gene ที่มีผลทำให้การสังเคราะห์สายโกลบินในเม็ดเลือดแดงลดลง หรือสังเคราะห์ไม่ได้เลย ความผิดปกติของฮีโมโกลบินจะทำให้เม็ดเลือดแดงถูกทำลายตั้งแต่อยู่ในไขกระดูก หรือถูกทำลายได้เร็วขึ้นใน reticuloendothelial system โดยเฉพาะที่ม้าม เกิดภาวะเลือดจางเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

ภาวะเลือดจางจากการเสียเลือด ในไตรมาสแรกสตรีตั้งครรภ์เสียเลือดได้จากการแท้งการตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ส่วนใหญ่การเสียเลือดจากการตั้งครรภ์เป็นการเสียเลือดหลังการคลอด ถ้าเสียเลือดไม่มากไม่จำเป็นต้องให้เลือดทดแทน แต่ควรให้ธาตุเหล็กรับประทานต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

ภาวะเลือดจางจากโรคเรื้อรังต่างๆ โรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของเลือดจาง ได้แก่ เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (myoma uteri) adenomyosis โรคไต โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อไวรัสเอดส์ และการอักเสบเรื้อรังต่างๆ

2. ความผิดปกติของเกล็ดเลือด (platelet disorders)

อุบัติการณ์ของภาวะเกล็ดเลือดต่ำในสตรีตั้งครรภ์ พบได้ประมาณร้อยละ 4-7 ของการตั้งครรภ์ และพบได้สูงขึ้นในการตั้งครรภ์แฝดประมาณร้อยละ 75 ไม่ทราบสาเหตุและมักตรวจพบโดยบังเอิญ รองลงมาร้อยละ 20 พบร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ นอกจากนี้อาจพบร่วมกับสาเหตุอื่น ประมาณร้อยละ 5

ถ้าเป็นโรคนี้ก่อนตั้งครรภ์และเกิดอาการของโรคขณะตั้งครรภ์ อาการของโรคอาจเลวลงได้ แต่ถ้าโรคอยู่ในระยะสงบก่อนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ไม่มีผลทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคขึ้นใหม่ ผลต่อทารกในครรภ์และการคลอด คือ ทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำในทารกบางรายได้ทั้งขณะที่อยู่ในครรภ์ และหลังคลอด

3. ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (coagulation defects)

การแข็งตัวของเลือดผิดปกติที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบได้บ่อยในสตรี คือ โรค von willebrand (vWD) เป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นแบบ autosomal dominant อุบัติการณ์พบได้ร้อยละ 1-2 ของประชากร อาการแสดงส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของเกล็ดเลือด ผู้ป่วยมักมีเลือดกำเดาไหล เลือดออกตามเยื่อบุต่างๆ ของร่างกาย เกิดจ้ำเลือดและฟกช้ำได้ง่าย เลือดออกมากเมื่อเกิดการบาดเจ็บ รวมทั้งในขณะผ่าตัดคลอด สตรีที่เป็นโรคนี้มักมีประวัติของเลือดประจำเดือนมานาน และปริมาณมาก ผลของโรคต่อการตั้งครรภ์ คือการเสียเลือดหลังคลอดพบได้ประมาณร้อยละ 50 อาจรุนแรงได้มาก ส่วนผลต่อทารกนั้นโรคนี้ไม่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาของทารกในครรภ์

4. ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจาย (disseminated intravascular coagulation : DIC)

คือกลุ่มลักษณะทางคลินิกที่เกิดจากการมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดกลาง มีลักษณะที่สำคัญคือ เลือดออกผิดปกติทั่วร่างกาย เนื่องจากมีการใช้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดไปในการเกิดลิ่มเลือด ทำให้เลือดไม่แข็งตัว มีเลือดออกตามที่ต่างๆ โดยเฉพาะตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว การขาดเลือด ซึ่งเป็นผลจากลิ่มเลือดอุดกั้น มีการตายของเนื้อเยื่อในอวัยวะเหล่านั้น และ microangiopathic hemolysis

5. ภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือด (thromboembolic disorders)

ความเสี่ยงของการเกิด venous thromboembolism (VTE) จะสูงขึ้นขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด เป็น 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการตั้งครรภ์ที่อายุเดียวกัน ในต่างประเทศพบอัตราการเกิดประมาณ 1 ใน 1,000 - 1 ใน 2,000 ของการตั้งครรภ์ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้ในสตรีตั้งครรภ์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา สาเหตุการตายของมารดาจากภาวะ thrombotic pulmonary embolism สูงถึงร้อยละ 15 ของการตายของมารดาทั้งหมด โรคในกลุ่ม VTE ที่พบบ่อยคือ

1. Deep vein thrombosis (DVT) การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ การเกิด DVT ที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ พบเกิดก่อนคลอดประมาณร้อยละ 65 และเกิดหลังคลอดประมาณร้อยละ 35 ตำแหน่งที่เกิดส่วนใหญ่มักเกิดบริเวณส่วนล่างของร่างกายส่วนใหญ่พบที่ขาซ้ายประมาณร้อยละ 85-95 อาการจะแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของการอุดของหลอดเลือด อาการที่สำคัญคือ ขาบวม และปวด

2. Pulmonary Embolism (PE) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด อุบัติการณ์พบประมาณ 1 ต่อ 7,000 ของการคลอด ส่วนใหญ่มักจะเกิดหลังคลอด อัตราการตายของมารดาจะสูงมาก ประวัติของการเป็น DVT จะช่วยวินิจฉัยภาวะนี้ได้มาก

ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิด pulmonary embolism ในผู้ป่วยที่มี DVT คือ ประวัติแทรกซ้อนต่างๆ ทางสูติกรรม เช่น การนอนพักนานๆ การทำหัตถการช่วยคลอด การผ่าตัดคลอด การเกิดเลือดออกจากสาเหตุต่างๆ การติดเชื้อ เป็นต้น

โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (diabetes mellitus during pregnancy)

โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยขณะตั้งครรภ์ อุบัติการณ์พบประมาณร้อยละ 4-12 ของสตรีตั้งครรภ์ ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ และการตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีการทำ (oral glucose tolerance test: OGTT) ปัจจุบันได้มีการเสนอการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์แนวใหม่ขึ้น ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาเลือกใช้ของราชวิทยาลัยสูติแพทย์หลายแห่ง รวมทั้งประเทศไทย

ภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรมที่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน คือ

1. ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (pregnancy-induced hypertention : PIH) อุบัติการณ์การเกิดภาวะ PIH จะเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าในสตรีที่ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี การเกิดภาวะ PIH แทรกซ้อนมักเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ไตจากเบาหวาน
2. การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) การคลอดก่อนกำหนดพบได้เพิ่มขึ้น จากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น ภาวะน้ำคร่ำมาก หรือการติดเชื้อ เป็นต้น
3. การติดเชื้อ ที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งพบบ่อยกว่าการตั้งครรภ์ปกติประมาณ 4 เท่า
4. ภาวะน้ำคร่ำมาก
5. การคลอดยาก การควบคุมโรคเบาหวานที่ไม่ดี จะทำให้ทารกมีขนาดใหญ่ เกิดการคลอดยาก
6. ความผิดปกติอื่นๆ ภายหลังคลอด สตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีมีโอกาสเสียเลือดหลังคลอดสูงขึ้น เนื่องจากทารกมีขนาดใหญ่ ภาวะน้ำคร่ำมาก นอกจากนี้พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งมีการผ่าตัดคลอด

ภาวะแทรกซ้อนของทารกทั้งขณะอยู่ในครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด พบได้ ดังนี้

1. การแท้ง
2. การตายของทารก โดยเชื่อว่าทารกเกิดการขาดออกซิเจนเรื้อรัง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของคาร์โบไฮเดรตเมตาบอลิซึมของทารกในครรภ์จากภาวะเบาหวาน ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของทารกได้
3. รูปพิการแต่กำเนิด (congenital malformation) อุบัติการณ์ของรูปพิการชนิดรุนแรงในสตรีทั่วไป พบได้ร้อยละ 1-3 และเพิ่มขึ้น 3-8 เท่า ถ้ามีประวัติเป็นของโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ โดยพบอุบัติการณ์เฉลี่ยประมาณร้อยละ 5-10 ปัจจัยที่เชื่อว่าทำให้ทารกเกิดรูปพิการคือ ระดับกลูโคสในเลือดสูง ปริมาณคีโตนที่มาก ระดับ somatomedin inhibitor ที่สูง การขาด arachidonic acid และประมาณของ free oxygen radical ที่สูง รูปพิการแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยคือ
    - ระบบสมองส่วนกลาง เช่น anencephaly, open spina bifida
    - ระบบหัวใจ เช่น ventricular septal defects และ transposition of great vessels เป็นต้น
    - รูปพิการอื่นๆ ที่พบได้บ่อย คือ sacral agenesis หรือ caudal dysplasia

กระบวนการเกิดรูปพิการ เชื่อว่าเกิดจากการยับยั้งกระบวนการ glycolysis ทำให้ขาดพลังงานในช่วง embryogenesis

4. macrosomia คือ ทารกแรกคลอดขนาดใหญ่ น้ำหนักมากกว่า 4,500 กรัม สาเหตุคือ ระดับกลูโคสในเลือดสูง จะทำให้กลูโคสในเลือดทารกสูง กระตุ้นทำให้ระดับฮอร์โมนอินซูลินสูงเพิ่มขึ้น เกิดการเจริญเติบโตที่มากผิดปกติ

5. Intrauterine growth restriction (IUGR) ในมารดาที่มีโรคเบาหวานของหลอดเลือดร่วมด้วย จะพบทารกโตช้าในครรภ์

6. ความผิดปกติของเมตาบอลิสมที่พบมีทั้งภาวะ hyperbillirubinemia ที่พบบ่อยที่สุดทำให้เกิดการทำลายของเซลล์เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นทำให้เกิดตัวเหลือง และในรายที่รุนแรงเกิด kernicterous ได้ ภาวะกลูโคสต่ำในเลือด (hypoglycemia) ทารกที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจะทำให้ทารกเกิดอาการชัก coma และสมองถูกทำลายได้

7. Respiratory distress syndrome (RDS) สาเหตุเกิดจากการเจริญพัฒนาของปอดทารกน้อยกว่าปกติ เนื่องจากฤทธิ์ antagonism ของอินซูลินต่อฮอร์โมน glucocorticoid โดยอินซูลินออกฤทธิ์ยับยั้งการกระตุ้นของ cortisol ต่อการสังเคราะห์สาร lecithin จะทำให้การเจริญพัฒนาของปอดทารกช้ากว่าปกติ

8. Hypertrophic and congestive cardiomyopathy ทารกที่มีขนาดใหญ่จากการควบคุมภาวะเบาหวานที่ไม่ดีในมารดา อาจพบกล้ามเนื้อหัวใจทารกมีความหนาผิดปกติ และมีลักษณะของ asymmetric septal hypertrophy

9. ความผิดปกติอื่นๆ ในระยะยาว เด็กกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดโรคอ้วน ความผิดปกติทางด้าน neuroepsychological และการเป็นโรคเบาหวานต่อไปในอนาคต

การดูแลรักษาสตรีที่เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์

สตรีที่เป็นโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ ผลของการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับการดูแลรักษาที่ดีก่อนการตั้งครรภ์และระยะแรกของการตั้งครรภ์โดยมีข้อแนะนำคือ

1. การปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ การประเมินความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในสตรีก่อนการตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ ความเสี่ยงต่างๆ ของทารกที่จะเกิดขึ้น ความเสี่ยงที่เกิดจากพยาธิสภาพต่างๆ ก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคไต โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และโรคตา ต้องแจ้งข้อมูลที่ชัดเจนถึงผลของพยาธิสภาพเหล่านี้ต่อการตั้งครรภ์ นอกจากนี้การตั้งครรภ์เองทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น preeclampsia และการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

2. สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพของครอบครัว การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง รวมทั้งสภาวะทางเศรษฐกิจ ช่วยสนับสนุนการตั้งครรภ์ให้ประสบความสำเร็จได้อย่างดี เช่น ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือต้องหยุดพักงานในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

3. การเสริมวิตามิน วิตามินที่แนะนำคือ กรดโฟลิก ควรให้ก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน เนื่องจากสตรีที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดทารกรูปพิการได้สูงจากภาวะ neural tube defects หรือจากภาวะอื่นๆ ได้บ่อย

4. การประเมินพยาธิสภาพต่างๆ ของผู้ป่วยต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียด เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจจอตา เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ตรวจการทำงานของไต ปริมาณโปรตีนในน้ำปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ ทั้ง TSH และ free thyroxin และระดับ Hb A1c

5. การควบคุมระดับกลูโคส ต้องควบคุมระดับกลูโคสให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีก่อนการตั้งครรภ์เพื่อได้ผลการตั้งครรภ์ที่ดี

6. การออกกำลังกาย สตรีที่เป็นโรคเบาหวานชนิด type 1 DM (เบาหวานที่เกิดในผู้ป่วยอายุน้อย) ที่ควบคุมกลูโคสได้ไม่ดี ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เนื่องจากพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากภาวะกลูโคสในเลือดสูง ภาวะ ketosis และภาวะแทรกซ้อนทางระบบเลือด สตรีกลุ่มนี้เมื่อตั้งครรภ์ต้องระมัดระวังเรื่องการออกกำลังกาย โดยเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม

โรคต่อมธัยรอยด์ระหว่างตั้งครรภ์ (thyroid disease during pregnancy)

โรคของต่อมธัยรอยด์เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีผลต่อการตั้งครรภ์ สุขภาพของสตรีระหว่างตั้งครรภ์ สุขภาพของทารกในครรภ์ ตลอดจนพัฒนาการของเด็กในระยะยาว การตั้งครรภ์ทำให้ต่อมธัยรอยด์ทำงานเพิ่มขึ้นจากการที่รกสร้าง hCG ซึ่ง hCG ออกฤทธิ์กระตุ้นการสร้างฮอร์โมนโดยตรงเนื่องจากโครงสร้างที่คล้ายกับ TSH ทำให้สามารถจับกับ TSH receptor กระตุ้นให้เซลล์ธัยรอยด์ทำงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นต่อมธัยรอยด์จากระดับเอสโตรเจนที่สูง จากการสูญเสียไอโอดีนทางปัสสาวะและการให้ทารก ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงด้าน pharmacokinetic ของธัยรอยด์ฮอร์โมน ทำให้ต่อมธัยรอยด์มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยสรุปแล้ว การเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ที่มีผลต่อต่อมธัยรอยด์มีดังนี้

1. การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ thyroxin-Binding globulin (TBG)

2. รกสร้าง thyroidal stimulatory factors เพิ่มขึ้น ทำให้ต่อมธัยรอยด์ถูกควบคุมทั้งจาก TSH และฮอร์โมน chorionic gonadotropin

3. ความต้องการสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำงานของไตเพิ่มขึ้น และมีการสูญเสียเข้าสู่ระบบ fetoplacental ในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์พบได้ทั้งในภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานมาก (hyperthyroidism) ขณะตั้งครรภ์

Graves disease เป็นสาเหตุของ hyperthyroidism ในมารดาตั้งครรภ์ร้อยละ 90-95 โรค graves เป็นโรคที่เกิดจากร่างกายมีภูมิต้านทานตนเอง ทำให้มีการกระตุ้น TSH receptor ตลอดเวลา ส่งผลให้ต่อมธัยรอยด์สร้างธัยรอกซิน และ T_3 เพิ่มขึ้นมาก อาการของโรคจะรุนแรงขึ้นในไตรมาสแรกสงบในช่วงหลังของการตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอดใหม่ๆ จะกลับสู่ภาวะปกติประมาณ 4 เดือนหลังคลอด

สรุปอาการและอาการแสดงที่ค่อนข้างเฉพาะสำหรับภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานมากผิดปกติในสตรีตั้งครรภ์ คือ

- น้ำหนักลดลงทั้งที่รับประทานอาหารได้มาก
- ต่อมธัยรอยด์มีขนาดใหญ่
- อาการทางตา Ophthalmopathy คือ มีการดึงรั้งของเปลือกตาบน ทำให้มีลักษณะของตาที่เบิ่งขึ้น ตาโปนขึ้นเนื่องจากมีการเพิ่มขนาดของเนื้อเยื่อที่ไขมันหลังตาและกล้ามเนื้อรอบลูกตามีขนาดใหญ่ขึ้นอัตราการเต้นของหัวใจเกิน 100 ครั้ง/นาที

ผลของโรค graves ต่อทารกในครรภ์ ทำให้รูปพิการแต่กำเนิด ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งจากโรคเองและจากการใช้ยาธัยรอยด์ การเกิดภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานมากผิดปกติของทารกแรกคลอด นอกจากนี้การใช้ยาต้านธัยรอยด์ อาจทำให้เกิดภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยของทารกในครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาของระบบสมองและสติปัญญาของทารกได้ในอนาคต

ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อย (hypothyroidism)

ผู้ป่วยจะมีประวัติของโรคต่อมธัยรอยด์ที่ได้รับการรักษามาก่อน ประวัติโรคต่อมธัยรอยด์ในครอบครัว เคยได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะหรือลำคอ ประวัติการใช้ยา lithium หรือได้รับยาที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน

อาการอาจถูกบดบังด้วยอาการ hypermetabolic ของการตั้งครรภ์ อาการเฉพาะคือ น้ำหนักเพิ่ม ออกกำลังกายได้ลดลง ทนความเย็นไม่ได้ เกิดตะคริวบ่อย ท้องผูก เสียงแหบ ผมร่วง เล็บเปราะและหักง่าย ผิวหนังแห้ง การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับ FT_4 ต่ำ

ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยขณะตั้งครรภ์พบได้ไม่บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีภาวะมีบุตรยากร่วมด้วย อุบัติการณ์พบประมาณ 1 ใน 1,600 - 2,000 บางรายงานพบได้ร้อยละ 2.5 ผลต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ คือ ความดันโลหิตสูงแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะเลือดจาง การเสียเลือดหลังคลอด การทำงานของหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ รูปพิการแต่กำเนิดของทารก การตายคลอด และทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาธัยรอยด์ก่อนการตั้งครรภ์ ควรตรวจหาระดับ TSH เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และปรับขนาดของยาธัยรอกซินตามความเหมาะสม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการขนาดยาเพิ่มขึ้นและมีการติดตามระดับ TSH เป็นระยะ

ภาวะพร่องไอโอดีนส่งผลรุนแรงทั้งต่อมารดาและทารก มารดาที่มีภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนทำให้ทารกมีพัฒนาการที่ผิดปกติตั้งแต่ในครรภ์ การขาดธัยรอยด์ฮอร์โมนที่รุนแรงในทารกแรกคลอด ทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรงคือ ภาวะ cretinism อาการที่พบคือปัญญาอ่อนรุนแรง หูหนวก เป็นใบ้ และมีพัฒนาการทางเพศที่ผิดปกติและเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยแต่กำเนิด

การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ด้านอื่นๆ

การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในปัจจุบันที่สภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์จึงไม่ใช่เพียงการเตรียมการในเรื่องสุขภาพร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องเตรียมความพร้อมในทุกด้าน ทั้งด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตวิญญาณ การเตรียมความพร้อมที่ดี นอกจากจะทำให้บุตรที่เกิดมามีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว ยังมีผลต่อความสุขในครอบครัวด้วย ครอบครัวที่มีความพร้อม เมื่อมีบุตรจะมีเวลาและมีความสามารถในการอบรมเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่าครอบครัวที่พ่อแม่ขาดวุฒิภาวะ ขาดความพร้อม และความตั้งใจมีบุตร ซึ่งแนวทางในการให้การปรึกษาแก่คู่สมรสเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมพร้อมด้านจิตใจก่อนการตั้งครรภ์

สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีมองตน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง [3 - 6]

ความพร้อมทางด้านจิตใจ [7] หมายความว่า ทั้งคู่สามี - ภรรยาต้องการมีลูกกันแล้ว มีความอยากที่จะมีลูก การตั้งครรภ์ถือเป็นบทบาท และเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญของผู้ที่ต้องการเป็นพ่อแม่ทุกคน การตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพจำเป็นจะต้องมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งในเรื่องของร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะในด้านจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะจิตใจจะมีผลต่อร่างกายโดยตรง การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนการตั้งครรภ์ จำเป็นจะต้องเตรียมความพร้อมให้ทั้งสามีและภรรยา เนื่องจากการมีบุตรไม่ใช่เรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ความพร้อมทางด้านจิตใจของทั้ง 2 ฝ่ายจะส่งผลถึงการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและไม่มีคุณภาพด้วย เนื่องจากความเครียดจะมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ ทำให้ตั้งครรภ์ยาก คลอดก่อนกำหนด และเด็กคลอดออกมามีน้ำหนักน้อย การให้ความรู้ ความเข้าใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้คู่สมรสมีความพร้อมทางด้านจิตใจยิ่งขึ้น ภาวะความเครียดและความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ทุกหนทุกแห่งและทุกเวลา ความเครียดก่อนการตั้งครรภ์ จะมีระดับของเครียดหรือความวิตกกังวลแตกต่างกัน ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุของคู่สมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา ประสบการณ์การตั้งครรภ์ ประสบการณ์การแท้ง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นการให้การปรึกษา จึงมีความละเอียดอ่อน และมีจุดเน้นที่แตกต่างกันตามความเหมาะสม เช่น

คู่สมรสที่มีอายุมาก (อายุ 30 ปีขึ้นไป) ความกังวลจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มที่มีลูกได้ตามปกติ มักมีความกังวลใจเกี่ยวกับความสมบูรณ์ แข็งแรงของเด็ก เนื่องจากมีข้อมูลว่า การตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมากจะมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทารกทั้งทางร่างกายและสติปัญญา แม้ไม่ใช่ทุกกรณี แต่คู่สมรสที่มีอายุมากๆ ก็มักจะวิตกกังวลในเรื่องนี้ การเตรียมความพร้อม

ด้านจิตใจให้กับคู่สมรส จึงควรมุ่งเน้นในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในเรื่องอายุกับการตั้งครรภ์ เช่น การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ตอนอายุประมาณ 20 ปี ทารกในครรภ์มีโอกาสเป็นดาวน์ซินโดรมเพียง 1 ใน 10,000 ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ตอนอายุประมาณ 35 ปี ทารกในครรภ์มีโอกาสเป็นดาวน์ซินโดรม 0-3 ใน 1,000 และผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ตอนอายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป ทารกในครรภ์มีโอกาสเป็นดาวน์ซินโดรมถึง 1 ใน 100 หรือ 1% แต่ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าจนสามารถที่จะตรวจความผิดปกติได้ เรียกวิธีการนี้ว่า “การวินิจฉัยทารกก่อนคลอด” ซึ่งจะตรวจเมื่อมีปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ ยังมีวิธีที่จะช่วยลดอัตราเสี่ยงได้ เช่น การรับประทานวิตามินโฟลิก 400 มิลลิกรัมต่อวัน การตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งควรตรวจก่อน 3 เดือนจึงตั้งครรภ์ได้ การคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดดื่มสุรา งดบุหรี่ และเลิกซื้อยารับประทานเอง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อเท็จจริงเหล่านี้ และตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ จะมีส่วนช่วยในการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ การตัดสินใจ และเป็นการเตรียมพร้อมกับผลที่จะตามมา หากตัดสินใจให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น

2. กลุ่มที่มีบุตรยาก คู่สมรสที่มีเพศสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ เฉลี่ยแล้วประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะเกิดการตั้งครรภ์ภายใน 1 ปี และประมาณร้อยละ 90 สามารถที่จะเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นภายใน 1 ปีครึ่ง ถ้าหลังจากนั้นยังไม่ตั้งครรภ์ ก็ถือได้ว่าเป็นภาวะการมีบุตรยาก อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะการมีบุตรยากจะอยู่ประมาณร้อยละ 10-15 ซึ่งการมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กับอายุ ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติของร่างกาย โรคภัยไข้เจ็บ และจิตใจ ภาวะมีบุตรยากจะส่งผลกระทบต่อทั้งสามี ภรรยา รวมทั้งอาจลุกลามไปถึงญาติของทั้งสองฝ่ายด้วย ดังนั้น ความเครียดหรือความกังวลที่เกิดขึ้น นอกจากจะเป็นเรื่อง ทำอย่างไรให้ตัวเองมีบุตรแล้ว ยังเป็นเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย คู่สมรสบางคู่จึงพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อจะทำให้มีบุตรให้ได้ ความคาดหวังและความเครียดจะมีมาก ซึ่งจะมากแค่ไหน จะขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งของความพยายามที่จะมีบุตร ประสบการณ์การแท้งและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ จึงควรมุ่งเน้นในเรื่องการทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ไม่เคร่งเครียดจากความต้องการมีลูกมากจนเกินไป การปล่อยให้เป็นเรื่องของธรรมชาติ โดยเฉพาะในผู้ชายหากมีความเครียดมากจะทำให้สเปิร์มไม่แข็งแรง ทำให้โอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและคำแนะนำกรณีมีบุตรยาก เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการตั้งครรภ์ การตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการมีบุตรยาก และแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อให้คู่สมรสได้รับทราบถึงทางเลือกในการช่วยให้ตั้งครรภ์ได้ ตลอดจนวิธีการเตรียมใจให้พร้อมหากไม่สำเร็จตามที่หวังไว้ ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายในการทำใจ แต่หากยึดติดและไม่ปล่อยวาง นอกจากจะเกิดผลเสียต่อจิตใจแล้วยังทำให้ร่างกายเจ็บป่วยได้ด้วย นอกจากนี้ควรแนะนำวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การงดดื่มเหล้า เพราะการดื่มเหล้าทำให้ความสามารถในการมีบุตรลดลงทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง เนื่องจากแอลกอฮอล์มีพิษทำลายคุณภาพอสุจิและไข่ ควรเลิกสูบบุหรี่ และควรรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์

คู่สมรสที่อายุเหมาะสม (อายุ 20-30 ปี) คู่สมรสในกลุ่มนี้นับว่ามีความพร้อมกับการตั้งครรภ์มากกว่าคู่สมรสในกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะด้านร่างกาย เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมกับการมีบุตรมากที่สุด ซึ่งถ้าหากคู่สมรสมีความพร้อมทางด้านการเงินด้วยก็จะสามารถลดความเครียดในการมีบุตรได้ แต่อย่างไรก็ตามคู่สมรสกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มคนที่อยู่ในวัยทำงานช่วงต้นๆ ดังนั้นโอกาสที่จะเกิดความเครียดจากการทำงานจะมีมาก ควรให้คำแนะนำในเรื่องวิธีคลายเครียด การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การเลิกดื่มเหล้า เลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่ถูกวิธี เพื่อให้การตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คู่สมรสที่อายุน้อย (อายุต่ำกว่า 20 ปี) โดยเฉพาะคู่สมรสที่ยังไม่เคยมีบุตรมาก่อน ส่วนใหญ่ คู่สมรสในกลุ่มนี้จะไม่ค่อยกังวลในเรื่องของการเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ เนื่องจากมักไม่ค่อยมีการวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์มากนัก บางกรณีเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ทำให้เกิดผลกระทบตามมามาก ไม่ว่าจะเป็นการทำแท้ง การคลอดบุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การไม่มีวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตร และการใช้ชีวิตในสังคม คู่สมรสที่อายุน้อยจึงมักจะมีความกังวลใจเมื่อตั้งครรภ์แล้ว และการคลอดบุตรมากกว่าก่อนตั้งครรภ์ ดังนั้น การให้การปรึกษาในคู่สมรสกลุ่มนี้ ควรมุ่งเน้นในเรื่องของการเตรียมความพร้อมในการเป็นพ่อแม่ สรีระที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดครรภ์เป็นพิษ หรือโรคความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ การคลอดที่ผิดปกติ อาจจะเป็นการคลอดก่อนกำหนด เพราะการใช้ชีวิตที่โลดโผน ไม่ระมัดระวังตัว หรือเพราะโครงสร้างร่างกายที่ยังไม่เติบโตเต็มที่ ควรรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ งดเว้น ชา กาแฟ อาหารรสจัด และอาหารหมักดองทั้งหลาย การเลิกดื่มเหล้า การเลิกสูบบุหรี่ การงดการเที่ยวเตร่ การเตรียมตัวเรื่องค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การขับขี่รถเร็ว และให้ความรู้เรื่องวิธีการวางแผนครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้ เรื่องของจิตใจมีความละเอียดอ่อนอย่างมาก คู่สมรสบางคู่อาจจะมีความเครียดหรือความวิตกกังวลที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น หรืออาจจะมีความกังวลในหลายประเด็นพร้อมกัน ดังนั้น หลักในการให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนการตั้งครรภ์ก็คือ

1) การรับฟังอย่างตั้งใจ

2) การให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของผู้รับบริการ และการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของผู้รับบริการ และ

3) เข้าใจธรรมชาติของคนที่ต้องการมีบุตรในแต่ละช่วงวัย

4) ให้ข้อมูลทางเลือกอย่างรอบด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ สำหรับเทคนิคเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนตั้งครรภ์นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น คือเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ สำหรับเทคนิคเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนตั้งครรภ์นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้นคือ

- เบรกความคิด คือ การหยุดคิดเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ หรือเป็นทุกข์ไว้ชั่วขณะเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งกิจกรรมที่สามารถนำมาใช้ในการเบรกความคิด เช่น การฟังเพลง การลุกเดิน

- การดื่มน้ำ การมองออกไปในที่โล่งกว้าง การยืดเส้นยืดสาย การอ่านหนังสือที่ชอบ การรับประทานของว่าง การพักสายตาสักครู่ การนอนหลับและการไปท่องเที่ยว เป็นต้น ซึ่งจะเลือกใช้วิธีไหนก็ขึ้นอยู่กับเวลาและความชอบของแต่ละคน

- ออกกำลังกาย การออกกำลังกายนอกจากมีผลดีต่อร่างกายแล้ว ยังทำให้สมองปลอดโปร่ง รู้สึกสดชื่นและมีพลังในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

- การพูดคุยกับคนที่เข้าใจ คือ การได้พูดระบายความอัดอั้นตันใจให้กับใครสักคนที่ไว้ใจฟังจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสบายใจขึ้น แต่จะต้องเป็นคนที่ไว้ใจได้และเข้าใจจริงๆ เท่านั้น เพราะหากเป็นคนที่ไม่เข้าใจกัน อาจทำให้ความเครียดที่มีเพิ่มขึ้นกว่าเดิมได้ หรือถ้าหากไม่สามารถพูดคุยกับคนที่รู้จักได้ ก็สามารถโทรไปขอคำปรึกษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของคุณได้ เช่น

1. สายด่วนสุขภาพจิต 1667 ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วประเทศไทย โดยรับฟังปัญหาที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ และให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา
2. ศูนย์ Happy Line ของสภาสังคมสงเคราะห์ โทร 0-2247-6247-7 ปรึกษาปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเด็กและเยาวชน ปัญหายาเสพติด ปัญหาด้านกฎหมาย วันจันทร์ - วันศุกร์ 09.00-16.00 น.
3. สายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 ให้คำปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ
4. สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ โทร 0-2245-1888, 1888, 0-2245-7382-4 ให้คำปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว เปิดให้บริการทุกวัน

2. การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย

2.1 การเตรียมความพร้อมด้านสังคม

2.2 การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม

2.3 การเตรียมความพร้อมด้านการเงิน

2.1 การเตรียมความพร้อมด้านสังคมก่อนการตั้งครรภ์

สุขภาวะทางสังคม คือ สุขภาวะที่เกิดจากการอยู่ร่วมกันด้วยดีของกลุ่มคน ในขนาดและลักษณะต่างๆ เช่น ในครอบครัว ในชุมชน ในสถานที่ทำงาน ในเมือง ในสังคมขนาดใหญ่ หรือประเทศ และการอยู่ร่วมกันด้วยดีทั้งโลก ซึ่งสุขภาวะที่ดีทางสังคมจะเกิดขึ้นได้เมื่อครอบครัวมีความอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีศีล ไม่เบียดเบียนกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีการงานชอบ มีความยุติธรรมในสังคม การเตรียมความพร้อมด้านสังคมก่อนการตั้งครรภ์ ควรมุ่งเน้นในเรื่องการมีครอบครัวอบอุ่นและมีเวลาอยู่ด้วยกัน หากคู่สมรสไม่ค่อยมีเวลา เพราะจะต้องทำงานหรือมีงานสังคมที่จะต้องร่วมอยู่เสมอ การให้การปรึกษาจะเป็นการให้แนวคิด เพื่อทบทวนความพร้อมก่อนมีลูก เพราะเด็กๆ ต้องการความรัก

ต้องการเวลา และความอบอุ่นจากพ่อแม่ เพื่อคอยดูแลเอาใจใส่ตั้งแต่เป็นทารกแรกเกิดจนเติบโต ดังนั้น หากมีลูกเวลาสังสรรค์กับเพื่อน เวลาเข้าสังคม เที่ยวเตร่เฮฮา หรือแม้แต่เวลาส่วนตัวจะลดน้องลงอีก หากคู่สมรสยังไม่ความพร้อมในการดูแลลูก ก็ควรทบทวนก่อนตัดสินใจมีลูก นอกจากนี้การมีลูกควรได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ ญาติพี่น้องของทั้ง 2 ฝ่ายด้วย เพื่อให้เด็กที่เกิดมาเป็นที่ยอมรับและมีความพร้อมทางสังคม ซึ่งเด็กที่ได้รับความรัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดี จะเป็นพื้นฐานทางด้านจิตใจให้กับเด็กต่อไปในอนาคตด้วย

2.2 การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อมก่อนการตั้งครรภ์

- การตรวจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ว่ามีสิ่งที่จะเป็นภัยต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ เช่น ยาฆ่าแมลง ใยแก้ว สารตะกั่ว รังสี และหากคู่สมรสเลี้ยงแมว ควรแนะนำให้ตรวจเลือดหาภูมิต่อเชื้อ toxoplasma หรือไม่ เพราะเชื้ออาจจะทำให้ทารกพิการแต่กำเนิด หากไม่มีภูมิควรจะสวมถุงมือและหน้ากากเมื่อสัมผัสแมว

- การให้คำแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ กับสามีหรือภรรยาที่สูบบุหรี่ เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากควันบุหรี่จะทำให้ตั้งครรภ์ยาก และหากตั้งครรภ์จะมีผลเสียต่อทารกในครรภ์ ทำให้มีโอกาสคลอดทารกก่อนกำหนด หรือทารกเสียชีวิตระหว่างคลอด หากไม่เสียชีวิต ทารกมักมีน้ำหนักตัวน้อย คุณแม่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่สูดดมควันบุหรี่จากคุณพ่อหรือผู้อื่นเป็นประจำ ก็มีผลเช่นเดียวกัน ฉะนั้น การเตรียมความพร้อมสภาพแวดล้อมให้ปลอดบุหรี่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

2.3 การเตรียมความพร้อมด้านการเงินก่อนการตั้งครรภ์

สภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ทำให้คู่สมรสที่ต้องการมีบุตร ต้องคิดตรึกตรองและวางแผนก่อนการตั้งครรภ์มากขึ้น เนื่องจากการมีบุตร 1 คน หมายถึงภาระที่เพิ่มขึ้น ทั้งในเรื่องเวลาในการดูแลเลี้ยงดูบุตรและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดู อาทิค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้า ข้าวของเครื่องใช้ค่าเล่าเรียน ค่ารักษาพยาบาล และค่าพี่เลี้ยงเลี้ยงเด็กในกรณีที่ไม่สามารถจะเลี้ยงได้ด้วยตัวเอง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร 1 คนโดยทั่วไปจะอยู่ประมาณ 15-25% ของรายได้ครอบครัว ดังนั้น หากคิดจะมีบุตรก็ควรวางแผนในการเก็บเงิน และการใช้เงินให้ดี เพื่อไม่ให้เกิดความฝืดเคือง และนำไปสู่ความเครียดในครอบครัวได้ สิ่งที่คู่สมรสควรพิจารณาและต้องคำนึงถึง ประกอบด้วย

1. ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูจนเติบโต
2. การมีบุตรจะมีผลต่อหน้าที่การงานอาชีพและรายได้อย่างไร
3. การมีบุตรจะมีผลต่อรายจ่ายอย่างไร
4. ตรวจสอบนโยบายบริษัทเกี่ยวกับการหยุดงานช่วงการคลอด
5. การประหยัด และจัดทำบัญชีรับ-จ่าย ของครอบครัว

เมื่อคู่สมรสได้ตรึกตรองแล้ว คู่สมรสก็จะสามารถตัดสินใจได้ว่าควรมีบุตรหรือไม่ ซึ่งถ้าหากคำตอบออกมาว่ายังไม่พร้อม ผู้ให้การปรึกษาควรให้คำแนะนำในเรื่องการคุมกำเนิดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาตามมาอีกมากได้

3. การเตรียมความพร้อมด้านจิตวิญญาณก่อนการตั้งครรภ์ (7 - 8)

จิตวิญญาณ หมายถึง มิติที่สูงส่งของจิต หรือการที่มีจิตใจสูง จิตที่เจริญ จิตที่หลุดพ้น จิตที่เห็นแก่ตัวน้อย จิตเข้าถึงสิ่งสูงสุดในทางพุทธ จิตวิญญาณ คือ ปัญญา

จิตวิญญาณสูงทำให้มีสุขภาวะ (well being) ยามใดเราไม่เห็นแก่ตัว จิตใจผ่อนคลาย เป็นอิสระ มีความสุขในการทำความดี ยิ่งเห็นแก่ตัวน้อยยิ่งมีความสุขมาก ถ้าหมดความเห็นแก่ตัวก็มีความสุขสูงสุดที่เรียกว่า **วิมุติสุข** (spiritual happiness) เพราะเป็นความสุขอันเนื่องด้วยมีจิตวิญญาณสูง วิถีพัฒนาจิตวิญญาณก่อนการตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับการเป็นพ่อแม่ ให้รับรู้และเข้าใจถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบอันยิ่งใหญ่ การเป็นพ่อแม่นั้นไม่ยาก แต่การเป็นพ่อแม่ที่ดีมีปัญญาในการแก้ไขปัญหาไม่ละทิ้งภาระหน้าที่ของตนเอง และสามารถอบรมเลี้ยงดูลูกให้มีคุณภาพ และเป็นคนดีของสังคมนั้นเป็นเรื่องยาก ซึ่งการพัฒนาจิตวิญญาณ ประกอบด้วย

1. การอยู่ร่วมกันที่ดี ได้แก่ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แบ่งปัน การไม่เบียดเบียนกัน เมื่อหญิงชายตัดสินใจใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การช่วยเหลือเรื่องงานในบ้าน การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง หากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดคิดถึงแต่ประโยชน์ส่วนตน โดยไม่คำนึงถึงอีกฝ่ายหนึ่งการอยู่ร่วมกันก็จะเกิดปัญหา ซึ่งการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่เบียดเบียนกันนี้ จะต้องมากขึ้นหากจะต้องรับผิดชอบอีกชีวิตหนึ่งที่ต้องการให้เกิดมา หากครอบครัวใดเริ่มต้นด้วยการผลักภาระให้กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นการไปตรวจความพร้อมของร่างกาย การตรวจภาวะการมีบุตรยาก การวางแผนการตั้งครรภ์ การวางแผนการใช้จ่ายเงินฯ ก็แสดงให้เห็นถึงความไม่พร้อมในการที่จะมีบุตร เพราะยังไม่มีจิตวิญญาณของความเป็นพ่อแม่อย่างเพียงพอ เพราะการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตรเป็นหน้าที่ของทั้งสองฝ่าย มิใช่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

2. การทำจิตใจให้สงบ การทำจิตใจให้สงบเป็นหลักของทุกศาสนา เพราะจิตใจที่สงบทำให้เข้าถึงความจริง หรือปัญญาได้ง่าย การทำจิตใจให้สงบมีหลายวิธี เช่น การไปวัด ไปโบสถ์ การฟังพระเทศน์ การสวดมนต์ การเจริญสติ การเจริญสมาธิ เมื่อจิตใจสงบก็จะเป็นอิสระจากความบีบคั้น มีความปิติ มีความสุข เป็นฐานที่ทำให้เกิดปัญญาได้ง่าย ซึ่งการทำจิตใจให้สงบจะช่วยได้มากในกรณีที่เกิดความผิดหวัง หรือเกิดอุปสรรคขึ้นในชีวิต เช่น ในกรณีคนที่มีบุตรยาก หากวิตกกังวลมาก เครียดมาก โอกาสในการมีลูกก็ยิ่งน้อยลง แต่ถ้ามีจิตใจสงบไม่วิตกจนเกินไป จิตใจที่ดีก็จะส่งผลให้ร่างกายมีความพร้อมมากขึ้น โอกาสมีลูกก็มากขึ้นด้วย

3. ปัญญา หมายถึง การเข้าถึงความจริงของธรรมชาติที่ใหญ่ที่สุด ในทางพระพุทธศาสนาถือว่า ความจริงของธรรมชาติคือ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา การเข้าถึงอนิจจัง ทุกขัง อนัตตาทำให้หลุดพ้นจากการยึดมั่นในตัวตน จิตที่ใหญ่ที่สุดคือความว่าง หรือ สุญญตา การเข้าถึงความว่างก็เป็นการพัฒนาการทางจิตวิญญาณสูงสุด สำหรับศาสนาที่มีพระเจ้า พระเจ้าคือธรรมชาติที่ใหญ่ที่สุด หรือจิตจักรวาลผู้สร้างธรรมชาติทั้งหมด การเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้าคือ การยกระดับจิตวิญญาณไปสู่สิ่งสูงสุด หรือ

ธรรมชาติ นั่นเอง ดังนั้น ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดขึ้นก็ตาม ทั้งความสมหวัง ความผิดหวัง ความทุกข์ หรือความสุข เราต้องใช้ปัญญาในการรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และเข้าใจในความไม่เที่ยงแท้แน่นอน เพื่อให้สามารถอยู่กับความเป็นจริงของชีวิตได้อย่างปกติสุข

สรุป

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องเริ่มจากการมีครอบครัวที่อบอุ่น ซึ่งการมีครอบครัวที่อบอุ่นเกิดจากการวางแผนครอบครัวและการเตรียมความพร้อมสำหรับการดำเนินชีวิตที่ดี การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เป็นกระบวนการหนึ่งของการวางแผนครอบครัว ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถมีความพร้อมได้ครบทุกด้าน แต่การเตรียมความพร้อมให้ได้มากที่สุด ย่อมดีกว่าการไม่เตรียมการใดเลย เมื่อคู่สมรสมีความรู้ มีความเข้าใจที่ถูกต้อง จะทำให้มีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้น แนวทางการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ที่เสนอไว้นี้ เป็นเพียงแนวทางกว้างๆ ในการให้การปรึกษา สำหรับในสถานการณ์จริงนั้น ผู้ให้การปรึกษาควรให้การปรึกษาที่เหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อให้การปรึกษามีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างสูงสุด นอกจากนี้ในกรณีที่คู่สมรส หรือคู่ครองที่ได้เตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์เป็นอย่างดีแล้ว แต่ยังไม่สามารถมีบุตรได้ ก็สามารถให้คำปรึกษาไปจนถึงเรื่องภาวะมีบุตรยากและการรักษาที่จะกล่าวในบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อุ่นใจ กออนันตกุล. การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง (High Risk Pregnancy). พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549. หน้า 3-11.
2. สุขิต เผ่าสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชุติวงศ์, ดำรง เหรียญประยูร, สุทัศน์ กลกิจโกวินทร์. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538. หน้า 152, 228.
3. นันทวรรณ นาวี, บรรณาธิการ. คลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2536. หน้า 235.
4. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลายเครียด, พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2546. หน้า 23-26.
5. พวงน้อย สาครรัตนกุล, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. กว่าจะเป็นแม่ คู่มือตั้งครรภ์คุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2543. หน้า 33-64.
6. พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. คู่มือสร้างกำลังใจให้ครอบครัว ภาวะมีบุตรยาก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2537. หน้า 9-13, 133-5.

7. พลินี เสริมสินสิริ, สุภกาญจน์ สว่างศรี, สมฤทัย เสือปาน, บรรณาธิการ. จากสุขภาพทางจิตวิญญาณสู่สุขภาพทางปัญญา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2546. หน้า 40.
8. จุมพล พูลภัทรชีวิน. การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. ใน: การประชุมสัมมนานำเสนอผลการศึกษาจากโครงการวิจัยเรื่องการวิจัยและพัฒนานำร่อง: การสร้างเสริมสุขภาวะในมิติของจิตวิญญาณ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2546.

บทที่ 12
สารอาหารสำคัญสำหรับการตั้งครรภ์

จุฑาวดี วุฒิวงศ์
วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์
ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง

คำนำ
ธาตุเหล็ก
โฟเลท
ไอโอดีน
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 12
สารอาหารสำคัญสำหรับการตั้งครรภ์

จุฑาวดี วุฒิวงศ์
วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์
ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง

คำนำ

สารอาหารมีความสำคัญอย่างมากสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากในระยะการตั้งครรภ์จะมีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ มากกว่าปกติ ดังนั้นความต้องการสารอาหารจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพร่างกายมารดา และพัฒนาการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สารอาหารที่สำคัญได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน แคลเซียม ธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟเลท และวิตามินชนิดต่างๆ

ภาวะขาดสารอาหาร (nutritional deficiency) ในสตรีวัยเจริญพันธุ์และขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากทำให้เกิดความพิการของทารก (เกิดภาวะทุพพลภาพ) และการเสียชีวิตของมารดาเป็นอย่างมาก ภาวะโภชนาการของสตรีทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผลการตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะขาดสารอาหารของมารดาไม่ว่าจะแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการให้เห็นทางคลินิก มีผลต่อการเจริญเติบโต การเรียนรู้ของทารก และภาวะการเจริญพันธุ์ในอนาคต นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของภาวะแวดล้อมทางโภชนาการภายในโพรงมดลูก ยังมีผลต่อการแสดงออกทางพันธุกรรมของทารก (fetal genome) ที่เรียกว่า “fetal programming” ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคบางโรคเมื่ออายุมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ (coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ความดันโลหิตสูง (hypertension) และโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (non-insulin dependent diabetes) [1] เป็นต้น ความผิดปกติที่เกิดจากการขาดสารอาหารอาจแสดงให้เห็นได้หลายรูปแบบ แต่ที่พบมากคือ ภาวะโลหิตจาง (anemia) ซึ่งพบว่าการเสริมธาตุเหล็กและโฟเลทขณะตั้งครรภ์จะสามารถลดการตายปริกำเนิด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (small for gestational age) และการคลอดก่อนกำหนด (premature delivery) [2, 3] ในขณะที่การเสริมโฟเลทในสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนการตั้งครรภ์จะป้องกันการเกิดภาวะความผิดปกติของหลอดประสาทของทารกในครรภ์ (neural tube defects : NTDs) ได้มากกว่าร้อยละ 50 และป้องกันการเกิดซ้ำได้มากกว่าร้อยละ 70 ส่วนการเสริมธาตุเหล็กจะป้องกันภาวะโลหิตจางและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ [4, 5]

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ภาวะขาดสารอาหารที่สำคัญในสตรีวัยเจริญพันธุ์และขณะตั้งครรภ์ คือ ภาวะขาดธาตุเหล็ก ไอโอดีน และโฟเลท ซึ่งในบทนี้จะเน้นสารอาหารที่สำคัญ 3 ชนิดนี้

ธาตุเหล็ก

ความสำคัญของธาตุเหล็ก

คำจำกัดความ ภาวะขาดธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกาย (iron store depletion) คือ serum ferritin น้อยกว่า 15 µg/L ในสตรีตั้งครรภ์ระดับ serum ferritin จะลดลง แต่ระดับที่น้อยกว่า 10-15 µg/L ยืนยันว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (ACOG 2008)[3]

อุบัติการณ์ ภาวะการขาดธาตุเหล็ก (iron-deficiency) และโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (iron-deficiency anemia) พบร้อยละ 30 ของประชากรทั่วโลก [5] โดยเฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์ในประเทศที่กำลังพัฒนามีความเสี่ยงที่จะมีการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งจะตามมาด้วยภาวะโลหิตจาง องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณว่าในประเทศที่กำลังพัฒนา สตรีที่ไม่ตั้งครรภ์อายุระหว่าง 15-59 ปีมีภาวะโลหิตจางถึงร้อยละ 43 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56 ในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งร้อยละ 41 อยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ [6] สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วก็ยังคงมีปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 10-22 ของสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ และร้อยละ 17-33 ของสตรีตั้งครรภ์ตามเชื้อชาติและสถานะทางสังคม ซึ่งมีอัตราการเกิดโลหิตจางเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะมีการเพิ่มธาตุเหล็ก (ilron fortification) ในแป้งสาลี แล้วก็ตาม [7]

สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการใช้ธาตุเหล็กระหว่างการตั้งครรภ์ประมาณ 1,000 มิลลิกรัม โดยใช้สำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และรก 300 มิลลิกรัม ขณะที่อีก 500 มิลลิกรัม ใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดงเนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของปริมาณพลาสมาในแม่ (maternal plasma volume) และที่เหลือ 200 มิลลิกรัม สูญเสียโดยการขับถ่ายของแม่ทางลำไส้ ปัสสาวะ และผิวหนัง ซึ่งเกือบทั้งหมดใช้หลังจากอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ โดยเฉลี่ยสตรีตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็ก 7 มิลลิกรัมต่อวัน [3, 8] ดังนั้นเพื่อให้ได้ธาตุเหล็กตามที่กล่าวแล้ว สตรีควรมีธาตุเหล็กสำรองอย่างน้อย 300 มิลลิกรัม ก่อนจะตั้งครรภ์ [9] มีสตรีเพียงส่วนน้อยที่มีธาตุเหล็กสะสม หรือได้รับจากอาหารเพียงพอ สตรีตั้งครรภ์ที่ขาดธาตุเหล็กจะเกิดการคลอดก่อนกำหนด (premature delivery) และการตายปริกำเนิด (perinatal mortality) เพิ่มขึ้น

ประโยชน์ของการให้ธาตุเหล็กเสริม (iron supplementation)

จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันสรุปได้ดังนี้

1. ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก มีหลักฐานยืนยันว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยเฉพาะในระยะแรกของการตั้งครรภ์และภาวะโลหิตจางจากทุกสาเหตุที่รุนแรงปานกลางหรือมาก (moderate or severe anemia) มีผลเสียต่อผลการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถ

ลดลงได้โดยการให้เสริมธาตุเหล็ก [7] ภาวะโลหิตจางขั้นรุนแรงเพิ่มอัตราตายของมารดาและทารก ทำให้ความสามารถในการทำงานและพัฒนาการของเด็กลดลง แต่ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่แสดงว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย การคลอดก่อนกำหนดหรือโรคติดเชื้อ และไม่มีหลักฐานเพียงพอว่าภาวะซีดเล็กน้อยและภาวะซีดปานกลาง (mild & moderate anemia) มีผลต่ออัตราตายของมารดาและทารก [7, 10, 11] อย่างไรก็ตามการศึกษาในเรื่องนี้ทำได้ยากโดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง เนื่องจากเหตุผลทางด้านจริยธรรมจึงต้องให้การรักษาในทันทีและ WHO รวมทั้งหน่วยงานอื่นแนะนำการเสริมธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย โดยไม่คำนึงถึงระดับฮีโมโกลบิน (Hb) หรือระดับธาตุเหล็ก

2. ผลของการให้ universal iron supplement ต่อน้ำหนักทารกและการคลอดก่อนกำหนดนั้นไม่มีผลแน่ชัดในประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ไม่มีความแตกต่างในสตรีที่ไม่มีภาวะโลหิตจางในระยะแรกของการตั้งครรภ์ [7] มีรายงานว่า เพิ่ม birth length และ mean ferritin concentration เมื่อทารกอายุ 3 และ 6 เดือน แต่ infant outcome อื่น เช่น perinatal death, low birth weight, small for gestational age, premature delivery และ Hb concentration เมื่ออายุ 3 และ 6 เดือน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ iron supplement [5]

3. ในกลุ่มประชากรที่มี prevalence ของการขาดธาตุเหล็กสูง การให้ธาตุเหล็กปริมาณน้อยร่วมกับวิตามินในระยะแรกของการตั้งครรภ์ (โดยเฉพาะถ้าร่วมกับการให้ supplement ก่อนการตั้งครรภ์) จะลดการเกิด น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ และการคลอดก่อนกำหนด [7, 12]

4. ในสตรีที่ไม่มีภาวะโลหิตจางและมีปริมาณธาตุเหล็กเพียงพอในช่วงกลางของการตั้งครรภ์ การให้ธาตุเหล็กปริมาณน้อยทุกวันตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือก่อนหน้านั้น จะมีผลดีต่อน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ และการคลอดก่อนกำหนด เช่นเดียวกับในกลุ่มที่ระดับ serum ferritin บ่งว่าขาด iron store และระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์โลหิตจางน้อยหรือปานกลาง [7]

ผลเสีย จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันการเสริมธาตุเหล็ก ไม่มีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ท้องผูก ถ้าได้รับธาตุเหล็กปริมาณมาก (120 มิลลิกรัม หรือมากกว่า) และอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับปริมาณ element iron ที่ ปล่อยเข้าสู่กระเพาะอาหาร ซึ่งอาการเหล่านี้จะลดลงถ้ารับประทานพร้อมอาหารหรือใช้ slow-release Form [10]

มีบางรายงานกล่าวถึง อาการแทรกซ้อนของการเสริมธาตุเหล็ก ที่อาจเกิดขึ้นตามทฤษฎี เช่น มี oxidative stress เพิ่มขึ้น หรือ impaired utero-placental blood flow ซึ่งเมื่อทำการศึกษาโดย randomized, double-blinded design แล้ว ไม่พบผลข้างเคียงนี้ [12]

ปริมาณที่แนะนำ american academy of pediatrics (AAP) และ american college of obstetricians and gynecologists (ACOG) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็ก (element Iron) 60 มิลลิกรัมต่อวัน และโฟเลท 400 ไมโครกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือน ถ้าได้รับในขณะตั้งครรภ์

ไม่ถึง 6 เดือน แนะนำให้ต่อหลังคลอดจนครบ หรือเพิ่มปริมาณเป็น 120 มิลลิกรัมต่อวันระหว่างตั้งครรภ์ แต่ถ้ามีการเสริมธาตุเหล็กในอาหารแล้ว แนะนำให้ธาตุเหล็กในปริมาณ 30 มิลลิกรัมต่อวัน [13]

ในระยะ 4 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ต้องการธาตุเหล็กปริมาณน้อย จึงไม่จำเป็นต้องให้ supplement ในระยะนี้ การงดธาตุเหล็กในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จะลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

สตรีตั้งครรภ์ที่โลหิตจางควรได้รับ element iron 200 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางและทดแทน iron store ในกรณีที่รับประทานไม่ได้ ใช้ parenteral therapy โดยฉีดทางหลอดเลือดดำ ซึ่ง ACOG (2008) แนะนำให้ใช้ ferrous sucrose จะปลอดภัยกว่า iron-dextran โดยการเพิ่มของ Hb ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะใช้วิธีรับประทานหรือฉีด รายที่โลหิตจางขั้นรุนแรงหลังจากแก้ไขภาวะโลหิตจางแล้วควรให้รับประทานธาตุเหล็กต่ออีก 3 เดือน เพื่อทดแทน iron store

ปฏิกิริยาของสารอาหารอื่นๆ กับธาตุเหล็ก พบว่า [5, 10]

- วิตามินซี เพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก
- ธาตุเหล็กปริมาณมากมีผลให้ปริมาณของสังกะสี (zinc) ลดลง
- การขาดวิตามิน เอ ทำให้เกิดโลหิตจางได้เนื่องจากรบกวนกับการนำธาตุเหล็กไปใช้
- ในขณะที่การขาดธาตุเหล็กจะทำให้เมตาบอลิซึม ของวิตามิน เอ และไอโอดีนบกพร่อง ซึ่งจะทำให้มีผลต่อประสิทธิผลของการให้วิตามิน เอ และ ไอโอดีน
- มีรายงานว่าการตรวจพบระดับของในเลือดต่ำ บางครั้งเกิดจากการขาดธาตุเหล็กหรือสังกะสี โดยไม่ได้เกิดจากการขาดวิตามิน เอ ซึ่งเมื่อเสริมธาตุเหล็กและสังกะสีจะทำให้ระดับ retinol สูงขึ้น
- การดูดซึมของธาตุเหล็ก ลดลงถ้าให้ร่วมกับ แคลเซียมหรือแมกนีเซียม

แหล่งของธาตุเหล็ก: เพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็ก ควรมีคำแนะนำการให้ธาตุเหล็กเสริมดังนี้

อาหาร : อาหารที่มีธาตุเหล็กมาก เช่น เนื้อสัตว์ ไก่ ปลา ไข่ ถั่ว (dried bean) ซึ่งธาตุเหล็กในอาหารที่ทำมาจากเนื้อสัตว์จะอยู่ในรูปของ heme ซึ่งดูดซึมง่ายกว่าที่อยู่ในผัก อย่างไรก็ตามธาตุเหล็กในอาหารจะดูดซึมยาก จึงมักไม่เพียงพอต่อความต้องการขณะตั้งครรภ์ [14] อาหารอื่นที่มีธาตุเหล็ก เช่น ตับทุกชนิด (ยกเว้นจากปลา) แต่ไม่ควรรับประทานตับเกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผักใบเขียว เต้าหู้ น้ำตาลที่ไม่ได้ฟอกสี เป็นต้น ตัวอย่างอาหารที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 0.5-1.5 mg : เนื้อไก่ 3 ออนซ์ ถั่วเขียว ½ ถ้วย น้ำมะเขือเทศ 6 ออนซ์ บรอคโคลี่ ½ ถ้วย ขนมปัง whole wheat 1 ชิ้น สตรอเบอรี่ 1 ถ้วย [14]

การเสริมธาตุเหล็กในอาหาร iron fortification : ที่ปลอดภัยและมี iron bioavailability ดี เช่น แป้ง น้ำตาล (ได้รับธาตุเหล็ก 4 mg/day) หรือน้ำปลา (ได้รับธาตุเหล็ก 10 mg/day) พบว่าได้ผลดี มีการเพิ่มขึ้นของการกักเก็บของธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญ [7]

ยาเม็ดธาตุเหล็ก iron tablet : ยาเม็ดที่มีอยู่ในท้องตลาดส่วนใหญ่มีปริมาณ element iron ประมาณ 60 mg โดยอยู่ในรูปของ ferrous sulfate, fumarate หรือ gluconate

ในสตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางแนะนำให้ ให้เสริมธาตุเหล็กในขนาดที่เหมาะสมคือ element iron 30-60 มิลลิกรัมต่อวัน [7, 8] ซึ่งมีปัญหาเรื่อง compliance ทำให้ไม่ได้รับในปริมาณที่พอเพียง จึงมีการศึกษาการให้ supplement สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้ iron 120 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ พบว่าได้ผลดีกว่าการให้รับประทานทุกวันในแง่ของประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่าย และความปลอดภัย โดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับ โฟเลท แต่มักใช้ในการป้องกันภาวะโลหิตจางมากกว่าการรักษา [7, 10, 15, 16]

โฟเลท

ความสำคัญของโฟเลท

สาเหตุของความพิการแต่กำเนิดมีหลากหลาย อาทิความผิดปกติของสารพันธุกรรม สารเคมี และโรคติดเชื้อ ทั้งนี้ในมุมมองจากการป้องกันนั้นมีสาเหตุสำคัญมากที่สามารถนำมาหาแนวทางป้องกันความพิการแต่กำเนิดได้คือ ภาวะโภชนาการ โดยการเสริมอาหารที่จำเป็นและสำคัญต่อการสร้างอวัยวะและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สารอาหารที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าการเสริมในหญิงวัยเจริญพันธุ์มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์ของความพิการแต่กำเนิดได้แก่ โฟเลท

โฟเลทเป็นสารอาหารซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของวิตามินบีที่ละลายน้ำได้ ทำหน้าที่เป็นโคเอ็นไซม์ในปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับกรดนิวคลีอิกและกรดอะมิโน เมตาบอลิซึมของโฟเลทมีความสำคัญในปฏิกิริยาการเพิ่มคาร์บอน 1 หน่วยให้สารตั้งต้นในกระบวนการสังเคราะห์สารพันธุกรรม (DNA, RNA) และโปรตีน โฟเลทเกี่ยวข้องกับการให้ การใช้ และการสะสม formate ในร่างกาย นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงกรดอะมิโน โดยสลับตำแหน่งของหมู่ต่างๆ ในโมเลกุลของกรดอะมิโน ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยน serine เป็น glycine ดังนั้น โฟเลทจึงมีความสำคัญในการแบ่งเซลล์ตามปกติ โฟเลทมีรูปแบบต่างๆ ได้แก่ กรดโฟลิก (folic acid) โฟเลท (folate) และอนุพันธุ์ของโฟเลท กรดโฟลิกมีชื่อทางเคมีคือ pteroylmonoglutamic acid ซึ่งเป็น oxidized form ที่เสถียรที่สุด โฟเลทพบปริมาณน้อยในอาหาร ส่วนใหญ่ถูกสังเคราะห์ขึ้นและเตรียมขึ้นในรูปยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โฟเลทที่อยู่ในอาหารธรรมชาติมีอยู่หลายอนุพันธ์ กรดโฟลิกที่เกิดจากการสังเคราะห์ถูกดูดซึมและนำไปใช้ได้ดีกว่าโฟเลทที่เกิดตามธรรมชาติ โฟเลทในอาหารมีคุณสมบัติละลายน้ำได้และไวต่อแสงและความร้อน ดังนั้นบางส่วนจึงถูกทำลายไปในสิ่งแวดล้อมและการปรุงอาหาร คุณสมบัติที่ถูกทำลายได้ง่ายนี้แตกต่างกันในแต่ละอนุพันธุ์ของโฟเลท บางประเทศมีการเสริมโฟเลทในอาหารธัญพืชและผลิตภัณฑ์ประเภทต่างๆ เช่น แป้งสาลี ข้าว ขนมปัง เพื่อให้ประชากรได้รับโฟเลทในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรหญิงวัยเจริญพันธุ์เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของทารกที่คลอดออกมา รวมไปถึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ [17, 18]

การขาดโฟเลทหรือไม่เพียงพอ

เนื่องจากโฟเลทมีความสำคัญสำหรับการสังเคราะห์ purine และ pyrimidine nucleotide ซึ่งจำเป็นสำหรับการลอกแบบ (replication) และการซ่อมแซม DNA ในเซลล์ รวมไปถึงการสังเคราะห์ RNA ด้วย นอกจากนี้โฟเลทยังจำเป็นในการสังเคราะห์ S-adenosylmethionine (SAM) ซึ่งเป็นตัวให้ methyl group ในปฏิกิริยา methylation ต่างๆ เช่น methylation ของ DNA base คือ cystoine ได้เป็น thymine เมื่อเกิดภาวะโฟเลทต่ำระดับโฟเลทในเซลล์ลดลง ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์จะหยุดชะงักโดยเฉพาะเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตเร็ว เช่น เซลล์เม็ดเลือดแดงในไขกระดูกทำให้สร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติและเกิดภาวะโลหิตจางชนิดที่เรียกว่า megaloblastic anemia ในแง่ความสัมพันธ์ของโฟเลทกับการเกิดโรคมะเร็งนั้น เมื่อมีโฟเลทในเลือดต่ำจะเพิ่มจุดอ่อนให้แก่ DNA และเพิ่มความเสี่ยงในการเข้าโจมตี DNA โดยสารก่อมะเร็งและไวรัสต่างๆ ที่สำคัญคือ ในการสร้างอวัยวะต่างๆ ของทารกในครรภ์ ซึ่งต้องมีการสร้าง DNA เพิ่มขึ้นมาก จำเป็นที่ทารกต้องมีโฟเลทเพียงพอ โดยโฟเลทเหล่านี้ได้จากมารดาผ่านรก ดังนั้นแม้หญิงวัยเจริญพันธุ์ส่วนหนึ่งจะมีระดับโฟเลทในเลือดเพียงพอต่อความต้องการของตนเอง แต่เมื่อตั้งครรภ์ก็ต้องการโฟเลทเพิ่มขึ้นอีก ภาวะโฟเลทไม่เพียงพอจึงเป็นความเสี่ยงของความพิการแต่กำเนิดหลายชนิด รวมทั้ง ภาวะความผิดปกติของหลอดประสาทของทารกในครรภ์ (neural tube defects : NTDS) ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และไขสันหลัง โดยปริมาณความต้องการโฟเลทของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ต้องการ 400 ไมโครกรัมต่อวัน และในหญิงตั้งครรภ์ต้องการ 600 ไมโครกรัมต่อวัน

สถานการณ์ความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย

ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนทารกที่คลอดปีละประมาณ 800,000 ราย โดยมีข้อมูลจากงานวิจัย ในทุกประเทศที่เคยมีการศึกษา เกี่ยวกับความพิการแต่กำเนิดที่พบความพิการชนิดรุนแรงอยู่ประมาณร้อยละ 3 คิดเป็นจำนวนทารกแรกเกิดไทย 24,000 ราย/ปี [18] ซึ่งวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งคือ การเสริมโฟเลทตั้งแต่ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ทั้งนี้ความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยได้แก่

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบร้อยละ 0.8 ของทารกแรกเกิดมีชีพ คิดเป็นจำนวนทารกแรกเกิด 6,400 ราย/ปี
2. ปากแหว่ง เพดานโหว่ พบร้อยละ 0.2 ของทารกแรกเกิดมีชีพ คิดเป็นจำนวนทารกแรกเกิด 1,600 ราย/ปี
3. ความพิการของสมองและไขสันหลัง พบร้อยละ 0.1 คิดเป็นจำนวนทารกแรกเกิด 800 ราย/ปี

ความพิการที่พบบ่อยทั้ง 3 กรณีดังกล่าวแล้ว บางส่วนมีสาเหตุจากการขาดโฟเลทตั้งแต่ระยะก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงสามารถป้องกันความพิการนี้ได้ด้วยการได้รับโฟเลทเพื่อแก้ไขภาวะขาดโฟเลทตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และระยะแรกของการตั้งครรภ์

ประสิทธิผลของการเสริมโฟเลทในการป้องกันความพิการแต่กำเนิด

ข้อมูลประสิทธิผลของการเสริมโฟเลทแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์นั้น จากการศึกษาพบว่าการเสริมกรดโฟลิกในช่วงก่อนการปฏิสนธิในขนาด 400 ไมโครกรัม/วัน จะสามารถลดความเสี่ยงของความพิการแต่กำเนิดโดยรวมในทารกแรกเกิดลงไปได้ 25 - 50% โดยมีผลกับระบบต่างๆ ดังนี้ [18 - 23]

- ลดความพิการของสมองและไขสันหลังลงไป 70% (การศึกษาที่เคยมีมาทุกการศึกษาในทุกเชื้อชาติให้ผลใกล้เคียงกัน รวมทั้งการศึกษา meta-analysis ล่าสุดในปี 2010 พบว่าการเสริมโฟเลทในสตรีก่อนตั้งครรภ์นั้น สามารถป้องกันความผิดปกติของสมองและไขสันหลังในครอบครัวที่ไม่เคยมีประวัติของความพิการแต่กำเนิดมาก่อนลงได้ 62% และสามารถลดโอกาสในการมีบุตรพิการซ้ำอีกได้ 70%)
- ลดความพิการของระบบหัวใจและหลอดเลือดลงไป 34 - 58%
- ลดความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ลงไป 30%
- ลดความพิการของแขน ขา ลงไป 46 - 81%
- ลดความพิการของระบบไตและทางเดินปัสสาวะลงไป 40 - 83%

เนื่องจากการสร้างหลอดประสาทจะเกิดขึ้นภายใน 1 เดือนหลังการปฏิสนธิ ดังนั้นช่วงเวลาการเสริมกรดโฟลิกให้ได้ผลต้องให้อย่างน้อย 1 เดือนก่อนปฏิสนธิจึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งประสิทธิภาพของโฟเลทเป็นที่แน่ชัด มาเป็นเวลานาน ถึงระดับที่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกประกาศและรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องและเสริมโฟเลทมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 รวมไปถึงอีกหลายประเทศทั่วโลกก็ได้มีการดำเนินมาตรการเพื่อเสริมกรดโฟลิกในอาหาร

ความสำคัญของการเสริมโฟเลทตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ [18]

ที่ผ่านมาการให้รับประทานโฟเลท หรือกรดโฟลิกในรูปของการสังเคราะห์ในยาเม็ดวิตามินต่างๆ ก็เพื่อป้องกันการขาดโฟเลทอันจะมีผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง แต่ในปัจจุบันได้มุ่งถึงการได้รับการเสริมกรดโฟลิกเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการป้องกันความพิการแต่กำเนิดของทารกอันเนื่องมาจากมารดามีระดับโฟเลทในระยะก่อนการตั้งครรภ์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกในครรภ์ซึ่งต้องใช้โฟเลทในการสร้าง DNA และอวัยวะต่างๆ หลักการสำคัญคือ การเสริมโฟเลทในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถจะตั้งครรภ์ได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับสารอาหารต่างๆ อย่างเพียงพออยู่แล้วก็ตามและทั้งนี้เนื่องจากพัฒนาการของสมองและระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังการปฏิสนธิ โดยหลอดประสาทจะปิดอย่างสมบูรณ์ในระหว่างสัปดาห์ที่ 3-4 หลังการปฏิสนธิ (วันที่ 21-28) ซึ่งปกติกว่าสตรีจะรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ โดยสังเกตจากประจำเดือนไม่มาตามกำหนด แล้วจึงไปพบแพทย์ก็ล่วงเข้าสัปดาห์ที่ 3 เป็นอย่างเร็วที่สุด การเริ่มรับประทานโฟเลทในระยะนี้จึงไม่ทันการณ์ ดังนั้นจึงควรให้ในระยะก่อนการตั้งครรภ์ในระยะตั้งแต่ 1-3 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้การเสริมโฟเลทอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด และภาวะครรภ์เป็นพิษอีกด้วย

เมื่อมีการตั้งครรภ์ ร่างกายของผู้หญิงจะมีความต้องการโฟเลทมากขึ้น คิดเป็นจำนวนประมาณ 2 เท่าของคนปกติ แต่ในขณะที่ร่างกายต้องการโฟเลทมากขึ้นแต่กลับพบว่าลำไส้ สามารถดูดซึมโฟเลทจากอาหารได้ลดลง และมีการสูญเสียทางปัสสาวะมากกว่าปกติ ทำให้พบการขาดโฟเลทในสตรีตั้งครรภ์ได้สูงกว่าคนทั่วไป มีการศึกษาพบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์จะมีระดับกรดโฟลิกในเลือดต่ำได้ถึง ร้อยละ 25 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของพัฒนาการของสมองและระบบประสาทของทารกในครรภ์

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าในสตรีไทยอายุระหว่าง 15-45 ปี ร้อยละ 65.5 มีระดับกรดโฟลิกในเลือดในปริมาณต่ำกว่าระดับที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการแต่กำเนิดของทารกได้ โฟเลทมีอยู่ในอาหารทั่วๆ ไป แต่ถูกทำลายด้วยความร้อน ถ้ารับประทานอาหารที่หุงต้มด้วยความร้อนนานๆ การลวกอาหาร อาจทำให้ได้รับโฟเลทไม่เพียงพอ อีกทั้ง การอุ่นอาหารซ้ำๆ จะทำให้มีการสูญเสียโฟเลทมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การนึ่งผักกะหล่ำ แครอท 20-60 นาที จะทำให้ปริมาณโฟเลทสูญเสียร้อยละ 90 การปรุงอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ทำให้ปริมาณโฟเลทสูญเสียร้อยละ 75-95 การปรุงอาหารประเภทปลา ไก่ ทำให้ปริมาณโฟเลทสูญเสียร้อยละ 60-70 และการหุงข้าวจะทำให้สูญเสียโฟเลท ร้อยละ 75 การที่ร่างกายจะนำโฟเลทไปใช้ได้นั้นแตกต่างกันไปตามชนิดอาหาร เช่น ในผักสลัด ไข่ ส้ม นำไปใช้ได้ ร้อยละ 25-50 ในตับ กล้วย ยีสต์ นำไปใช้ได้ ร้อยละ 50-96 นอกจากนี้การใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานานๆ อาจส่งผลให้ระดับโฟเลทในร่างกายต่ำได้ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยารักษาโรคลมชัก ยารักษามาลาเรีย ยายับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง อีกทั้งการบริโภคแอลกอฮอล์ ยังมีผลเสียต่อการดูดซึมและเมตาบอลิซึมของโฟเลทด้วย

ดังนั้นการได้รับโฟเลทจากการรับประทานอาหารนั้นมีโอกาสที่จะได้รับในปริมาณที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากโฟเลทเป็นวิตามินที่ถูกทำลายได้ด้วยความร้อน ถ้าปรุงอาหารด้วยความร้อนจะทำให้มีการสูญเสียโฟเลทได้ตั้งแต่ร้อยละ 50-95 นอกจากนี้โฟเลทที่มีในอาหารจะถูกดูดซึมได้น้อยกว่า โดยกรดโฟลิกที่สังเคราะห์ขึ้นมานั้นร่างกายสามารถดูดซึมได้ดีกว่าโฟเลทที่พบตามธรรมชาติในอาหารต่างๆ ดังนั้นการเสริมกรดโฟลิกในรูปของวิตามินเสริมโดยตรงจึงจะสามารถให้ผลที่ดีและมีความมั่นใจได้ว่าจะได้รับในปริมาณที่เพียงพอ

แนวทางการเสริมโฟเลท

ทั้งนี้จากหลักฐานที่แสดงถึงประสิทธิภาพของโฟเลทในการลดความพิการแต่กำเนิดเป็นที่แน่ชัดถึงระดับที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับประเทศของสหรัฐอเมริกาทั้ง Centers for Disease Control and Prevention (USCDC) และ public health service (USPHS) ได้ออกคำแนะนำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกคนที่สามารถมีบุตรได้ควรได้รับโฟลิกแอซิด ในปริมาณ 400 ไมโครกรัมต่อวัน มาตั้งแต่ปี ค.ศ.1992 เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความพิการจากกลุ่มอาการ neural tube defects เช่น spina bifida และ anencephaly เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกคำแนะนำเกี่ยวกับมาตรฐานในการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดในปี ค.ศ.2006 ให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เตรียมพร้อมจะตั้งครรภ์ควรได้รับ โฟลิกแอซิดวันละ 400 ไมโครกรัมเพื่อป้องกันภาวะหลอดประสาท

พิการ (NTDs) และความพิการแต่กำเนิดอื่น ๆ ของทารกแรกเกิด โดยให้กำหนดเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการเสริมโฟเลทอย่างเพียงพอและทั่วถึง รวมทั้งการให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับด้วย [17, 19 - 21, 24]

การเสริมโฟเลทให้เกิดประสิทธิผลในการป้องกันความพิการแต่กำเนิด ที่ชัดเจนคือการป้องกันภาวะหลอดประสาทไขสันหลังพิการนั้น จำเป็นต้องให้ผู้หญิงได้รับกรดโฟลิกเสริมอย่างน้อย 1 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ และเสริมติดต่อกันจนถึงอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามถึงแม้ความจำเป็นในการให้กรดโฟลิกในระยะหลัง 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์นั้นจะไม่มีประโยชน์ในการป้องกันหลอดประสาทไขสันหลังพิการหรือความพิการแต่กำเนิด แต่ก็ยังมีประโยชน์ในการป้องกันความผิดปกติอย่างอื่น เช่น ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น ซึ่งการให้โฟเลทเสริมในหญิงตั้งครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์นี้ the american academy of pediatrics และ the american college of obstetricians and gynecologists แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็ก (element iron) 60 มิลลิกรัมต่อวัน และโฟเลท 400 ไมโครกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือน ถ้าได้รับระหว่างตั้งครรภ์ไม่ถึง 6 เดือน แนะนำให้ต่อหลังคลอดจนครบ

โทษของการได้รับโฟเลทในปริมาณที่มากเกินความต้องการ

กรดโฟลิกเป็นวิตามินบีชนิดหนึ่งซึ่งละลายน้ำได้ดี ส่วนที่รับประทานเกินจะถูกขับออกทางปัสสาวะอย่างรวดเร็ว การศึกษาในประเทศแคนาดาซึ่งประชาชนได้รับโฟเลทเสริมในอาหารหลักเป็นระยะเวลานาน ไม่พบผลข้างเคียงใดๆ

อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยโรคขาดวิตามินบี 12 การกินโฟเลทปริมาณมากจะไปช่วยลดอาการของโรคขาดวิตามินบี 12 การบดบังอาการนี้ อาจทำให้โรคขาดวิตามินบี 12 ได้รับการวินิจฉัยช้าลง โดยจะตรวจพบโรคขาดวิตามินบี 12 เมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว

อีกประเด็นหนึ่ง คือ การที่หญิงวัยเจริญพันธุ์หรือหญิงตั้งครรภ์บางคนรับประทานโฟเลทเสริมในรูปวิตามินรวม ซึ่งมีวิตามินหลายชนิด รวมทั้งวิตามิน เอ ทั้งนี้การได้รับวิตามิน เอ ในปริมาณสูงอาจมีผลทำให้เกิดความพิการของสมองและไขสันหลัง อย่างไรก็ตาม ขนาดของวิตามิน เอ ที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์นั้นยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน โดยหลักฐานที่มีอยู่ สรุปได้ว่า วิตามิน เอ ในปริมาณที่มากกว่า 15,000 IU ต่อวัน อาจเสี่ยงต่อการเกิดความพิการในทารก ในขณะที่การได้รับวิตามิน เอ ในปริมาณที่น้อยกว่า 10,000 IU ต่อวันนั้นไม่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการในทารก

แหล่งอาหารของโฟเลท

โฟเลทเป็นสารอาหารที่มีมากในผักและผลไม้สด เช่น ดอกกะหล่ำ ดอกและใบกุยช่าย มะเขือเทศ ผักตระกูลกะหล่ำ แตงกวา หน่อไม้ฝรั่ง ถั่วฝักยาว ผลไม้พวกส้ม องุ่นเขียว สตรอเบอรี่ ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ได้แก่ ถั่วลิสง ถั่วแดงหลวง ถั่วเหลือง และตับ [18] แต่โฟเลทจะสูญเสียง่ายเมื่อถูกความร้อนที่ใช้เวลานานในการปรุง รวมทั้งเมื่อกินสู่ร่างกายแล้วสามารถนำไปใช้ได้ เพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ถ้ากินอาหารไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะไม่ได้กินผักและผลไม้สดในปริมาณที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายได้รับโฟเลทไม่เพียงพอกับความต้องการ ตัวอย่างอาหารที่มีโฟเลทดูได้จากตารางที่ 12-1

ตารางที่ 12-1 ตัวอย่างอาหารที่มีโฟเลท

อาหาร	ปริมาณอาหาร	ปริมาณโฟเลท (ไมโครกรัม)
ตับไก่	2 ช้อนกินข้าว	191.1
ตับวัว	2 ช้อนกินข้าว	95.4
ตับหมู	2 ช้อนกินข้าว	33.6
ถั่วเหลือง	2 ช้อนกินข้าว	53.7
ถั่วเขียว	2 ช้อนกินข้าว	45.9
ถั่วแดง	2 ช้อนกินข้าว	46.2
ดอกกุยช่าย	1 ทัพพี	56.6
ใบกุยช่าย	1 ทัพพี	29.0
หน่อไม้ฝรั่งสุก	1 ทัพพี	60.8
ตำลึง	1 ทัพพี	12.2
ขึ้นฉ่าย	1 ทัพพี	11.4
ผักกาดหอม	1 ทัพพี	37.8
ดอกกะหล่ำ	1 ทัพพี	22.6
ถั่วงอกหัวโต	1 ทัพพี	16.0
บรอคโคลี่	1 ทัพพี	17.0
มะเขือเทศ	1 ทัพพี	9.8
ทุเรียน	1 เม็ดกลาง	23.6
มะขามเทศ	4 - 6 ฝัก	31.2
ส้ม	2 ผลกลาง	70.0
องุ่น	7 เม็ดกลาง	5.5
สตรอเบอรี่	5 ผล	9.8

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553 [18]

ไอโอดีน

ความสำคัญของไอโอดีน

ไอโอดีน เป็นสารอาหารที่ร่างกายใช้ในการสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมนซึ่งทำหน้าที่ ควบคุมการทำงานของเซลล์ในร่างกายตลอดช่วงชีวิต ควบคุมการเจริญเติบโตอัตราการใช้พลังงานของร่างกาย และการทำงานของอวัยวะทุกระบบภายในร่างกายมนุษย์ ที่สำคัญคือเป็นสารอาหารที่จำเป็นในการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมองและระบบประสาทของทารกในครรภ์และเด็ก การขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์และในเด็กที่กำลังเจริญเติบโตนำมาซึ่งปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและพัฒนาการของเด็ก เนื่องจากสมองของคนเราจะมีการพัฒนาตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงคลอด และหลังคลอดอีก 1-2 ปี การพัฒนาสมองของทารกในครรภ์ต้องอาศัยธัยรอยด์ฮอร์โมนซึ่งมีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบ ทารกในครรภ์จะได้รับธัยรอยด์ฮอร์โมนจากแม่โดยผ่านทางสายสะดือและสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมนเองจากไอโอดีนที่ได้รับจากแม่ ดังนั้นถ้าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะขาดไอโอดีน ก็จะมีระดับธัยรอยด์ฮอร์โมนต่ำ เป็นผลให้ทารกในครรภ์มีระดับธัยรอยด์ฮอร์โมนต่ำเช่นกัน ทำให้พัฒนาการทางสมองของทารกในครรภ์ไม่เป็นไปตามที่ควรจะเป็น ส่งผลถึงสติปัญญาและพัฒนาการของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ขาดไอโอดีน ความรุนแรงของความผิดปกติทางสมองที่เกิดขึ้นนี้อาจมากจนทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนและความพิการหลายอย่างที่เรียกว่า “โรคเอ๋อ” (endemic cretinism) หรือเพียงแค่ไอคิวต่ำกว่าเด็กปกติ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการขาดไอโอดีนของแม่ขณะตั้งครรภ์และอายุครรภ์ที่ขาด ถ้าภาวะขาดไอโอดีนอยู่ในระดับรุนแรงและเกิดในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ความพิการทางสมองที่เกิดในทารกก็จะมาก และภาวะปัญญาอ่อนที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีนนี้เกิดตั้งแต่อยู่ในครรภ์และไม่สามารถรักษาได้ แต่สามารถป้องกันได้โดยการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่กำลังจะตั้งครรภ์และสตรีตั้งครรภ์ให้ได้รับไอโอดีนอย่างพอเพียง [25, 26]

การขาดไอโอดีนหรือไม่เพียงพอ

การขาดไอโอดีนในผู้ใหญ่ส่งผลต่อสมรรถภาพในการทำงาน อัตราการเต้นหัวใจต่ำ ความดันโลหิตตัวล่างสูง เชื่องช้า เซื่องซึม เฉื่อยชา มีความบกพร่องทางอารมณ์และจิตใจ ง่วงนอน ท้องผูก ผิวหนังและผมแห้ง ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการให้ไอโอดีนหรือธัยรอยด์ฮอร์โมน สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ขาดไอโอดีนรุนแรงจนมีธัยรอยด์ฮอร์โมนต่ำจะทำให้มีบุตรยากและมีอัตราการแท้งบุตรเพิ่มขึ้น ขณะตั้งครรภ์ระดับไอโอดีนของสตรีตั้งครรภ์จะลดลงตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์จากการเพิ่มขึ้นของ thyroid binding globulin ฮอร์โมนและสารที่สร้างจากรกการขับออกทางไตเพิ่มขึ้น 1.3 - 1.5 เท่า ในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์มีการส่งผ่านไอโอดีนจากแม่ไปยังรกและทารกในครรภ์ สิ่งเหล่านี้ทำให้สตรีที่มีการขาดไอโอดีน ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์เกิดการขาดที่รุนแรงขึ้นขณะตั้งครรภ์ ผลการขาดไอโอดีนในทารกทำให้เพิ่มอัตราตายของทารก ระดับสติปัญญาลดลง ปัญญาอ่อน การขาดไอโอดีนในมารดาและทารกทำให้เกิดความผิดปกติของระดับสติปัญญา การเจริญเติบโตของเซลล์สมองไม่สมบูรณ์ และพัฒนาการของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ร่างกายผิดปกติ ตัวเตี้ย พิการ เป็นใบ้ หูหนวก กล้ามเนื้อเกร็ง ความผิดปกติรุนแรง

มากน้อยตามความรุนแรง ระยะเวลาของการขาดไอโอดีน ดังกล่าวแล้วว่าการขาดไอโอดีนตั้งแต่อยู่ในครรภ์สมองของเด็กจะไม่พัฒนาตามที่ควรจะเป็น เช่น เด็กคนหนึ่งที่เกิดมาธรรมชาติให้ไอคิว (IQ: intelligent quotient) 150 จุด แต่ถ้าขาดไอโอดีน ไอคิวเด็กคนนั้นจะลดลงเหลือ 70-80 จุด (ค่าระดับเชาว์ปัญญาปกติ : IQ = 90-110 จุด) จากการศึกษาของหลายประเทศพบว่าโรคขาดสารไอโอดีนทำให้ระดับเชาว์ปัญญาของนักเรียนที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่ขาดสารไอโอดีนรุนแรงลดลงโดยเฉลี่ยถึง 13.5 จุด ในขณะที่การศึกษาในบริเวณที่มีการขาดไอโอดีนระดับน้อยหรือปานกลาง (ยุโรปตอนใต้) พบความผิดปกติทางพัฒนาการในเด็กนักเรียนที่มีลักษณะทางคลินิกเป็น euthyroid ค่าระดับเชาว์ปัญญาของเด็กไทย (พ.ศ. 2545) มีค่า 88 จุด ในขณะที่ประเทศแถบยุโรป อเมริกาเหนือ และตะวันออกไกลมีค่าระดับเชาว์ปัญญา 98-104 จุด ซึ่งอาจเป็นผลจากการขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์และเด็กวัยเจริญเติบโต

การวินิจฉัยภาวะขาดไอโอดีนอย่างรุนแรงมักทำได้ไม่ยากเพราะผู้ป่วยมักมีอาการแสดงทางคลินิกที่ชัดเจน เช่น ธัยรอยด์โต (คอพอก) แต่ผู้ที่มีการขาดในระดับน้อยหรือปานกลางจะไม่มีอาการทางคลินิก (subclinical) ต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นจึงจะวินิจฉัยได้ ซึ่งการตรวจนี้ไม่ได้ทำกันโดยทั่วไป สตรีวัยเจริญพันธุ์หรือตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ทำให้มีผลต่อพัฒนาการของสมองทารกในครรภ์และหลังคลอด แม้จะไม่รุนแรงถึงขั้นปัญญาอ่อน แต่ก็จะมีไอคิวลดต่ำลงกว่าที่ควร (ดูรายละเอียดในตารางที่ 12-2)

ตารางที่ 12-2 อาการแสดงของการขาดสารไอโอดีนในแต่ละกลุ่มประชากร

หญิงตั้งครรภ์	แท้ง คลอดก่อนกำหนด
ทารกในครรภ์	ตายคลอด ภาวะพิการแต่กำเนิด ถ้าเกิดรอดและเติบโตจะมีอาการผิดปกติทางสมอง มีการพัฒนาด้านประสาทบกพร่อง การพัฒนาด้านร่างกายด้อย ตัวเตี้ย แคระ แกร็น
ทารกแรกเกิด	ภาวะปัญญาอ่อน เจริญเติบโตช้า
เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น	ภาวะปัญญาอ่อน/ปัญญาทึบ การเจริญเติบโตช้า เรียนรู้ช้า
ผู้ใหญ่	ภาวะปัญญาอ่อน/ปัญญาทึบ/เฉื่อยชา/รับรู้ช้า/ทำงานช้า

สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย

จากการดำเนินการจัดทำระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้า โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กรมอนามัย โดยใช้ไอโอดีนในปัสสาวะเป็นตัวชี้วัด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้ [25]

- ก่อน พ.ศ. 2550 พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 100 g/L เกินร้อยละ 50 เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน
- ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 g/L เกินร้อยละ 50 เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน
- สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 ระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 g/L คิดเป็นร้อยละ 71.8, 61.3 และ 58.5 ตามลำดับ ซึ่งสูงเกินกว่าเกณฑ์ที่ WHO กำหนด นั่นหมายถึง ประเทศไทยยังมีปัญหาการได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายภาคในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 ระดับไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 g/L ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 75.9, 61.3 และ 64.6 ตามลำดับ ภาคกลางคิดเป็น 73.3, 71.2 และ 61.6 ตามลำดับ ภาคเหนือ คิดเป็น ร้อยละ 66.5, 64.1 และ 55.3 ตามลำดับ ภาคใต้คิดเป็นร้อยละ 68, 43.3 และ 53.5 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าใน 3 ปีที่ผ่านมาทุกภาคยังประสบปัญหาการขาดสารไอโอดีนโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ยกเว้นภาคใต้ในปี พ.ศ. 2550 แม้ว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนมีแนวโน้มที่น้อยลงในแต่ละปี แต่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ เพราะแต่ละพื้นที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 g/L เกินร้อยละ 50

ปริมาณการเสริมไอโอดีน [19 - 23, 27 - 29]

จากคำแนะนำของ US recommended dietary allowance (RDA) และ WHO

- ผู้ใหญ่อายุ 18 ปีหรือมากกว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ ควรได้รับ 150 ไมโครกรัมต่อวัน (สูงสุด 1,100 ไมโครกรัมต่อวัน)
- สตรีตั้งครรภ์ 200-250 ไมโครกรัมต่อวัน (ไม่เกิน 500 ไมโครกรัมต่อวัน เพราะจะมีผลต่อการทำงานของต่อมธัยรอยด์ของมารดาและทารกในครรภ์)
- ขณะให้นมบุตร 250-290 ไมโครกรัมต่อวัน (ไม่เกิน 500 ไมโครกรัมต่อวัน)
- ผู้ที่มีภาวะขาดไอโอดีน 200 มิลลิกรัมต่อวัน

ประโยชน์ของการให้ไอโอดีนเสริมในหญิงตั้งครรภ์

- ป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อนที่เกิดจากการขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์
- ลดการเกิด endemic cretinism เมื่ออายุ 4 ปีลงร้อยละ 73
- ลดการเสียชีวิตของทารกและเด็ก (infant and early childhood death) ร้อยละ 29

ผลเสียของการให้ไอโอดีนเสริมในหญิงตั้งครรภ์

- ไอโอดีนอยู่ใน category B จึงมีความปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์
- การให้ในขนาดสูง (มากกว่า 1,000 ไมโครกรัมต่อวัน) เป็นเวลานาน อาจทำให้เกิด hypothyroidism ของมารดาและคอพอกของทารกในครรภ์

แหล่งของไอโอดีน

- อาหารในธรรมชาติ พบมากใน อาหารทะเล สาหร่าย ธัญพืช
- เกลือเม็ด ที่มีการเสริมไอโอดีน
- อาหาร น้ำ เครื่องปรุง ที่มีการเสริมไอโอดีน
- ยาเม็ด ที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน

แนะนำว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารที่มีไอโอดีนสูง การปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีน และการเสริมด้วยยาเม็ดที่มีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบเพื่อป้องกันและแก้ไขการขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์

ผลของวิตามินและแร่ธาตุอื่นต่อการขาดไอโอดีน

- ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีผลต่อการรักษาการขาดไอโอดีน ทำให้การให้ไอโอดีนไม่ได้ผล
- การขาดธาตุซีลีเนียม (selenium) จะ exacerbate effect ของการขาดไอโอดีน ดังนั้นหากให้ไอโอดีนแล้วไม่สามารถแก้ไขการขาดไอโอดีนได้ อาจต้องพิจารณาหาสาเหตุอื่นร่วมด้วย

การแก้ไขการขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์เป็นการป้องกันสาเหตุของการเกิดปัญญาอ่อนในทารกที่สามารถทำได้ จะได้ผลดีที่สุดคือแก้ไขก่อนการปฏิสนธิหรืออย่างช้าที่สุดใน 20 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ หลังจากนั้นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถแก้ไขได้ การที่สตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ได้รับไอโอดีนที่เพียงพอเท่านั้นจึงจะป้องกันภาวะนี้ได้ การรณรงค์การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เกลือเสริมไอโอดีน การใช้เกลือเสริมไอโอดีนในอาหารคนและสัตว์ (USI) และยาเม็ดที่มีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบในระหว่างที่ดำเนินการแนวทางใช้ USI

ไอโอดีนจัดเป็นสารอาหารประเภทแร่ธาตุ มีมากในพืชและสัตว์ทะเล เช่น ปลาทะเลชนิดต่างๆ สาหร่ายทะเล มีแหล่งอาหารที่มีไอโอดีน ดูตารางที่ 12-3

ตารางที่ 12-3 แหล่งอาหารที่มีไอโอดีน [18]

อาหาร	ปริมาณอาหาร	ปริมาณไอโอดีน (ไมโครกรัม)
ปลาสีกุน	2 ช้อนกินข้าว	12.4
ปลาทูนึ่ง	2 ช้อนกินข้าว	8.5
ปลากระบอก	2 ช้อนกินข้าว	4.7
กุ้งทะเลตัวเล็ก	2 ช้อนกินข้าว	19.9
สาหร่ายผมนางสด	2 ช้อนกินข้าว	3.8
สาหร่ายแห้ง (สำหรับทำแกงจืด)	2 ช้อนกินข้าว	6.0
เกลือเสริมไอโอดีน	1 ช้อนชา	150

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553 [18]

สรุป

ภาวะขาดสารอาหารในสตรีวัยเจริญพันธุ์และขณะตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน การเสริมสารอาหารธาตุเหล็ก โฟเลท และไอโอดีน เป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจาง ภาวะความผิดปกติของทารก รวมทั้งภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาของทารก สตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับธาตุเหล็ก 30-60 มิลลิกรัม/วัน โฟเลท 400-600 ไมโครกรัม/วัน และไอโอดีน 150-250 ไมโครกรัม/วัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์และเพื่อช่วยป้องกันภาวะเสี่ยงต่างๆ ของทารกที่จะคลอดออกมาอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Barker DJ, Clark PM. Fetal undernutrition and disease in later life. Rev Reprod 1997; 2(2): 105 - 12.
2. Scotland NE. Maternal nutrition. In: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR. Creasy & Resnik's Maternal-fetal-medicine: principle and practice. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2009. p 143-50.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Stong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw – Hill; 2010. p 1079 - 103.

4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Stong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw - Hill; 2010. p 174 - 88.
5. Yakoob MY, Khan YP, Bhutta ZA. Maternal mineral and vitamin supplementation in pregnancy. Expert Review of Obstetrics & Gynecology CME. 2010. Availablefrom: http://www.expert–reviews.com/doi/abs/10.1586/eog.10.8
6. United Nations Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition, International Food Policy Research Institute. 4th Report on the World Nutrition Situation. Nutrition throughout the life cycle. January 2000; Geneva, Switzerland. Availablefrom: http://www.unsystem.org/scn/Publications/4RWNS/4rwns.pdf. Accessed October 27, 2005.
7. Viteri FE, Berger J. Important of pre-pregnancy and pregnancy iron status: Can long-term weekly preventive iron and folic acid supplementation achieve desirable and safe status?. Nutrition Reviews 2005; 12: S65-76.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Stong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw – Hill; 2010. p 189 - 214.
9. Fernandez-Ballart J. Iron metabolism during pregnancy. Clin Drug Invest 2000; 19 (suppl 1): 9-19.
10. Allen LH. Iron supplements: Scientific issues concerning efficacy and implications for research and programs. J Nutri 2002; 132: 813-9S.
11. Pena-Rosas JP, Vitri FE. Effects and safety of preventive oral iron or iron + folic acid supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst. Rev.4, CD004736 (2009). **Comprehensive review of iron supplementation during pregnancy, with different outcomes reported and the latest recommendations on iron supplementation.
12. Schooll TO, Reilly T. Anemia, iron and pregnancy outcome. Journal of Nutrition 2000; 443S-7S.
13. Subcommittee on Nutritional Status and Weight Gain During Pregnancy. Subcommittee on Dietary Intake and Nutrient Supplements During Pregnancy and Lactation, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Nutrition during pregnancy. Washington DC: National Academy Press; 1990.
14. Health care specialists at UCSF Medical Center. Iron and anemia in pregnancy. Available fromhttp://www.ucsfhealth.org/.../iron_and_anemia_in_pregnancy/index.html.

15. Cavalli-Sforza T. Effectiveness of weekly iron-folic acid supplementation to prevent and control anemia among women of reproductive age in three Asian countries: Development of the master protocol and implementation plan. Nutrition Reviews 2005; 63: 77-80S.
16. Smitasiri S, Solon FS. Implementing preventive iron-folic supplementation among women of reproductive age in some western Pacific countries: Possibilities and challenges. Nutrition Reviews 2005; 63: 81-6S.
17. กัญญา ศุภปีติพร, วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์. กรดโฟลิกกับความพิการแต่กำเนิด. วารสารกุมารเวชศาสตร์ กรกฎาคม-กันยายน 2550
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานลูกครบ 32 สมองดี เริ่มต้นที่ 6 สัปดาห์ก่อนตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
19. Botto LD, Olney RS, Erickson JD. Vitamin supplements and the risk for congenital anomalies other than neural tube defects. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2004;125 (1): 12 - 21.
20. Czeizel AE. Periconceptional folic acid containing multivitamin supplementation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998;78(2):151-161.
21. Rose NC, Meunuti MT. Periconceptional folate supplementation and neural tube defects.Clin Obset Gynecol 1994; 37: 685.
22. Scheuerle J, Guilford AM, Habal MB, Abdoney M, Boothby R, Frans N, Ford C, Constatine J. Cleft palate: modern technology and neuroscience merge. J Craniofac Surg 2000;11(1): 66-70.
23. Wilcox AJ, Lie RT, Solvoll K, Taylor J, McConnaughey DR, Abyholm F, Vindenes H,Vollset SE, Drevon CA. Folic acid supplements and risk of facial clefts: national populations based case-control study. Bmj 2007; 334 (7591): 464.
24. คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ปริมาณสารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
25. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 2549-2551. [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2552]: เข้าถึงได้จาก: http://nutrition.anamai. moph.go.th/
26. รัชตะ รัชตะนาวิน. สารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์: ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย. บรรยายการประชุมเรื่อง “การพัฒนานวัตกรรมงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต” ม.ป.ท. 2552.

27. O Donnell JK, Rakeman MA, Zhi-Hong D, Xue-Yi C, Mei ZY, DeLong N, Brenner G, Tai M, Dong W, DeLong GR. Effect of iodine supplementation during pregnancy on child growth and development at school age. Developmental Medicine & Child Neurology 2007; 44: p 76-81.
28. Zimmermann M, Delange F. Iodine supplementation of pregnant women in Europe: a review and recommendations. Eur J Clin Nutr 2004; 58: p 979-84.
29. Glinoer D. The regulation of thyroid function during normal pregnancy: importance of the iodine nutrition status. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2004; 18(2) : p.133-52.

ส่วนที่ 3

ปกิณกะ

บทที่ 13
ภาวะมีบุตรยากและการรักษา

ภารดี ชาญสมร
จิตติมา มโนนัย
กฤษณ์ พันตรา

คำนำ

ความหมายและประเภทของภาวะมีบุตรยาก

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ไม่ตั้งครรภ์

การดูแลแก้ไขและการรักษาภาวะมีบุตรยาก

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 13
ภาวะมีบุตรยากและการรักษา

ภารดี ชาญสมร
จิตติมา มโนนัย
กฤษณ์ พันตรา

คำนำ

การมีบุตรเป็นความหวังของเกือบทุกครอบครัว รวมทั้งเป็นเรื่องธรรมชาติในทุกสังคม ที่มักมีคำถามกับผู้ที่แต่งงานแล้วอยู่กินกันว่า “มีลูกกี่คน” “ทำไมยังไม่มีลูก” ยังมีความเชื่อว่าเป็นความสามารถของคู่สมรสด้วยประโยค “ทำไม่เป็น” สร้างความเครียดให้กับคู่สมรส การมีบุตรยากอาจดูเหมือนจะเป็นปัญหาระดับครอบครัว แต่ถ้าพิจารณาให้ถ่องแท้ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศ การมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ส่งผลให้สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ซึ่งอาจเป็นผลจากสถานการณ์การแต่งงานช้า ที่มีเหตุจากการอยู่ในระบบการศึกษานาน สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ชายหญิงจำนวนไม่น้อยอยู่ร่วมกันด้วยความสมัครใจโดยไม่สนใจเรื่องการมีบุตรสืบสกุล และคู่สมรสที่มุ่งสร้างฐานะและเห็นปัญหาสังคมในปัจจุบันตัดสินใจไม่ต้องการมีบุตร ฯลฯ ดังนั้น ความรู้เรื่องสาเหตุ ปัจจัยการดูแลและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในเบื้องต้น จะเป็นข้อมูลในการให้การปรึกษาคู่สมรสเรื่องการตั้งครรภ์และมีบุตร การรักษาผู้มีบุตรยากในเบื้องต้น จึงเป็นงานส่งเสริมสุขภาพเชิงการป้องกันที่จำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจวางแผนการมีบุตรของคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ได้อย่างมีคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดการตามแก้ปัญหาเรื่องการมีบุตรยากในอนาคต

ความหมายของภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยาก [1 - 3] หมายถึง การที่คู่สามีภรรยาไม่สามารถมีบุตรได้ภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ได้คุมกำเนิด เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ตามปกติคู่สามีภรรยาที่มีเพศสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 86-94 จะตั้งครรภ์ภายใน 12 เดือน [4] คำว่ามีบุตรยาก ไม่ได้หมายความว่าไม่มีโอกาสมีบุตรได้ แต่หมายความว่ามีโอกาสมีบุตรน้อยกว่าปกติ หรือช้ากว่าปกติ สำหรับสตรีที่อายุมากกว่า 30-35 ปี ถ้ามีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอไม่ได้คุมกำเนิด ภายในเวลา 6 เดือน แต่ไม่ตั้งครรภ์ ถือว่าอยู่ในภาวะมีบุตรยาก จึงควรรีบตรวจหาความผิดปกติเพื่อช่วยให้มีบุตรเร็วขึ้น เนื่องจากยิ่งอายุมากความสามารถมีบุตรยิ่งลดลง โดยเฉลี่ยพบคู่สมรสมีบุตรยากประมาณ 1 ใน 6 ของคู่สมรสทั้งหมดและคาดว่ามีคู่สมรสที่มีบุตรยากประมาณ 80 ล้านคู่ทั่วโลก [5]

จากการสำรวจประชาชนไทยอายุระหว่าง 15-59 ปี ทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2552 มีคู่สมรสที่มีปัญหาเรื่องมีบุตรยากร้อยละ 11 เพศหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาภาวะมีบุตรยากสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 13.1 สำหรับกรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 8.5 [6]

ประเภทของภาวะมีบุตรยาก

แบ่งออกเป็น 2 แบบ [2]

1. แบบปฐมภูมิ (primary infertility) หมายถึง การที่ภรรยาของคู่สมรสไม่เคยตั้งครรภ์เลยตั้งแต่สมรส หรืออยู่ร่วมกันแล้วอย่างน้อย 1 ปี

2. แบบทุติยภูมิ (secondary infertility) หมายถึง คู่สมรสที่เคยมีบุตรแล้ว แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์อีกได้ รวมทั้งการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic gestations) การแท้งซ้ำ (recurrent abortions)

พบว่า ในประเทศที่กำลังพัฒนา (developing countries) หนึ่งในสี่ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว มีบุตรยากทั้งแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ [4]

ปัจจัยสำคัญต่อการตั้งครรภ์

1. ฝ่ายชายมีการสร้างเชื้ออสุจิและน้ำอสุจิ ทั้งจำนวน การเคลื่อนไหว รูปร่าง ปกติและสมบูรณ์ มีการแข็งตัวขององคชาติ สามารถสอดใส่องคชาติและสามารถหลั่งน้ำอสุจิในช่องคลอดได้ ปริมาณปกติของการหลั่งน้ำอสุจิแต่ละครั้ง ประมาณ 2 มิลลิลิตร

2. ฝ่ายหญิงมีการตกไข่ มีท่อนำไข่ปกติ เพื่อให้ตัวอ่อนเดินทางไปฝังตัวในโพรงมดลูกที่ปกติ

3. มีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่มี หรือใกล้มีการตกไข่ เนื่องจากไข่มีอายุประมาณ 6-24 ชั่วโมง หลังจากที่ตกออกมาจากรังไข่ และตัวอสุจิมีอายุประมาณ 24-48 ชั่วโมง ที่จะสามารถปฏิสนธิกันได้หลังจากหลั่งออกมาจากร่างกาย

ปัจจัยสนับสนุนการมีบุตรยาก

อายุของหญิง ชายที่สมรส ยิ่งอายุมากภาวะเจริญพันธุ์จะลดลง ความสามารถในการตั้งครรภ์หรือสนับสนุนให้เกิดการตั้งครรภ์ สูงสุดที่อายุ 20-25 ปี

1. มีประวัติหรือเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการอักเสบของระบบสืบพันธุ์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted disease) ทั้งฝ่ายหญิงและชาย การทำแท้ง อาจจะทำให้ท่อนำไข่อักเสบและตีบตัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการตีบตันของท่อนำไข่ในฝ่ายหญิง และเกิดการอุดตันของท่อนำอสุจิในฝ่ายชาย

2. การใช้วิธีคุมกำเนิดเป็นเวลานาน เช่น การฉีดยาคุมกำเนิด พบว่า บางรายทำให้การตกไข่กลับมาล่าช้า

3. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ไม่ตั้งครรภ์

การมีบุตรยาก สาเหตุเกิดจากฝ่ายชายร้อยละ 40 ฝ่ายหญิงร้อยละ 40 หรือทั้งสองฝ่ายร้อยละ 10

สาเหตุที่เกิดจากฝ่ายชาย ได้แก่

1. การสร้างเชื้ออสุจิผิดปกติ ทำให้ไม่มีเชื้ออสุจิ จำนวนเชื้ออสุจิน้อย หรือได้เชื้ออสุจิที่ไม่สมบูรณ์ รูปร่างผิดปกติ หรือมีการเคลื่อนไหวน้อยจนไม่สามารถปฏิสนธิกับไข่ได้ ซึ่งเกิดได้จากเส้นเลือดขอดที่ถุงอัณฑะ ลูกอัณฑะไม่ลงมาในถุงอัณฑะ (ปกติอุณหภูมิของอัณฑะต่ำกว่าอุณหภูมิภายในช่องท้อง) ทำให้เกิดอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมกับกระบวนการสร้างตัวอสุจิ หรือโรคทางระบบต่อมไร้ท่อที่ผลิตฮอร์โมนเป็นส่วนสำคัญต่อการควบคุมกระบวนการทำงานของระบบสืบพันธุ์

2. การขนส่งเชื้ออสุจิผิดปกติ การอุดตันของท่อนำเชื้ออสุจิ จากความพิการมาแต่กำเนิด การเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์ เช่น โรคคางทูมที่มีการอักเสบที่อัณฑะ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีผลต่อท่อทางเดินอสุจิ หรือการทำหมันชายซึ่งเป็นการผูกตัดท่อทางเดินอสุจิ

3. การมีเพศสัมพันธ์และการหลั่งน้ำเชื้อที่ผิดปกติ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์และช่วงเวลาที่ไม่ตรงกับระยะตกไข่ ภาวะที่ไม่สามารถหลั่งน้ำอสุจิในช่องคลอดของฝ่ายหญิงได้ แต่สามารถหลั่งน้ำอสุจิได้จากการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ซึ่งอาจมีสาเหตุจากด้านจิตใจ หรือร่างกาย

4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความร้อน สารเคมี ความเครียดจากการทำงาน โรคประจำตัว

สาเหตุที่เกิดจากฝ่ายหญิง ได้แก่

1. ความผิดปกติของการสร้างไข่หรือการตกไข่ ความผิดปกติของสมองส่วนไฮโปธาลามัสหรือต่อมใต้สมอง ทำให้ไม่มีการตกไข่ การเสื่อมหน้าที่ของรังไข่มักแสดงออกโดยความผิดปกติของประจำเดือน เช่น ขาดประจำเดือน ประจำเดือนมาช้า ความผิดปกติที่รังไข่ เช่น รังไข่ไม่มีการตกไข่ รังไข่เสื่อมจากการติดเชื้อ สารเคมี รังสี การผ่าตัดหรืออายุมาก และโรคทางระบบต่อมไร้ท่ออื่นๆ

2. ความผิดปกติของอุ้งเชิงกรานและท่อนำไข่ เกิดพังผืดในอุ้งเชิงกราน ที่อาจเกิดจากภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่และช่องคลอด เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ในอุ้งเชิงกราน และการแก้ไขการทำหมันหญิง ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลับมาตั้งครรภ์ยากได้

3. ความผิดปกติที่ปากมดลูกและมดลูก ปากมดลูกผิดปกติ รูปากมดลูกตีบตัน ทำให้เชื้ออสุจิไม่สามารถผ่านเข้าไปได้ ช่องคลอดมีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก พังผืดในโพรงมดลูกทำให้ตัวอ่อนฝังตัวไม่ได้

4. ปัจจัยอื่นๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ห่างเกินไป ความเครียด โรคประจำตัว

การดูแล แก้ไขและรักษาภาวะมีบุตรยาก

การให้ความรู้ ความตระหนักและการวางแผนการมีบุตรแก่คู่สมรสชายหญิง จะเป็นการดูแลเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเข้าสู่ภาวะมีบุตรยาก ที่เป็นเรื่องที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อน ความอดทนและความตั้งใจจริงของคู่สมรสในการดำเนินการรักษา การดูแลรักษาในเบื้องต้นเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้คำแนะนำได้ โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ยุ่งยาก การดูแล และแก้ไขภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น

ในลำดับแรกการดูแลแก้ไขภาวะมีบุตรยากควรเริ่มต้นที่การหาสาเหตุ สำหรับคู่สมรสที่อายุไม่เกิน 35 ปี และแต่งงานยังไม่ถึง 1 ปี ที่ได้รับการซักประวัติต่างๆ แล้วไม่พบความผิดปกติจากการซักประวัติว่าจะเป็นสาเหตุของการมีบุตรยาก ควรได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติด้วยวิธีการต่างๆ ดังต่อไปนี้ [7]

1. วิธีนับวัน (calendar method) เพื่อหาวันตกไข่
2. สังเกตการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย (basal body temperature = BBT)
3. สังเกตมูกที่ปากมดลูก (cervical mucus method)

1. วิธีนับวัน (calendar method)

วิธีนี้อาศัยหลักการทางสรีรวิทยา 3 ประการ คือ

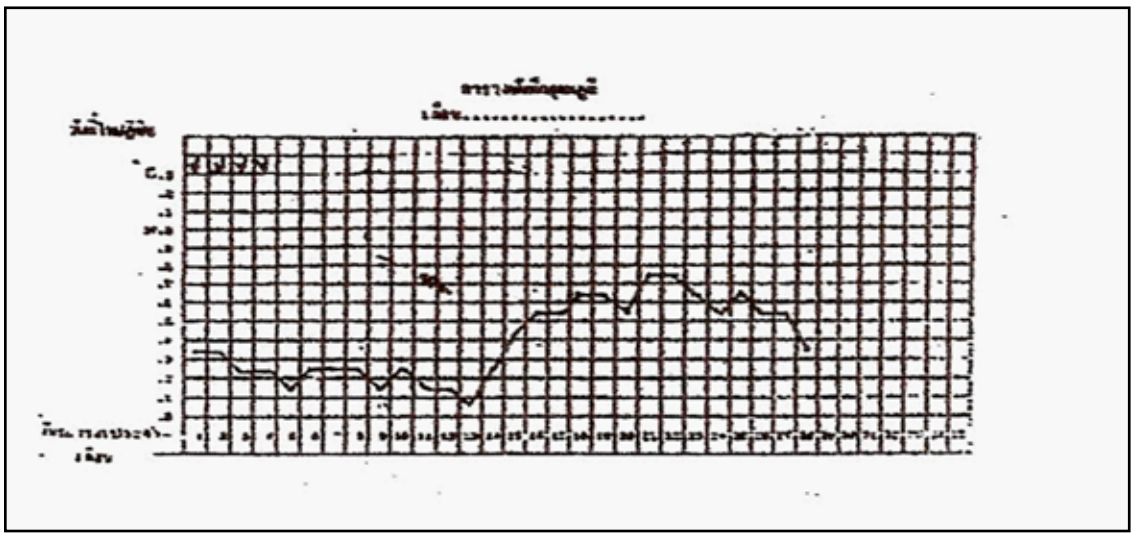
1. การตกไข่จะเกิดขึ้นประมาณ วันที่ 14 ± 2 วันก่อนวันที่มีประจำเดือนครั้งต่อไป
2. ไข่ที่ตกแล้ว จะอยู่ได้เพียง 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นไม่สามารถปฏิสนธิได้
3. ตัวอสุจิจะอยู่ได้ 2-3 วัน

วิธีนี้ใช้ได้ดีในกรณีสตรีผู้นั้นมีรอบประจำเดือนสม่ำเสมอเท่านั้น การที่มีไข่ตกประมาณวันที่ 14±2 ก่อนที่มีประจำเดือนครั้งต่อไป หมายความว่า ถ้าต้องการมีบุตรจะต้องร่วมเพศในระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งมีเวลาประมาณ 5 วันเท่านั้นใน 1 รอบเดือน ควรร่วมเพศระหว่างวันที่ 12-16 ก่อนรอบระดูต่อไป เพื่อให้ตัวอสุจิมีโอกาสพบกับไข่ จะทำให้มีโอกาสเกิดการปฏิสนธิได้

2. การสังเกตการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย (basal body temperature = BBT)

ลักษณะของ BBT ในรายที่มีไข่ตก จะมีรูปแบบที่เรียกว่า biphasic curve หรือก่อนการตกไข่ BBT จะต่ำลงเล็กน้อย หลังไข่ตก BBT จะสูงขึ้นทันทีจะมองเห็นชัดเจน ง่ายต่อการแปลผล ดังรูปที่ 13-1

แต่ในบางรายอุณหภูมิค่อยๆขึ้น ทำให้ยากในการที่จะแปลผลว่ามีตกไข่หรือไม่ สำหรับลักษณะของ BBT ในรายที่ไม่มีไข่ตก อุณหภูมิจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่มีการเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนของ BBT แต่อย่างใด [2]



รูปที่ 13-1 กราฟการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย [2]

3. การสังเกตมูกที่ปากมดลูก

วิธีนี้ใช้ได้ดี แม้ว่าจะมีวงจรประจำเดือนสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ การสังเกตมูกให้ได้ผล ควรจัดทำบันทึกประจำวัน สังเกตทุกวันและลงบันทึกไว้ และควรสังเกตการเปลี่ยนแปลงของมูกควรบันทึกอย่างน้อย 1 รอบประจำเดือน

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกและมูกบริเวณปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งคุณลักษณะและปริมาณ ตามระดับของฮอร์โมนโดยเฉพาะเอสโตรเจน ดังลักษณะต่อไปนี้

ตารางที่ 13-1 ลักษณะมูกในวันที่ต่างๆ ของรอบเดือน

วันที่ 1-5	วันที่ 6-10	วันที่ 11-13	วันที่ 14-17	วันที่ 18-21	วันที่ 21-30
มีประจำเดือน	หลังหมดประจำเดือนใหม่ๆ ไม่มีมูกหรือมีเล็กน้อยรู้สึกแห้ง	ก่อนวันไข่ตกมีมูกมากขึ้น สีขาวหรือเหลืองขุ่นๆ เหนียว รู้สึกเปียกชื้น	ก่อนวันไข่ตกมีมูกมาก ใส ลื่น คล้ายไข่ขาวดิบ มูกสามารถยืดได้ยาว 6 ซม. รู้สึกชื้นและลื่นควรร่วมเพศในระยะนี้	หลังไข่ตก มูกน้อยลงขุ่นข้นยืดเป็นเส้นไม่ได้รู้สึกแฉะ	แห้งไม่ค่อยมีมูกแต่ถ้าใกล้จะมีประจำเดือนรอบต่อไปจะมีมูกเป็นน้ำใสๆได้

วิธีการตรวจดูมูกจากปากมดลูก โดยการสอดนิ้วที่สะอาด เข้าไปในช่องคลอดเอามูกออกมาดู ทุกวัน และต้องแยกจากน้ำอสุจิ ยาหล่อลื่น ยาเหน็บช่องคลอด หรือระดูขาวที่เกิดจากการอักเสบ สำหรับสตรีที่ใช้วิธีสวนล้างช่องคลอดเป็นประจำจะไม่สามารถบอกลักษณะของมูกจากปากมดลูกว่าอยู่ในระยะใดได้ และทำให้ภาวะความเป็นกรด ด่างในช่องคลอดเสียไป ซึ่งไม่เอื้ออำนวยให้อสุจิเดินทางไปพบไข่ จึงทำให้เป็นสาเหตุของการมีบุตรยากได้ ดังนั้นจึงไม่ควรสวนล้างช่องคลอดในภาวะปกติ

หากคู่สมรสได้ปฏิบัติทั้ง 3 วิธีข้างต้นแล้ว ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ และมีบุตรได้ ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งจะต้องซักประวัติ และตรวจร่างกายทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย อย่างละเอียดเพื่อค้นหาสาเหตุและรักษาตามลำดับขั้นตอนดังนี้ [2, 8, 9]

การซักประวัติฝ่ายหญิง เช่น ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประจำเดือน ตกขาว การตั้งครรภ์และวิธีคลอด การแท้ง โรคทางนรีเวช การคุมกำเนิด การร่วมเพศ ประวัติครอบครัว อาชีพ ฯลฯ

การซักประวัติฝ่ายชาย เช่น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การร่วมเพศ การสูบบุหรี่ อาชีพ ฯลฯ

การตรวจร่างกายฝ่ายหญิง การตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

การตรวจร่างกายฝ่ายชาย การตรวจถุงอัณฑะ และการตรวจน้ำอสุจิ

การแก้ไขภาวะมีบุตรยาก [2, 4, 5, 9, 10]

1. รักษาตามสาเหตุ จากฝ่ายหญิง เช่น ภาวะมีบุตรยาก จากปากช่องคลอด และช่องคลอด ปากมดลูก ท่อนำไข่ ไข่ไม่ตก ฯลฯ จากฝ่ายชาย เช่น จำนวนอสุจิน้อย ฯลฯ

2. การผสมเทียม (artificial insemination) คือการนำน้ำอสุจิของผู้ชาย (semen) ใส่เข้าไปในอวัยวะสืบพันธุ์ของหญิง โดยใช้เครื่องมือเพื่อหวังให้เกิดการตั้งครรภ์ โดยการใช้น้ำอสุจิของสามีตนเอง หรือการใช้น้ำอสุจิของผู้บริจาคในการทำผสมเทียมนี้ ฝ่ายหญิงจะต้องสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคต่างๆ และการทำหน้าที่ของอวัยวะสืบพันธุ์ต้องปกติ โดยฝ่ายหญิงต้องหาเวลาการตกไข่ เพื่อฉีดน้ำอสุจิเข้าทางช่องปากมดลูก หรือบางรายที่สาเหตุการมีบุตรยากจากความผิดปกติของปากมดลูก การสร้างภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิ หรือจำนวนน้ำอสุจิที่น้อยมาก แพทย์จะรักษาด้วยการผสมเทียมโดยฉีดน้ำอสุจิเข้าโพรงมดลูก (intrauterine insemination) ทั้งนี้เป็นการให้ตัวอสุจิเข้าไปผสมกับไข่ในมดลูกเองตามธรรมชาติ

3. การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (assisted reproductive technology: ART) เป็นการเพิ่มโอกาสการปฏิสนธิโดยการนำอสุจิมาอยู่ใกล้กับไข่เพื่อช่วยให้การปฏิสนธิได้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลามีการให้บริการทั้งในสถานบริการของรัฐและเอกชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ก็มีข้อบ่งชี้ในการรักษาดังต่อไปนี้

3.1 ความผิดปกติของท่อนำไข่ (tubal factors) เช่น มีการอุดตันของท่อนำไข่ และไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติได้ หรือเจ็บป่วยและการรักษาที่ตัดท่อนำไข่ออกทั้งสองแล้ว ฯลฯ

3.2 ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกในอุ้งเชิงกราน (endometriosis) ที่ทำให้เกิดการมีบุตรยาก ยังเป็นเรื่องที่อธิบายได้ไม่ชัดเจน แพทย์จะทำการรักษาภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกในอุ้งเชิงกราน ด้วยการผ่าตัดหรือการใช้ยา แล้วจึงใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพื่อแก้ไขภาวะมีบุตรยาก เช่น การทำเด็กหลอดแก้วต่อไป

3.3 ความผิดปกติจากสาเหตุทางฝ่ายชาย (male factor) การรักษาด้วยวิธีกระตุ้นให้มีการตกไข่หลายใบร่วมกับการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (controlled ovarian hyperstimulation/ intrauterine insemination) หากไม่สำเร็จ ควรรักษาด้วยวิธี เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้แก่

3.3.1 การทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization and embryo transfer หรือ IVF & ET) เป็นการเก็บไข่และอสุจิ มาผสมกันให้เกิดการปฏิสนธินอกร่างกายจนแบ่งเซลล์เป็นตัวอ่อน และทำการเลี้ยงตัวอ่อนภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในห้องปฏิบัติการจนถึงระยะ 4-8 cells หรือเป็น blastocyst แล้วจึงใส่กลับเข้าสู่โพรงมดลูก ความสำเร็จในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งประมาณร้อยละ 20-50 แล้วแต่สภาพสาเหตุและความสำเร็จในการเลี้ยงตัวอ่อน มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฝ่ายชายเชื้ออสุจิไม่แข็งแรง ฝ่ายหญิง ท่อนำไข่อุดตันทั้ง 2 ข้าง มีพังผืดในอุ้งเชิงกราน

3.3.2 การทำอิ๊กซี่ (intra cytoplasmic sperm injection หรือ ICSI) โดยการคัดเชื้ออสุจิที่แข็งแรง สมบูรณ์เพียงตัวเดียว ฉีดเข้าไปในไข่โดยตรง จะใช้ในกรณีที่ทำเด็กหลอดแก้วไม่ได้ผล ความสำเร็จในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งประมาณร้อยละ 25-30 มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฝ่ายชาย มีเชื้ออสุจิผิดปกติอย่างมาก และ/หรือฝ่ายหญิง มีรังไข่ผิดปกติ ไม่มีการตกไข่ และไข่กับอสุจิไม่สามารถปฏิสนธิกันเองได้

3.3.3 การทำกิฟท์ (gamete intrafallopian transfer หรือ GIFT) ด้วยการเก็บทั้งไข่และอสุจิ แล้วเจาะหน้าท้องเพื่อใช้กล้องใส่ไข่และอสุจิเข้าสู่ท่อนำไข่ เพื่อให้อสุจิและไข่ปฏิสนธิกันเองตามธรรมชาติในท่อนำไข่ ความสำเร็จในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งประมาณร้อยละ 30-40 มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฝ่ายชาย มีเชื้ออสุจิอ่อนแอไม่มากนัก ฝ่ายหญิง ต้องมีท่อนำไข่ที่ปกติอย่างน้อย 1 ข้าง มีภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่และมีพังผืดมาก และคู่สมรสที่ไม่ทราบสาเหตุของการมีบุตรยาก

3.3.4 การทำซิฟท์ (zygote intrafollopain transfer หรือ ZIFT) เป็นการเก็บไข่และอสุจิ มาผสมกันให้เกิดการปฏิสนธินอกร่างกายก่อน แล้วจึงนำตัวอ่อนในระยะ zygote ใส่กลับเข้าไปในท่อนำไข่ โดยเจาะหน้าท้องส่องกล้องเช่นเดียวกับทำ GIFT ความสำเร็จในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งประมาณร้อยละ 20-30 มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ฝ่ายชาย มีเชื้ออสุจิน้อยกว่าปกติ ฝ่ายหญิง ที่ท่อนำไข่ไม่ตันแต่ทำงานไม่ปกติ มีภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ และมีพังผืดมากและคู่สมรสที่ไม่ทราบสาเหตุของการมีบุตรยาก

สรุป

การมีบุตรยาก ถือเป็นโรคอย่างหนึ่ง เนื่องจากเป็นความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ที่ส่งผลถึงด้านจิตใจด้วย การมีบุตรยาก เป็นด้านหนึ่งของการไม่ประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว ซึ่งหมายถึงการที่คู่สมรสไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะมีบุตรจำนวนเท่าใด เมื่อไร ผู้มีปัญหานี้ จะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ บางคู่ฝ่ายหญิงอาจเกิดความวิตกกังวล ที่อาจมีผลถึงความมั่นคงด้านครอบครัว การจัดบริการเพื่อดูแลลดภาวะเสี่ยงก่อนเกิดภาวะมีบุตรยาก จึงเป็นเรื่องการเฝ้าระวังที่ต้องจัดให้มีในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อลดปัญหา และให้คู่สมรสที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ได้รับการแก้ไขในระยะแรกๆ ก่อนที่จะแก้ยากเมื่ออายุมากขึ้น และควรจัดบริการให้ผู้ที่มีความต้องการมีบุตรเข้าถึงบริการได้ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลปฐมภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and The World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology;2009; Fertility and Sterility.92; No.5
2. หทัย เทพพิสัย, อุรุษา เทพพิสัย. การมีบุตรยาก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้พับลิเคชั่น; 2533.
3. อเนก อารีพรรค. บรรณาธิการ. เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดี; 2548.
4. Bayer SR, Alper MM, Penzias AS. The Boston IVF handbook of infertility: a practical guide for practioners who care for infertile couples. New York: The Parthenon Publishing Group Inc; 2002.
5. John Bonnar. Recent advance in obstretics and Gyneocology: Khaldoun Sharif. Advance in the treatment of male factor infertility. BA & GM Haddoch; 2001.
6. วิชัย เอกพลากรกุล. บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพมหานคร: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์: 2553.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). คู่มืออนามัยการเจริญพันธุ์. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2553.
8. นเรศร สุขเจริญ. ปัจจัยทางเพศและจิตใจกับภาวะมีบุตรยาก. ใน: อเนก อารีพรรค, บรรณาธิการ. เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2548. หน้า 196-205.

9. ธีระพร วุฒยวนิช, บรรณาธิการ. เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. เชียงใหม่: หน่วยเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.

บทที่ 14
การเพิ่มบทบาทผู้ชายในงานอนามัยการเจริญพันธุ์

เรณู ชูนิล
สุธน ปัญญาดิลก
ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ
สมเกียรติ สีตวาริน
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ
บทบาทผู้ชายในด้าน
1. **สิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์**
2. **การวางแผนครอบครัว**
3. **การดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็กและแนวทางการจัดบริการ**
4. **การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์**
5. **การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์**

แนวทางการโน้มน้าวให้ผู้ชายมีบทบาทในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้มากขึ้น
สรุป
เอกสารอ้างอิง

บทที่ 14
การเพิ่มบทบาทผู้ชายในงานอนามัยการเจริญพันธุ์

เรณู ชูนิล
สุธน ปัญญาดิลก
ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ
สมเกียรติ สีตวาริน
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ

ปัจจุบันมีหลักฐานและประสบการณ์ทั่วโลกยืนยันว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ชายในงานอนามัยเจริญพันธุ์ สามารถสร้างความแตกต่างอย่างชัดเจนในสุขภาพของผู้หญิง และอนามัยแม่และเด็ก อีกทั้งผู้ชายก็ได้รับประโยชน์โดยตรงอีกด้วย บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้ชายมีได้หลายมิติและหลายบทบาททางสังคม เช่น ผู้ชายมักจะเป็นผู้นำทางการเมือง ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อม กำหนดนโยบายและแนวทางต่างๆ ผู้ชายมักเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ชายมักเป็นผู้ที่ทำการตัดสินใจ ผู้ชายในฐานะคู่ครอง ผู้ชายในฐานะพ่อ ผู้ชายในฐานะหุ้นส่วนสำคัญในครอบครัวและสังคม เป็นต้น การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์จึงควรตระหนักและกระตุ้นให้ผู้ชายเข้าใจบทบาท ภาระความรับผิดชอบและเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนเพื่อให้อนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี [1]

การมีส่วนร่วมของผู้ชายในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ จะต้องเริ่มตั้งแต่เด็ก ปลูกฝังความรับผิดชอบแก่เด็กผู้ชายก่อนมีเพศสัมพันธ์ ควรได้รับความรู้เพศศึกษา การใช้ชีวิตคู่ผู้ชายควรได้รับการตรวจสุขภาพพร้อมผู้หญิง เพื่อไม่ให้มีโรคที่ติดต่อถ่ายทอดไปถึงลูกได้ และหากภรรยาตั้งครรภ์ สามีควรมีส่วนร่วมในการดูแลลูกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ โดยการเอาใจใส่สุขภาพทั้งของแม่และลูกด้วยความสมัครใจเต็มใจ โดยคิดว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่สำคัญ จนเมื่อลูกคลอดออกมา พ่อก็ต้องมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูตลอดทุกวัยของลูก ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความอบอุ่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้เกิดขึ้นในครอบครัว [2]

บทบาทผู้ชายในด้านสิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

สิทธิทางเพศ [3, 4] หมายถึง สิทธิของบุคคลที่จะ

- ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีความรับผิดชอบต่อเรื่องทางเพศ
- เป็นอิสระจากการถูกเลือกปฏิบัติ ถูกบังคับข่มขืน ล่วงละเมิด และถูกทำร้ายทางเพศตลอดช่วงชีวิต
- ได้รับความเสมอภาค ความเคารพ ให้เกียรติ และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันและรักษาสุขภาพทางเพศ และสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์

สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ [3] หมายถึง สิทธิของบุคคลและคู่รักที่จะตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีความรับผิดชอบในเรื่องการมีบุตร ว่าจะมีหรือไม่ จะมีเมื่อไร จำนวนเท่าใด จะเว้นระยะห่างระหว่างบุตรแต่ละคนนานเท่าไร โดยได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะช่วยให้ตัดสินใจได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการที่จะทำให้การตัดสินใจนั้นบรรลุผลได้

- ตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเอง โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ บังคับหรือถูกทำร้าย
- ได้รับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน และเหมาะสม

ความรุนแรงทางเพศ

อาชญากรรมและการก่อความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างมาก มีผู้หญิงจำนวนไม่น้อยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพราะถูกบังคับ หรือถูกข่มขืนกระทำชำเรา เมื่อแต่งงานแล้วมีส่วนหนึ่งถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจโดยคู่ครอง แม้ในช่วงตั้งครรภ์จะมีผู้หญิงร้อยละ 4 ถูกคู่ครองทำร้าย [5]

บทบาทของผู้ชายในด้านสิทธิทางเพศ และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์

เพื่อลดความรุนแรงและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ จำเป็นจะต้องให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับเพศที่ว่า ผู้ชายสามารถแสดงอำนาจด้วยการใช้ความรุนแรง เด็กและเยาวชนชายต้องได้รับการเลี้ยงดูในทางที่นำไปสู่การเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้หญิง สนับสนุนความเสมอภาคและความเท่าเทียมทางเพศ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ควรได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษา มีการตัดสินใจร่วมกันในด้านเพศสัมพันธ์ และอนามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อจะครองชีวิตคู่ผู้ชายควรได้รับการตรวจสุขภาพพร้อมผู้หญิง เพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรคที่จะถ่ายทอดไปถึงลูก และก็ต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อครอบครัว ขจัดความรุนแรงทางเพศ ปกป้องสุขภาพทางเพศ รวมทั้งสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

การวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัว คือ การที่คู่สมรสวางแผนไว้ว่าจะมีบุตรกี่คน จะมีเมื่อไร มีถี่ห่างเท่าไร โดยให้บุตรที่เกิดมามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง คู่สมรสมีความสามารถที่จะเลี้ยงดูให้ความรักและความเอาใจใส่อย่างทั่วถึง ให้มีการศึกษาที่เหมาะสมที่จะมีอาชีพ และเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศชาติต่อไป

จะเห็นได้ว่าจากความหมายของการวางแผนครอบครัว ผู้ชายต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้วิธีคุมกำเนิด จากการปฏิบัติจริงส่วนใหญ่ผู้หญิงจะเป็นผู้ตัดสินใจเองที่จะใช้วิธีคุมกำเนิด ประกอบกับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นวิธีที่ให้ผู้หญิงเป็นผู้ใช้

ดังนั้นควรจัดให้มีบริการวางแผนครอบครัวแบบเป็นคู่โดยให้สามีมีส่วนร่วมในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดร่วมกัน เมื่อผู้รับบริการมาขอรับบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้รายละเอียดเกี่ยวกับความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิด ข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี ข้อห้ามและข้อควรระวัง วิธีการใช้และประสิทธิภาพ รวมทั้งอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้คู่สามีภรรยาได้ปรึกษากันว่าจะตัดสินใจใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีไหน
2. ให้บริการคุมกำเนิดตามที่ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกร่วมกัน

สามีเป็นฝ่ายคุมกำเนิด

หากสามีเป็นฝ่ายคุมกำเนิดเอง ต้องให้การชื่นชมต่อความรับผิดชอบเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจที่จะใช้ในระยะยาว วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ชาย คือ ถุงยางอนามัย นอกจากจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการคุมกำเนิดแล้ว ยังสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์อีกด้วย (dual protection) สำหรับผู้ที่ไม่ต้องการมีบุตรควรแนะนำให้ทำหมันชาย ในปัจจุบันนี้มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีทำหมันชายเพียงร้อยละ 0.9 เท่านั้น [6]

ภรรยาเป็นฝ่ายคุมกำเนิด

สามีควรจะต้องหาความรู้ในเรื่องวิธีคุมกำเนิดต่างๆ และมีบทบาทในการสนับสนุนให้ภรรยาได้คุมกำเนิดอย่างถูกต้อง เช่น เตือนให้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด พาไปฉีดยาคุมกำเนิด พาไปตรวจตามนัด ในกรณีที่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากการคุมกำเนิด สามีควรที่จะพาภรรยากลับไปปรึกษาที่คลินิกหรือหน่วยวางแผนครอบครัว เพื่อให้ได้รับการแก้ไขปัญหา เป็นต้น ถ้าปฏิบัติได้ดังกล่าว ก็จะเชื่อถือได้แน่ว่า ภรรยาจะคุมกำเนิดต่อไปได้นานตราบเท่าที่ยังไม่ต้องการมีบุตรอีก ในกรณีที่มีบุตรเพียงพอแล้วก็ควรจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำหมันหญิง

การดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็กและแนวทางการจัดบริการ [7 - 9]

การดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

1. ก่อนแต่งงาน

ผู้ชายและผู้หญิงควรได้รับความรู้และบริการปรึกษา และการตรวจสุขภาพก่อนสมรส ควรเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตคู่ พัฒนาทักษะการสื่อสารในชีวิตคู่ รวมทั้งการรับทราบ ป้องกัน และรักษาโรคทางพันธุกรรมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างครอบครัว

2. ขณะตั้งครรภ์

เมื่อทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์ สิ่งแรกที่ควรทำคือ แสดงความรัก ความยินดีต่อการมีบุตรเจ้าตัวน้อย และพาภรรยาไปฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และรับการตรวจสุขภาพพร้อมภรรยา ซึ่งต่อไปนี้จะใช้คำว่า “คุณแม่” เพื่อความปลอดภัยของทารกเจ้าตัวน้อยในครรภ์ การพาภรรยาไปฝากครรภ์ สามีซึ่งต่อไปนี้จะใช้คำว่า “คุณพ่อ” จะได้รับการชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อร่วมรับฟังคำแนะนำในการปฏิบัติตนและการดูแลครรภ์โดยอาจช่วยซักถามข้อสงสัย และจดจำข้อมูลเพื่อนำมาปฏิบัติอย่างถูกต้อง สิ่งที่คุณพ่อมีส่วนร่วมในการดูแลคุณแม่ระหว่างตั้งครรภ์มีดังนี้ [8]

2.1 ในช่วงที่คุณแม่มีอาการแพ้ท้อง คุณพ่อควรหากิจกรรมให้คุณแม่รู้สึกผ่อนคลาย เช่น พาออกกำลังกายเบาๆ ดูแลให้พักผ่อนมากขึ้น ควรจัดหาอาหารที่คุณแม่ชอบ และหลีกเลี่ยงอาหารที่คุณแม่บอกว่าเหม็นหรือแพ้ ให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง อาจหาขนมปังกรอบให้รับประทานระหว่างมื้ออาหารบ้างเพื่อลดการแพ้ท้อง รวมทั้งผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ดื่มน้ำเพิ่มและบ่อยขึ้น แต่ไม่ควรดื่มในปริมาณมากๆ หลังอาหารทันที เพราะทำให้เกิดอาการแน่นท้อง

2.2 เมื่อไม่ปรากฏอาการแพ้ท้องแล้ว คุณพ่อควรจัดอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรเพิ่มผัก ผลไม้และให้ดื่มน้ำบ่อย เพื่อช่วยลดอาการท้องผูก การดื่มนมและรับประทานปลาตัวเล็กตัวน้อยหรือกุ้งแห้งจะช่วยเสริมแคลเซียมแก่ลูกในครรภ์ และเตือนให้รับประทานยาบำรุงที่ได้รับจากสถานพยาบาล

2.3 เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นคุณแม่จะมีอาการปวดหลัง ดั้งนั้นในแต่ละวันคุณพ่อควรช่วยนวดหลังและนวดต้นขาให้คุณแม่ เพราะการนวดช่วยให้รับมือกับการเจ็บท้องคลอดได้ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการแสดงความรักที่มีต่อกัน

2.4 คุณพ่อคอยเตือนให้คุณแม่สังเกตการเคลื่อนไหวของทารกเจ้าตัวน้อยในครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุกวัน

2.5 ส่งเสริมสนับสนุนให้คุณแม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน หลังจาก 6 เดือนก็ให้นมแม่พร้อมอาหารเสริมตามวัย

3. การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ของคุณพ่อ [9]

โรงเรียนพ่อแม่ [9] เป็นบริการที่จัดขึ้นสำหรับการให้ความรู้แก่พ่อแม่ เพื่อการเลี้ยงลูกที่ดีที่สุดทั้งด้านร่างกายและสมอง ส่งเสริมพัฒนาการรอบด้าน รวมทั้งการกระตุ้นให้มีการพัฒนาได้เต็มศักยภาพ ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์อย่างถูกต้อง โดยมุ่งให้ความรู้แก่พ่อแม่ใน 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะแม่ตั้งครรภ์ กำหนดอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์

- ได้รับความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพ่อแม่และการดูแลสุขภาพของแม่ระยะตั้งครรภ์และครั้งที่ 2 เมื่อมีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปหรือระยะใกล้คลอดได้รับความรู้เกี่ยวกับ
- การเตรียมตัวสำหรับการคลอด
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การออกกำลังกายและฝึกหายใจสำหรับการคลอด เป็นต้น

3.2 ระยะหลังคลอด 1-3 วัน ได้รับความรู้เกี่ยวกับ

- การดูแลสุขภาพแม่หลังคลอดและทารกแรกเกิด
- การออกกำลังกายหญิงหลังคลอด
- ความสำคัญของพ่อในการเลี้ยงลูก
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การดูแลสุขภาพจิตหญิงหลังคลอด
- การวางแผนครอบครัว

3.3 ระยะที่พ่อแม่นำเด็กมารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็ก

<u>ครั้งที่ 1</u> เด็กอายุ 2 เดือน ได้รับความรู้เกี่ยวกับ
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อไปทำงาน
- ภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานสำหรับลูก

<u>ครั้งที่ 2</u> เด็กอายุ 4 เดือน ได้รับความรู้เกี่ยวกับ
- การเลี้ยงลูกให้ฉลาด
- ปัญหาการเลี้ยงลูกที่พบบ่อยและแนวทางการแก้ไข

<u>ครั้งที่ 3</u> เด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับความรู้เกี่ยวกับ
- การประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ
- การเลี้ยงลูกให้ฉลาด
- การดูแลเด็กให้มีฟันดีฟันแข็งแรง

<u>ครั้งที่ 4</u> เด็กอายุ 1-2 ปี ได้รับความรู้เกี่ยวกับ
- การสร้างวินัยให้กับลูก
- ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยและการป้องกัน
- ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย
- การเลี้ยงลูกให้ฉลาดทางเชาว์ปัญญาและอารมณ์

<u>ครั้งที่ 5</u> เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ได้รับความรู้เกี่ยวกับ
- การส่งเสริมภาวะโภชนาการ
- การเตรียมลูกสู่โลกกว้าง

3.4 ระยะใกล้คลอด คลอดและหลังคลอด [8]

1. เมื่อใกล้กำหนดคลอดคุณพ่อสามารถช่วยจัดเตรียมเอกสาร รวมทั้งของใช้ส่วนตัวของคุณแม่เพื่อเตรียมตัวไปคลอดที่โรงพยาบาล

2. เมื่อคุณแม่เจ็บครรภ์คุณพ่อควรจะเตรียมพร้อมในการช่วยเหลือคุณแม่ โดยการพาไปส่งโรงพยาบาล หรือกรณีฉุกเฉินจะต้องส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีความพร้อมมากกว่า ความล่าช้าในการช่วยเหลือจะเป็นอันตรายต่อคุณแม่และลูก

3. เมื่อคุณพ่อผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่และได้เข้าเยี่ยมชมห้องคลอด เมื่อถึงเวลาคุณแม่คลอดโรงพยาบาลบางแห่งจะอนุญาตให้คุณพ่อเข้าไปให้กำลังใจคุณแม่ในห้องคลอดได้ ทำให้คุณแม่มีกำลังใจและเกิดความอบอุ่น คลายความวิตกกังวลในเรื่องคลอดได้

4. ช่วยคุณแม่อาบน้ำลูก คุณพ่อควรเรียนรู้และเข้ารับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการอาบน้ำลูกน้อยอย่างถูกวิธี ซึ่งคุณพ่อสามารถอาบน้ำลูกน้อยได้ดี เนื่องจากข้อมือของคุณพ่อแข็งแรง อุ้งมือใหญ่ และมีความมั่นคงจึงทำให้ลูกน้อยรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย

5. คุณพ่อสามารถช่วยทำงานบ้านแทนคุณแม่ในระยะหลังคลอด

6. จัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้คุณแม่แข็งแรงและมีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูกน้อย

7. สนับสนุนและช่วยให้คุณแม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

8. สนับสนุนให้คุณแม่บริหารร่างกายหลังคลอด เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกรานกลับคืนสภาพเดิมโดยเร็ว

9. ส่งเสริมพัฒนาการของลูก คุณพ่อควรพูดคุยกับลูกเบาๆ ร้องเพลงหรือเล่านิทานให้ลูกฟังจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของลูกเป็นอย่างดี

10.คุณพ่อควรพาคุณแม่ไปตรวจหลังคลอดตามนัด และมีส่วนร่วมในการรับคำปรึกษาในการวางแผนครอบครัวพร้อมคุณแม่ และตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดร่วมกันมากขึ้น

มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2554 เห็นชอบระเบียบว่าด้วย การลาราชการเพิ่มเติมของข้าราชการชายโดยให้ลาหยุดได้ 15 วัน เพื่อช่วยภรรยาเลี้ยงลูกหลังคลอด ก็เป็นนิมิตรหมายอันดีที่จะให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นรูปธรรม

แนวทางการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก

การจัดบริการจะเป็นการบูรณาการให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆ ส่วนของงานอนามัยแม่และเด็ก เริ่มตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ ห้องรอคลอด หลังคลอด คลินิกวางแผนครอบครัว และคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก โดยเน้นการให้คำปรึกษาแบบเป็นคู่ การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และส่งเสริมให้มีการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างคู่สมรส เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดลบให้คงความเป็นลบตลอดไป ดังมีรูปแบบการให้บริการดังนี้ [13]

ตารางที่ 14-1 การจัดบริการโดยให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็ก

การเข้าร่วมกิจกรรมของหญิงมีครรภ์	การเข้าร่วมกิจกรรมของสามี
ครั้งที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรก	
- รับฟังความรู้และคำปรึกษาก่อนตรวจเลือดครั้งที่ 1	- เข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำปรึกษาและขอความยินยอมก่อนตรวจเลือดครั้งที่ 1
ครั้งที่ 2 การแจ้งผลเลือด	
- ฟังผลเลือด - เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	- ฟังผลเลือด - หากพ่อไม่มาครั้งแรกให้มาพร้อมแม่ครั้งนี้ให้เข้าร่วมฟังการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด - เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่
ครั้งที่ 3 การฝากครรภ์ครั้งต่อๆ ไป	
- มารับการตรวจครรภ์ตามนัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามมาตรฐานของกรมอนามัย	- พาภรรยามาตรวจครรภ์ตามนัดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 26 - 32 สัปดาห์	
- เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ - การตรวจเลือดครั้งที่สอง	- การให้คำปรึกษาและขอความยินยอมในการตรวจเลือดครั้งที่ ๒ หรือประเมินพฤติกรรม - เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่
ครั้งที่ 5 อายุครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ขึ้นไป	
- ทัวร์ห้องคลอด - ฟังผลเลือด - เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่	- ทัวร์ห้องคลอด - ฟังผลเลือด - เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่
ครั้งที่ 6 ห้องรอคลอด	
- หากไม่มีผลเลือดครั้งที่สอง ให้เจาะที่ห้องรอคลอด - ในกรณีที่เป็น HIV discordant case ให้เจาะที่ห้องรอคลอด เฉพาะรายที่สามีมีผลเลือดเป็นบวก	- ช่วยดูแลหญิงมีครรภ์ระหว่างรอคลอด - จัดการทางด้านเอกสารต่างๆ ระหว่างที่รอคลอด เช่น เอกสารเกี่ยวกับ รพ. ใบส่งตัว ใบแจ้งเกิด สูติบัตร

ตารางที่ 14-1 การจัดบริการโดยให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในงานอนามัยแม่และเด็ก (ต่อ)

การเข้าร่วมกิจกรรมของหญิงมีครรภ์	การเข้าร่วมกิจกรรมของสามี
ครั้งที่ 7 หลังคลอด	
- ฝึกอาบน้ำลูก - การรับฟังคำแนะนำก่อนกลับบ้าน - กำหนดวันนัดหลังคลอดและย้ำให้สามีมาด้วย	- ฝึกอาบน้ำลูก - รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลคุณแม่หลังคลอด - ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยสำหรับคุณพ่อ - กำหนดวันนัดหลังคลอดและย้ำให้สามีมาด้วย
ครั้งที่ 8 หกสัปดาห์, หกเดือน และหนึ่งปีหลังคลอด	
- การให้ข้อมูลเมื่อตรวจหลังคลอด - ตรวจเลือด (กรณีมีความเสี่ยง) - นำลูกมาฉีดวัคซีน เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ - รับบริการวางแผนครอบครัวแบบเป็นคู่	- ลูกรับวัคซีนและร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กที่ well babies - รับบริการวางแผนครอบครัวแบบเป็นคู่ - ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง - เจาะเลือดสามีสำหรับผู้ที่ไม่ได้เจาะเลือดครั้งที่ 2 ที่แผนกวางแผนครอบครัว

หมายเหตุ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ชายอย่างน้อย 4 ครั้ง โดย 2 ครั้งนับตอนเข้าร่วมกิจกรรมที่ ANC และอีก 2 ครั้ง ตอนรอคลอด และ หลังคลอด

บทบาทผู้ชายในด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ในปัจจุบันมีสตรีไทยลักลอบทำแท้ง ปีละ 300,000-400,000 ราย สตรีเหล่านี้ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้มีอัตราตายสูงถึง 340 ต่อการทำแท้งไม่ปลอดภัย 100,000 ราย สตรีเหล่านี้มีทั้งที่แต่งงานแล้ว และยังไม่ได้แต่งงาน ส่วนหนึ่งยังเป็นนักเรียน นักศึกษา ซึ่งช่องทางเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างถูกต้องเหมาะสมมีไม่มากนัก รวมทั้งขาดความรู้และทักษะในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ [10]

การทำแท้งไม่ปลอดภัยจะลดลงได้ถ้าผู้ชายให้ความสนใจเรื่องการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่ว่าจะคุมกำเนิดเองหรือส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีคุมกำเนิด ซึ่งสตรีจะใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จมากขึ้น ถ้าได้รับการสนับสนุนจากผู้ชาย รวมทั้งให้สตรีได้มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการมีบุตรในเรื่องจำนวน เวลา และระยะห่างของการมีบุตรในกรณีที่เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมา ผู้ชายควรมีส่วนในความรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และร่วมกันหาทางออกที่เหมาะสม

บทบาทผู้ชายในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

ปัญหาทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันโดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์มักเกิดจากการผู้ชายเป็นโรคและนำมาติดต่อฝ่ายหญิง เนื่องจากค่านิยมทางเพศของผู้ชายไม่ให้ความสำคัญในความรับผิดชอบ แต่กลับสนับสนุนการหาประสบการณ์ทางเพศให้กับตนเอง ไม่ซื่อสัตย์ต่อภรรยาหรือคู่นอนของตนเอง เที่ยวหญิงบริการหรือมีคู่นอนหลายคนโดยไม่มีการป้องกัน

การแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี โดยนับตั้งแต่การได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 สาเหตุหลักของการแพร่ระบาดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ทำให้พบการแพร่ระบาดมากในกลุ่มหญิงและชายวัยเจริญพันธุ์ และจากการประเมินข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา บ่งชี้ว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทยกลับมาสูงขึ้นในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และเข้าถึงบริการยาก เช่นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการแอบแฝงและอิสระ ผู้ใช้สารเสพติด และที่สำคัญคือกลุ่มเด็กและเยาวชนที่กำลังเข้าสู่ภาวะการเจริญพันธุ์ มีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ พบว่าค่าเฉลี่ยของความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของจังหวัดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2538 ผลจากการดำเนินนโยบายของรัฐบาลไทยในปี พ.ศ. 2536 ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ลดลงอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามอัตราการลดลงดังกล่าวเริ่มชะลอตัวลงในช่วงระยะหลังปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดยความชุกของการติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 เท่ากับร้อยละ 0.7 และ 0.65 ตามลำดับ และจากการเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อรายใหม่ฯ มาไม่เกิน 1 ปี ในหญิงรับบริการฝากครรภ์ พบว่า เพิ่มสูงขึ้นจากค่าประมาณ 0.5 ต่อ 1,000 คน ต่อปี พ.ศ. 2548 เป็น 1.8 ต่อ 1,000 คน ต่อปี ในปี พ.ศ. 2551 [11]

การเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในปี พ.ศ. 2542-2551 พบว่าอัตราติดเชื้อซิฟิลิส มีแนวโน้มไม่ลดลงและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มทำงานในสถานบริการแฝง โดยเพิ่มจากร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2551 และจากการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อของพนักงานบริการหญิงทำงานในสถานบริการตรง พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้า แต่ใช้น้อยลง เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น และใช้น้อยมากเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามี โดยในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้า ชายอื่น และกับคู่ที่อยู่กินด้วยกัน เท่ากับร้อยละ 93, 7, 89.8 และ 40.8 ตามลำดับ [11]

แม้ว่าผลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ พบว่า ประชากรกลุ่มต่างๆ ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการป้องกันการติดเชื้อโดยการใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังขาดความตระหนัก และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย หรือการต่อรองเพื่อให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งน่าจะเป็นคำอธิบายของการติดเชื้อเอชไอวีในคู่ครอง การไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการ หรือกับคู่นอนที่ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกัน [11]

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ชายมีส่วนสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้ ดังนี้

กลุ่มชายวัยเจริญพันธุ์/มีภรรยาหรือคู่ที่ไม่ตั้งครรภ์

1. ให้ความรู้ การศึกษา และปลูกฝังค่านิยมความรับผิดชอบ ตลอดจนความเข้าใจเรื่องความเสี่ยง และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย
2. รู้จักป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และเรียนรู้วิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง
3. ปรับทัศนะของสังคมในเรื่องถุงยางอนามัยให้เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยเสริมสุขภาวะทางเพศมากกว่าจะเป็นเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น
4. เข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจสุขภาพรวมทั้งเอชไอวี โดยไม่ต้องรอให้ปรากฏอาการป่วยก่อน หรือก่อนแต่งงาน

กลุ่มชายที่มีภรรยาหรือคู่ตั้งครรภ์

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการฝากครรภ์เป็นคู่เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ประกอบกับกรมอนามัยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติให้ดำเนินกิจกรรมผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก โดยสามีจะต้องมารับบริการแบบคู่ ผสมผสานกับโรงเรียนพ่อแม่ โดยเข้าร่วมอย่างน้อย 4 ครั้ง ที่คลินิกฝากครรภ์ เมื่อคลอดและหลังคลอด รวมทั้งรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งคู่พร้อมกันด้วยความสมัครใจ และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในคู่สมรสรวมทั้งช่วงระหว่างภรรยาตั้งครรภ์เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ [12, 13]

การใช้ถุงยางอนามัย ได้ผลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มากกว่าร้อยละ 90 ถ้าใช้อย่างถูกต้องทุกครั้ง [12]

ดังนั้นการป้องกันเอดส์ในครอบครัวที่ดีที่สุด ก็คือ ความรัก ความเข้าใจและการสื่อสาร ควรตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้งสามีและภรรยา การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ยกเว้นเมื่อต้องการบุตร และการลดพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยง เช่น เที่ยวกลางคืน ดื่มสุรา หรือยาเสพติด เป็นต้น

สรุป

ผู้ชายมีบทบาทสำคัญในด้านสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในหลายๆ ด้าน ควรเริ่มตั้งแต่เด็กสอนเรื่องสิทธิสตรี และความเสมอภาคทางเพศ เพศศึกษา เมื่อใช้ชีวิตคู่ ผู้ชายควรได้รับการตรวจสุขภาพและมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิดหรือส่งเสริมให้ผู้หญิงคุมกำเนิด เมื่อมีการตั้งครรภ์ก็ต้องให้มีการดูแลการตั้งครรภ์และคลอดที่ปลอดภัย เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของแม่และลูกด้วยความสมัครใจ

เต็มใจ และมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูลูก เมื่อมีการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาผู้ชายควรมีส่วนร่วมในการลดการทำแท้ง หรือถ้าจำเป็นก็ต้องให้มีการแท้งที่ปลอดภัย ปัจจุบันยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ผู้ชายจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในด้านการป้องกันการแพร่กระจายของโรคเหล่านี้ รวมทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้หญิงสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง และไปตรวจสุขภาพคัดกรองมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และมะเร็งเต้านม ถ้าผู้ชายได้มีบทบาทที่สำคัญในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนี้ ก็น่าจะเชื่อได้ว่าสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงและของครอบครัวโดยรวมก็จะดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. UNFPA. It takes 2 partnering with men in reproductive and sexual health accessed http://www.unfpa.org/public/publications/pid/2474
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหญิงชายกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แปลนพับลิชชิ่ง 2546.
3. สุวชัย อินทรประเสริฐ. การประชุมวิชาการเนื่องในวันประชากรโลก ตอนที่ 1. ใน: สูตินรีแพทย์สัมพันธ์ ข่าวสารสำหรับสมาชิกราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 16 ฉบับที่ 8 สิงหาคม 2550: 8-10.
4. UNFPA. International Conference on Population Development (ICPD). Cairo, 1994.
5. คณะสตรีไทยและมูลนิธิผู้หญิง. แผนปฏิบัติการเพื่อความก้าวหน้าของสตรีฉบับหญิงไทย. ใน: จากปักกิ่งสู่หญิงไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์พลาชัย; 2539. หน้า 56-7.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553. หน้า 15.
7. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤติยา อาชวนิจกุล, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร เสียงดัง และคณะ. สุขภาพคนไทย 2552. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สุขใจ ได้เป็นพ่อ: พ่อแม่ทุกคนต้องอ่าน ... เพื่อร่วมมือกันเป็นหุ้นส่วนชีวิต. นนทบุรี. กรมอนามัย; 2552.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่สำหรับเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 1-16.
10. สุวชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์, ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, รณชัย คงสกนธ์, นงลักษณ์ บุญไทย, สุวัทนา วรคามิน และคณะ. การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง. กรุงเทพมหานคร: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2548.
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย, มกราคม-ธันวาคม 2552. กรุงเทพมหานคร: แดงส์การพิมพ์; 2553.

12. วีระพล จันทร์ดียิ่ง. เรียนเรื่องรัก รู้จักเซ็กส์ (ปัญหาเพศและทางออก). กรุงเทพมหานคร: รุ่งอนันต์การพิมพ์, 2549. หน้า 156-7.
13. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานและรูปแบบบริการ การมีส่วนร่วมของผู้ชายในการป้องกัน HIV และดูแลสุขภาพมารดา/ทารก. นนทบุรี. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2552. หน้า 4-7.

ภาคผนวก



ภาคผนวก 1

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗)

คำนำ

สืบเนื่องจากงานอนามัยการเจริญพันธุ์แต่ละองค์ประกอบเป็นความรับผิดชอบของหลายๆ หน่วยงานที่ต้องบูรณาการร่วมกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพประชากรทุกกลุ่มวัยด้วยงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ในที่สถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง มาตรการดำเนินงานที่สอดคล้องธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เห็นชอบนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗) ซึ่งจะขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติที่มีองค์ประกอบจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาควิชาการ ตามนโยบายที่ว่า **"รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชากร สร้างประเทศให้รุ่งเรืองมั่งคั่งและมั่นคงสืบไป"**

เป้าประสงค์

๑. เพื่อให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้ บนหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

๒. เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง อบอุ่น และมีคุณภาพ โดยเฉพาะการเกิดทุกรายต้องเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ

โดยมีแนวคิดและหลักการการพัฒนาประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ คือ

๑. บูรณาการนโยบาย เพื่อให้เครือข่าย พันธมิตร ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้บริหารจัดการการพัฒนาประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศอย่างเชื่อมโยง ทั้งในระดับยุทธศาสตร์ แผนงาน ไปสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมทุกเพศและทุกกลุ่มวัย ยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาคและทั่วถึง

๒. ให้ความสำคัญในการลงทุนด้านทรัพยากรบุคคลและบริการ เพื่อการสร้างศักยภาพความเข้มแข็งในการบริการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

๓. พัฒนากฎระเบียบ กฎหมาย และระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ตลอดจนการสร้างนโยบายสาธารณะ

๔. สร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่น องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ของคนในชุมชน

๕. คำนึงถึงสิทธิประชาชน โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

ยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์

เป็นแนวทางในการบรรลุสู่จุดหมายของนโยบายพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้กำหนดเป็น ๖ ประเด็นยุทธศาสตร์ ที่เป็นทิศทางให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องมุ่งเน้นพัฒนาดังต่อไปนี้

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</u> ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

๑) เพื่อส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง และมีการสร้างครอบครัวใหม่ที่มีคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของสังคม

๒) เพื่อให้การตั้งครรภ์ของสตรีและการคลอดทุกรายเป็นการตั้งครรภ์ที่พร้อม ทารกและเด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ โดยคำนึงถึงด้านกาย จิต สังคม และสติปัญญา

มาตรการ

๑) ส่งเสริมสนับสนุนนโยบายและกลไกภาครัฐทุกระดับ และภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการที่เอื้อและเสริมต่อการสร้างครอบครัวใหม่ที่เข้มแข็งและมีคุณภาพส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อสถาบันครอบครัวและการมีบุตร รวมทั้งการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีความเท่าเทียมระหว่างเพศ

๒) จัดให้มีบริการเตรียมความพร้อม บริการให้ความรู้และปรึกษา ตรวจสุขภาพชายหญิงก่อนสมรสและตั้งครรภ์ บริการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลาย และการรักษาผู้มีบุตรยาก ที่ประชาชนทุกคนในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงได้

๓) ส่งเสริมให้พ่อแม่มีโอกาสและเวลาในการเลี้ยงดูลูกให้มากขึ้น เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและพัฒนาการรอบด้านแก่ทารกและเด็กอย่างทั่วถึง

๔) จัดบริการปรึกษาและให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่รอบด้านทุกมิติ เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสม ก่อนการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ที่เป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา และการปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำซ้อน

๕) จัดให้มีศูนย์ดูแลเด็ก (๓ เดือน - ๓ ปี) และเด็กก่อนวัยเรียน (๓ - ๕ ปี) ที่มีคุณภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท ที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ชุมชน ให้มีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกและเด็กปฐมวัย

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๒</u> ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย

เป้าหมาย

๑) มีระบบการเรียนรู้ การสอนทั้งในและนอกระบบการศึกษา แบบมีส่วนร่วมเรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิตที่รอบด้าน ต่อเนื่อง และคำนึงถึงบริบทสถานะเพศต่างๆ

๒) คนทุกกลุ่มวัยมีเจตคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับผิดชอบต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้เรียนรู้ มีเจตคติพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม และรับผิดชอบ

มาตรการ

๑) สนับสนุนให้มีการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตอย่างรอบด้าน ที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมนำไปสู่ความรับผิดชอบทางเพศและความสัมพันธ์ที่เสมอภาคระหว่างคนสถานะเพศต่างๆ (gender equality) โดยกำหนดให้เป็นการศึกษาตลอดชีวิตทั้งในระบบและนอกระบบ

๒) ส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยง ภัยคุกคาม จากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตัดสินใจในการรักษา และการใช้ยา

๓) กำหนดมาตรการส่งเสริมการผลิตสื่อ และเผยแพร่สื่อ ที่สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม สถานการณ์ทางสังคม และความต้องการจำเป็นพิเศษของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทางเพศภาวะ วัย ความพิการ ความด้อยโอกาส เพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีต่อกัน รวมทั้งการป้องกันความรุนแรงทางเพศในสังคม

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๓</u> การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

๑) โรงพยาบาลทุกระดับมีการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ

๒) มีโรงเรียนต้นแบบการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ

๓) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์

๑) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาล โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีขีดความสามารถในการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างมีคุณภาพ

๒) เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

มาตรการ

๑) สนับสนุนและมีการลงทุนให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครบถ้วน อย่างเป็นมิตร มีคุณภาพและเหมาะสม

๒) สนับสนุนให้สถาบันการศึกษามีการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมกับวัย และจัดให้มีบริการในลักษณะที่เป็นมิตร

๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้มีความรู้ เจตคติและความสามารถในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศตามมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

๔) เสริมสร้างความเข้มแข็งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

๕) เสริมสร้างสมรรถนะองค์กรด้านเด็กและเยาวชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์

๖) สนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เชิงรุก

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๔</u> ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

เป้าหมาย

๑) ทุกจังหวัดจัดตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัด

๒) ทุกจังหวัดมีแผนแม่บทการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการบูรณาการ และเกิดการผสมผสานการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

มาตรการ

๑) ตั้งคณะอนุกรรมการการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วน จัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด

๒) ภาคีเครือข่ายร่วมกันสำรวจสถานการณ์ปัญหาภายในจังหวัด เพื่อเป็นฐานข้อมูล

๓) ภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดทำแผนแม่บท การจัดการเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นแบบบูรณาการในระดับจังหวัด

๔) ให้มีการจัดประชุม อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

๕) สร้างความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๕</u> การพัฒนากฎหมาย กฎและระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

เป้าหมาย

ประกาศใช้ พ.ร.บ. คุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล

มาตรการ

๑) เสนอให้ออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการปรับปรุงร่างเดิม ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๒) ประสานและร่วมมือกับส่วนราชการ ภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว เพื่อปรับปรุงและพัฒนากฎ ระเบียบ ให้สอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างเหมาะสม

๓) ประสานและร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการแก้ไขระเบียบให้เพิ่มเติมงบประมาณด้านการป้องกัน คุ้มครอง สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

๔) รณรงค์สร้างความรู้ ความตระหนักแก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทุกเพศทุกวัยให้สามารถใช้สิทธิของตนเองตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๖</u> การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

เป้าหมาย

๑) มีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

๒) มีนวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

วัตถุประสงค์

๑) มีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศระดับชุมชน

๒) มีการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศระดับจังหวัดและส่วนกลาง

๓) มีการพัฒนานวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

เนื่องด้วยองค์ประกอบทุกเรื่องของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ มีพื้นฐานและความเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ที่มีความเชื่อมโยงกับสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน การทำงานร่วมกันและการดำรงตนในสังคม จึงต้องคำนึงถึงความรับผิดชอบในหน้าที่ และการเคารพสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งส่วนบุคคลและส่วนรวม จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมติคณะรัฐมนตรีที่เห็นชอบ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. .... เมื่อธันวาคม 2553 เป็นโอกาสและความท้าทายให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรสาธารณประโยชน์ และเอกชน ได้ร่วมมือกันบูรณาการ ผลักดันให้ผ่านการรับรองโดยสภาผู้แทนราษฎร แล้วจึงจะจัดทำหลักเกณฑ์และแนวทางของการปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์

ภาคผนวก 2
(ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ....

หลักการ
ให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

เหตุผล

สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายระหว่างประเทศ โดยเฉพาะปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ได้ให้การรับรองและคุ้มครองไว้ แต่อย่างไรก็ตามการเข้าถึงซึ่งสิทธิการรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาวะทางเพศไม่ว่าจากภาครัฐหรือเอกชนยังมีข้อจำกัดนานัปการ ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีโอกาสได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงซึ่งบริการดังกล่าวไม่ว่าจากภาครัฐหรือเอกชนอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เสมอภาคและทั่วถึง จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ร่าง

พระราชบัญญัติ

คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

พ.ศ. ....

.....

.....

.....

.....

.....

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

.....

.....

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. .....”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“สุขภาวะทางเพศ” หมายความว่า การมีสุขภาพทางเพศที่ดี ทั้งด้านกายและใจ และให้หมายความรวมถึงการมีเจตคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพศภาวะ เคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของบุคคลมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยและพึงพอใจ ปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง

“อนามัยการเจริญพันธุ์” หมายความว่า สุขภาพอันเป็นผลลัพท์ที่เกิดจากกระบวนการการทำหน้าที่ของระบบการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทุกเพศภาวะ เพศวิถี ในทุกช่วงชีวิต และให้หมายรวมถึงการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี

“สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์” หมายความว่า สิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในการตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากการเลือกปฏิบัติหรือถูกบังคับ เสมอภาคและรับผิดชอบในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ตลอดจนมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง ครบถ้วน มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

“สิทธิทางเพศ” หมายความว่า ความเสมอภาคและความเป็นอิสระในการเลือกวิถีชีวิตทางเพศ

การมีความสัมพันธ์ทางเพศด้วยความสมัครใจและปลอดภัย เคารพศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน และรับผิดชอบร่วมกันเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ โดยปราศจากความรุนแรง หรือขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมอันดีของประชาชน

“การปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์” หมายความว่า การปรึกษาการให้บริการและการให้ข้อมูลข่าวสาร แบบผสมผสานในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงเรื่องอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว สุขภาพทางเพศ เพศศึกษา การแปลงเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ การมีบุตรยาก มะเร็งของระบบสืบพันธุ์ วัยรุ่น วัยทอง สูงอายุ และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูล

“เพศภาวะ” หมายความว่า ภาวะความเป็นหญิง ความเป็นชายที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยแวดล้อมสังคมและวัฒนธรรมในช่วงเวลาหนึ่งๆ

“วิถีชีวิตทางเพศ” หมายความว่า ความประพฤติ การปฏิบัติหรือการมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องเพศในช่วงชีวิตของบุคคล

“เพศศึกษา” หมายความว่า กระบวนการเรียนรู้ในแต่ละช่วงวัยเกี่ยวกับเจตคติ ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ เพศภาวะและวิถีชีวิตทางเพศ เพื่อก่อให้เกิดความรับผิดชอบและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพศ

“วัยทอง” หมายความว่า วัยที่ระดับฮอร์โมนเริ่มลดลงยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ

“สถานบริการสาธารณสุข” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน สภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“สถานศึกษา” หมายความว่า สถานศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๒ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือสถานที่อื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งมีคุณสมบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่กับออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

มาตรา ๕ บุคคลย่อมมีสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิทางเพศ มีสิทธิเข้าถึงและได้รับข้อมูลข่าวสาร รับการปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากสถานบริการสาธารณสุข อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ และได้มาตรฐานตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖ ให้สถานบริการสาธารณสุขจัดให้มีการปรึกษาหรือบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสม มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

มาตรา ๗ ให้สถานศึกษาจัดให้มีการสอนเพศศึกษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวุฒิภาวะและวัยของผู้เรียน

มาตรา ๘ การให้การปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้ให้การปรึกษาและบริการต้องพึงปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีทางเลือกและตัดสินใจอย่างอิสระ

(๒) ไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร หรือประวัติการบำบัดรักษาด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้รับบริการ

(๓) ให้การปรึกษาและบริการที่เหมาะสมตามเพศภาวะ วิถีชีวิตทางเพศ วัย และความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ โดยไม่ก่อให้เกิดความอับอายหรือเสื่อมเสียแก่ผู้รับบริการ

มาตรา ๙ ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานของรัฐหรือนายจ้างภาคเอกชนที่มีหญิงมีครรภ์ปฏิบัติงานต้องไม่กระทำการใดอันเป็นการขัดขวางการลาคลอดตามระยะเวลาตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งต้องส่งเสริมให้หญิง ซึ่งเป็นมารดาได้เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่อง ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๑๐ ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานของรัฐ หรือนายจ้างภาคเอกชน มีหน้าที่ต้องป้องกันไม่ให้มีการกระทำใดๆ อันเป็นการล่วงเกิน คุกคาม หรือก่อความเดือดร้อนทางเพศต่อผู้ใต้บังคับบัญชา หรือลูกจ้าง

มาตรา ๑๑ ในกรณีที่สถานที่ทำงานมีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง หรือเลี้ยงบุตรด้วยตนเองได้ ให้สถานที่ทำงานดังกล่าวต้องจัดระบบช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของมารดาและบุตรอย่างเหมาะสม

มาตรา ๑๒ ในกรณีที่สถานศึกษามีหญิงมีครรภ์อยู่ระหว่างศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษานั้นต้องอนุญาตให้หญิงมีครรภ์ศึกษาต่อในระหว่างตั้งครรภ์ หรือลาพักและกลับไปศึกษาต่อภายหลังคลอดบุตรแล้วได้

มาตรา ๑๓ ให้สถานศึกษาพัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษาให้สามารถสอน และให้การปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และเพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต รักและเห็นคุณค่าในตนเอง

มาตรา ๑๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ” เรียกโดยย่อว่า “กอช.” ประกอบด้วย

(๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ

(๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง

(๓) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เป็นรองประธานกรรมการ คนที่สอง

(๔) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปลัดกรุงเทพมหานคร ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และนายกสภาการพยาบาล เป็นกรรมการ

(๕) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สองคน ด้านพัฒนาสตรีและครอบครัวสองคน ด้านกฎหมาย ด้านสังคมศาสตร์ด้านสังคมสงเคราะห์ และด้านการศึกษาด้านละหนึ่งคน ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่มีประสบการณ์ ซึ่งมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สองคน ผู้แทนผู้สูงอายุหนึ่งคน ผู้แทนนายจ้างหนึ่งคน ผู้แทนเยาวชนหนึ่งคน ผู้แทนแรงงานสตรีหนึ่งคน และผู้แทนผู้พิการหนึ่งคน

ให้อธิบดีกรมอนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้อธิบดีกรมอนามัยแต่งตั้งข้าราชการในกรมอนามัยไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๑๕ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี

ในกรณีที่กรรมการทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้ว การแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแทนตำแหน่งที่ว่างลงตามวรรคสอง หากวาระที่เหลืออยู่นั้นไม่ถึงเก้าสิบวัน รัฐมนตรีจะไม่แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นแทนก็ได้

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมิได้แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นใหม่ ให้กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินงานต่อไปจนกว่ากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระ อาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

มาตรา ๑๖ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) พ้นจากการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพ

(๖) ถูกให้ออก ปลดออกหรือไล่ออกจากราชการในกรณีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นเจ้าพนักงานของรัฐ

(๗) ขาดการประชุมติดต่อกันสามครั้งโดยไม่มีเหตุอันสมควร

(๘) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

มาตรา ๑๗ คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ เกี่ยวกับการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิและการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๒) จัดทำแผนงานหลัก และมาตรการ การส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๓) ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม พัฒนา ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

(๔) กำหนดแนวทางและกำกับดูแลการดำเนินการตามพันธกรณีระหว่างประเทศ ตลอดจนการให้ความร่วมมือและประสานงานกับต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศเกี่ยวกับการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิและการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการพัฒนาประชากรของประเทศ

(๕) กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ วิธีการหรือวางระเบียบเกี่ยวกับการให้การปรึกษาและการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการลาคลอดและการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชน

(๖) เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ เพื่อให้การปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(๗) ส่งเสริม สนับสนุนและกำกับดูแลให้มีการศึกษาวิจัยและจัดทำข้อมูลแบบบูรณาการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๘) ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๘ การประชุม คณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม

ในการประชุมคณะกรรมการ ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการคนที่หนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการคนที่หนึ่งไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการคนที่สองเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการทั้งสองคน ไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาดคณะกรรมการต้องมีการประชุมอย่างน้อยปีละสองครั้ง

มาตรา ๑๙ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการมอบหมาย การประชุมของคณะอนุกรรมการ ให้นำมาตรา ๑๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๒๐ ให้กรมอนามัยทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติงานธุรการและการบริหารงานทั่วไปของคณะกรรมการ

(๒) เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและร่วมมือกับส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน และต่างประเทศ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิและการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๓) จัดให้มีการรวบรวม ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งจัดให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิและการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ตามพระราชบัญญัตินี้

(๔) จัดให้มีข้อมูลสารสนเทศและการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลการให้การปรึกษา และการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในหน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุขและภาคเอกชน

(๕) ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานหลัก เพื่อรายงานต่อคณะกรรมการ

(๖) ปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา ๒๑ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ให้การส่งเสริมและคำแนะนำแก่หน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิและการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๒) เข้าไปในหน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาหรือสถานที่ทำงานในระหว่างเวลาทำการเพื่อสอบถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

(๓) มีหนังสือขอให้บุคคลที่เกี่ยวข้องให้ถ้อยคำหรือทำคำชี้แจงข้อเท็จจริง ส่งเอกสาร หรือพยานหลักฐาน เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่งถ้าพบว่าหน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน ระเบียบ หรือประกาศของคณะกรรมการที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ออกคำแนะนำเป็นหนังสือ เพื่อให้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามมาตรฐาน ระเบียบ หรือประกาศแล้วแต่กรณีภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ต้องไม่เกินสามสิบวัน หากไม่ปฏิบัติตามให้รายงานคณะกรรมการเพื่อดำเนินการตามมาตรา ๒๔

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามสมควร

มาตรา ๒๒ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา ๒๓ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัว ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา ๒๔ ในกรณีที่คณะกรรมการได้รับคำร้อง จากผู้ได้รับผลกระทบด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ หรือได้รับรายงานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ว่าหน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้ให้บริการใดไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ระเบียบหรือประกาศที่คณะกรรมการกำหนดตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการดังนี้

(๑) แจ้งเป็นหนังสือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ต้องไม่เกินกว่า สามสิบวัน

(๒) กรณีที่หน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้ให้บริการ ไม่ปฏิบัติตาม (๑) ให้คณะกรรมการแจ้งเป็นหนังสือต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลหรือผู้บังคับบัญชา หน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงานดังกล่าวเพื่อพิจารณาสั่งการตามอำนาจหน้าที่ แล้วแต่กรณีต่อไป

มาตรา ๒๕ ผู้ให้การปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลข่าวสารหรือประวัติการรักษาของผู้รับบริการตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๘(๒) หรือ ให้การปรึกษาและบริการที่ก่อให้เกิดความอับอายหรือเสื่อมเสียแก่ผู้รับบริการ อันเป็นการฝ่าฝืนบทบัญญัติมาตรา ๘(๓) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหกหมื่นบาท

มาตรา ๒๖ ผู้ใดที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติมาตรา ๙ หรือ ๑๐ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหกหมื่นบาท

มาตรา ๒๗ ผู้ใดขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๒๑ วรรคหนึ่ง (๒) โดยไม่มีเหตุอันสมควร หรือไม่ให้ถ้อยคำ หรือคำชี้แจงตามที่พนักงานเจ้าหน้าที่ร้องขอเป็นหนังสือตามมาตรา ๒๑ วรรคหนึ่ง (๓) โดยไม่มีเหตุอันสมควร ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๒๘ ในวาระเริ่มแรก ให้คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ จนกว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ตามพระราชบัญญัตินี้

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....

นายกรัฐมนตรี

ภาคผนวก 3
ประมวลกฎหมายอาญา หมวด ๓ ความผิดฐานทำให้แท้งลูก
และ
ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับ
การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕
แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘

ประมวลกฎหมายอาญา หมวด ๓ ความผิดฐานทำให้แท้งลูก

มาตรา ๓๐๑ หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูก หรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนแท้งลูก ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ

มาตรา ๓๐๒ ผู้ใดทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นยินยอม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงรับอันตรายสาหัสอย่างอื่นด้วย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินเจ็ดปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นสี่พันบาท หรือทั้ง จำทั้งปรับถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้องระวาง โทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

มาตรา ๓๐๓ ผู้ใดทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นไม่ยินยอม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินเจ็ดปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นสี่พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงรับอันตรายสาหัสอย่างอื่นด้วย ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี และปรับตั้งแต่สองพันบาทถึงสองหมื่นบาทถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงถึงแก่ความตาย ผู้กระทำต้อง ระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปีถึงยี่สิบปี และปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาท ถึงสี่หมื่นบาท

มาตรา ๓๐๔ ผู้ใดเพียงแต่พยายามกระทำความผิดตาม มาตรา ๓๐๑ หรือ มาตรา ๓๐๒ วรรคแรก ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ

มาตรา ๓๐๕ ถ้าการกระทำความผิดดังกล่าวใน มาตรา ๓๐๑ และ มาตรา ๓๐๒ นั้น เป็นการกระทำของนายแพทย์และ

(๑) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น หรือ

(๒) หญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดอาญา ตามที่บัญญัติไว้ใน มาตรา ๒๗๖ มาตรา ๒๗๗ มาตรา ๒๘๒ มาตรา ๒๘๓ หรือ มาตรา ๒๘๔ ผู้กระทำไม่มีความผิด

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ (๓) (ฎ) และความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย คณะกรรมการแพทยสภาออกข้อบังคับ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้น จะกระทำได้เมื่อหญิงมีครรภ์ยินยอม

ข้อ ๔ แพทย์ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับนี้ ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย

ข้อ ๕ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ มาตรา ๓๐๕ (๑) แห่งประมวลกฎหมายอาญา ให้เป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

(๑) เป็นกรณีที่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายของหญิงมีครรภ์ หรือ

(๒) เป็นกรณีที่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางจิตของหญิงมีครรภ์ ซึ่งจะต้องได้รับการรับรองหรือเห็นชอบจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มิใช่ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งคน

ในกรณีที่หญิงนั้นมีความเครียดอย่างรุนแรง เนื่องจากพบว่าทารกในครรภ์มีหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการอย่างรุนแรง หรือเป็นหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคพันธุกรรมอย่างรุนแรง เมื่อหญิงนั้นได้รับการตรวจวินิจฉัยและการปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ (genetic counseling) และมีการลงนามรับรองในเรื่องดังกล่าวข้างต้น โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มิใช่ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งคนให้ถือว่าหญิงมีครรภ์นั้นมีปัญหาสุขภาพจิตตาม (๒)

ทั้งนี้ ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่าผู้หญิงนั้นมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือทางจิต และต้องมีการบันทึกการตรวจและวินิจฉัยโรคไว้ในเวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐาน

ข้อ ๖ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา ๓๐๕ (๒) แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้น ต้องมีหลักฐานหรือข้อเท็จจริงอันควรเชื่อได้ว่า หญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดอาญาตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๓๐๕ (๒) แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ข้อ ๗ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อ ๕ และข้อ ๖ ต้องกระทำในสถานพยาบาลดังต่อไปนี้

(๑) โรงพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือสถานพยาบาลเวชกรรมที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ทั้งนี้ โดยสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ได้ตามความเหมาะสม

(๒) คลินิกเวชกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ที่อายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์

ข้อ ๘ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับนี้ จะต้องทำรายงานเสนอต่อแพทยสภา ตามเงื่อนไขและระยะเวลาในแบบฟอร์มที่แพทยสภากำหนด

ข้อ ๙ ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับนี้ ให้ถือว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้นประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่รักษามาตรฐานในระดับที่ดีที่สุด

ข้อ ๑๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับนี้ ให้ถือว่าได้กระทำ ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๘
สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
นายกแพทยสภา

ภาคผนวก 4
มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

“มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน” พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา “คลินิกวัยรุ่น” เป็นเครื่องมือสำหรับโรงพยาบาลใช้ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จึงเป็นเครื่องมือ หรือกลไกหนึ่งของระบบการประเมินและรับรองมาตรฐาน มาตรฐานฯ มีเป้าหมายที่ต้องการให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความต้องการ สำหรับรายละเอียดของมาตรฐานฯ มีดังต่อไปนี้

ทำเพื่ออะไร

มาตรฐานฯนี้ มีวัตถุประสงค์

1. เป็นแนวทางการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน
2. ใช้เป็นเครื่องมือประเมินตนเองและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
3. ใช้สื่อสารกับผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอกให้สามารถวางแผนการสำรวจและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

ใครได้รับประโยชน์

กลุ่มเป้าหมายของการใช้มาตรฐานฯ คือวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-24 ปี ทั้งที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา ชนบทห่างไกล สลัม สถานประกอบการ เพศที่สาม เด็กเร่ร่อน เด็กด้อยโอกาส รวมทั้งเด็กพิเศษ

ผู้ใช้มาตรฐานคือใคร

กลุ่มเป้าหมายหลักที่ใช้มาตรฐานฯ นี้ คือ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่อยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ได้แก่ ผู้บริหารและผู้นิเทศจากหน่วยงานสาธารณสุขระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งนักวิชาการ และผู้สนใจทั่วไป

พัฒนามาอย่างไร

มาตรฐานฯ นี้พัฒนาจากข้อมูลประสบการณ์และบทเรียนเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นและเยาวชนของประเทศไทย ต่างประเทศ และองค์การระหว่างประเทศ รวมทั้งการประชุมเพื่อระดมสมองของนักวิชาการ ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร และผู้ทรงคุณวุฒิ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยสรุปมาตรฐานฯ ประกอบด้วย องค์ประกอบต่างๆ 4 องค์ประกอบ

องค์ประกอบมีอย่างไรบ้าง

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ

1.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายที่มุ่งไปสู่บริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรและมีคุณภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

1.2 มีคณะทำงาน/คณะกรรมการเฉพาะที่รับผิดชอบผลักดันขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

1.3 แผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม

1.4 ระบบข้อมูล สารสนเทศ และการจัดการความรู้

1.5 การสื่อสารภายใน

1.6 การสนับสนุนทรัพยากร

1.7 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการ

2.1 ภาคีและเครือข่าย

2.2 การประชาสัมพันธ์

2.3 การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

องค์ประกอบที่ 3 บริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

3.1 การบริการให้ข้อมูล

3.2 การบริการให้การปรึกษา

3.3 การบริการที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

3.4 การดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ

องค์ประกอบที่ 4 ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่อวัยรุ่น

4.1 ระบบบริการ

4.2 สถานที่ให้บริการ

4.3 บุคลากรผู้ให้บริการ

ใช้แบบประเมินตนเองและมาตรฐานอย่างไร

เนื่องจากแบบประเมินตนเองและมาตรฐานฯ นี้ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเองในการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เป็นแบบประเมินที่ออกแบบให้ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลร่วมในการประเมิน โดยเริ่มจาก

1. ผู้บริหาร กลุ่มแกนนำ และผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาแบบประเมิน เพื่อให้เห็นความสำคัญของการจัดการระบบในภาพรวมและเห็นความจำเป็นของการนำข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ มาเชื่อมโยงกัน
2. ให้หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องประเมินตนเองโดยควรเป็นความร่วมมือของผู้นำและสมาชิกในหน่วยงาน
3. นำข้อมูลจากทุกส่วนมาประมวล เป็นข้อมูลโรงพยาบาลและจากแผนในการปรับปรุงคุณภาพบริการตามประเด็นที่ยังไม่ผ่าน
4. ในกรณีที่โรงพยาบาลประเมินตนเองและคิดว่าบริการมีความครอบคลุมในทุกองค์ประกอบโรงพยาบาลควรทำเรื่องเสนอส่วนกลางเพื่อขอรับการประเมินต่อไป

การกรอกข้อมูลในแบบประเมินฯ

1. โปรดใส่เครื่องหมายในช่อง มี ไม่มี ไม่แน่ใจ
   การประเมิน มี หมายถึง มีการปฏิบัติงานอย่างสมบูรณ์ ครบถ้วน
   ไม่มี หมายถึง ไม่มีกิจกรรม หรือ ไม่ได้ปฏิบัติ
   ไม่แน่ใจ หมายถึง มีการปฏิบัติบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ
2. โปรดกรอกข้อมูลให้สมบูรณ์ ในช่องหลักฐาน หรือสิ่งที่ปรากฏ
   2.1 ในกรณีที่ประเมินเกณฑ์ ข้อนั้นในช่อง มี ไม่แน่ใจ ให้ระบุ กิจกรรม/การปฏิบัติที่แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมีแนวทางอย่างไรในการที่บรรลุเกณฑ์ประเมินข้อนั้น
   2.2 ในกรณีที่ประเมินเกณฑ์ข้อนั้นในช่อง ไม่มี ให้ระบุ ศักยภาพ ความสามารถในการดำเนินงาน และ/ หรือข้อจำกัดที่ไม่สามารถดำเนินการได้

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
1.1 วิสัยทัศน์ [1] พันธกิจ [2] และนโยบาย โรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายที่มุ่งไปสู่บริการสุขภาพที่เป็นมิตรและมีคุณภาพ สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน **เกณฑ์ตัดสิน** 1.1.1 มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษร	.....	.....	.....	• ....
1.2 คณะทำงาน/คณะกรรมการ [3] โรงพยาบาลมีคณะทำงาน/คณะกรรมการเฉพาะที่รับผิดชอบผลักดันและขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีตัวแทนจากหน่วยบริการ วัยรุ่นและเยาวชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง **เกณฑ์ตัดสิน** 1.2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่มาจากตัวแทนโรงพยาบาลหน่วยบริการวัยรุ่นและเยาวชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เขตพื้นที่การศึกษา/สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
1.3 แผนปฏิบัติงาน / โครงการ/ กิจกรรม4 มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน /โครงการ /กิจกรรม เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนอย่างชัดเจนเป็นประจำทุกปี **เกณฑ์ตัดสิน** 1.3.1 มีแผนปฏิบัติงานงาน/ โครงการ/ กิจกรรมที่มาจากการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นและเยาวชนและเครือข่าย 1.3.2 มีแผนปฏิบัติงาน/ โครงการที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการและใช้บริการ 1.3.3 มีการนำแผนปฏิบัติงาน/ โครงการ/ กิจกรรมไปปฏิบัติเป็นรูปธรรม	....	....	....	• .... • .... • ....
1.4 ระบบข้อมูล สารสนเทศ และการจัดการความรู้ **ระบบข้อมูล สารสนเทศ** มีการรวบรวม จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อปรับปรุงผลงาน มีระบบข้อมูลเยาวชนที่สนับสนุนหรือเอื้อต่อการวางแผน การเฝ้าระวัง และการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
เกณฑ์ตัดสิน 1.4.1 มีข้อมูลที่สำคัญของวัยรุ่นและเยาวชน • ข้อมูลประชากรวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบ • จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี/ต่ำกว่า 15 ปี • จำนวนวัยรุ่นและเยาวชนป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ • จำนวนวัยรุ่นและเยาวชนที่มีการแท้ง • จำนวนวัยรุ่นและเยาวชนรับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัย เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาคุมฉุกเฉิน • ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ เช่น ข้อมูลภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโต สุขภาพจิต และ ทันตสุขภาพ • ข้อมูลสภาพแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ	.....	.....	.....	• ....
1.4.2 มีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการที่เป็นความลับ	.....	.....	.....	• ....
1.4.3 มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และแสดงผลการดำเนินงานและผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
1.4.4 มีกระบวนการจัดการข้อมูลเพื่อประเมินผลและตอบสนองย้อนกลับมาพัฒนาบริการ	.....	.....	.....	• ....
การจัดการความรู้ มีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน และประสบการณ์ของผู้ให้บริการ รวมทั้งอาสาสมัคร/ แกนนำเยาวชน **เกณฑ์ตัดสิน** 1.4.5 มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนจากผู้ให้บริการ อาสาสมัคร แกนนำวัยรุ่นและเยาวชน และผู้เกี่ยวข้อง 1.4.6 มีการพัฒนาเทคโนโลยี/ นวัตกรรมเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน 1.4.7 มีการสรุปบทเรียนเพื่อเผยแพร่แก่ภาคีและเครือข่าย รวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง	....	....	....	• .... • .... • .....
1.5 การสื่อสารภายใน [5] มีการสื่อสาร วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย แผนงาน โครงการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้แก่บุคลากรภายในหน่วยบริการ/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง [6] ภายในโรงพยาบาลทราบอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ **เกณฑ์ตัดสิน** 1.5.1 มีการประชุมชี้แจง การทำความเข้าใจกับบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน และมีรายงานการประชุม	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
1.5.2 มีการสื่อสารด้วยช่องทางต่างๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์/เสียงตามสายในหน่วยงาน/Intranet /เอกสารแผ่นพับ ฯลฯ	.....	.....	.....	• ....
1.6 การสนับสนุนทรัพยากร มีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และวัสดุ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตามแผนงานโครงการที่กำหนด **เกณฑ์ตัดสิน**				
1.6.1 มีงบประมาณ/ โครงการ และแหล่งที่มา	.....	.....	.....	• ....
1.6.2 มีแพทย์เป็นหัวหน้า/ ประธานรับผิดชอบ	.....	.....	.....	• ....
1.6.3 มีทีมเจ้าหน้าที่/พยาบาล/นักวิชาการรับผิดชอบ	.....	.....	.....	• ....
1.6.4 มีวัสดุ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ [7] เพียงพอและเหมาะสมในการดำเนินงาน	.....	.....	.....	• ....
1.6.5 มีงบประมาณการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งแกนนำวัยรุ่นที่เป็นเครือข่ายในชุมชน	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
1.6.6 มีการสร้างขวัญ กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ [8] แก่บุคลากรที่รับผิดชอบ	.....	.....	.....	• ....
1.7 การกำกับ ติดตาม และประเมินผล มีการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลเพื่อการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง **เกณฑ์ตัดสิน**				
1.7.1 มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด	.....	.....	.....	• ....
1.7.2 มีการติดตามอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่างๆ	.....	.....	.....	• ....
1.7.3 มีการนำปัญหาที่พบมาวิเคราะห์แก้ไขและปรับปรุง	.....	.....	.....	• ....
1.7.4 มีการประเมินผล • กิจกรรมตามแผน/ที่ได้ดำเนินการ • จำนวนผู้รับบริการรายเดือน ปี จำแนกตามเดือน ปี อายุ เพศ และชนิดบริการ • การเข้าถึงบริการ การใช้บริการ และการประเมินความพึงพอใจ	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
• ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย วัยรุ่นและเยาวชนในที่ต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงงาน และชุมชนเป็นต้น • การประชาสัมพันธ์ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมาย 1.7.5 มีการรายงานผลต่อผู้บริหาร/คณะกรรมการ/คณะทำงาน/เครือข่าย	.....	.....	.....	.... • ....

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการ

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
2.1 ภาคีและเครือข่าย [9] มีเครือข่ายผู้รับบริการที่ครอบคลุมวัยรุ่นและเยาวชนทุกกลุ่ม **เกณฑ์ตัดสิน**				
2.1.1 มีเครือข่ายและทำเนียบเครือข่าย	.....	.....	.....	• ....
2.1.2 เครือข่ายมีบทบาทเป็นผู้ร่วมในการดำเนินการ และมีผังการประสานงาน	.....	.....	.....	• ....
2.1.3 เครือข่ายได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	.....	.....	.....	• ....
2.1.4 เครือข่ายมีการประชุมร่วมกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	.....	.....	.....	• ....
2.2 การประชาสัมพันธ์ มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์บริการและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในหลายช่องทาง ให้เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ครอบครัว ชุมชน เครือข่าย และประชาชนทั่วไป				

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
เกณฑ์ตัดสิน 2.2.1 มีแผนการประชาสัมพันธ์ 2.2.2 มีการดำเนินงานตามแผนการประชาสัมพันธ์และมีกิจกรรมประชาสัมพันธ์	....	....	....	• .... • ....
2.3 การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย มีกลไกการดำเนินงาน การเสริมสร้างความร่วมมือ การสนับสนุนจากชุมชน พ่อแม่ผู้ปกครองและเครือข่ายเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเพิ่มการใช้บริการของกลุ่มเป้าหมาย โดยมีส่วนร่วมของวัยรุ่นและเยาวชนและภาคีเครือข่าย **เกณฑ์ตัดสิน** 2.3.1 มีการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก [10] ในชุมชนและเครือข่ายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 2.3.2 มีการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนกิจกรรม/ โครงการของชุมชนและเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง	....	....	....	• .... • ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
2.3.3 โรงพยาบาลสนับสนุนให้เกิดรูปแบบ เพื่อนช่วยเพื่อน ในกลุ่มแกนนำวัยรุ่นและเยาวชน มีบทบาทเป็นผู้เชื่อมโยงการทำงานในชุมชน กับโรงพยาบาล	.....	.....	.....	• ....
2.3.4 มีช่องทางเข้าถึงบริการที่ไม่ต้องแสดงตัว สะดวกใจแก่ผู้รับบริการ เข้าถึงได้สะดวก [11] และมีการเก็บและบันทึกข้อมูลผู้รับบริการทั้งที่แสดงตัวและไม่แสดงตัว	.....	.....	.....	• ....

องค์ประกอบที่ 3 บริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
3.1 การบริการให้ข้อมูล มีบริการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชน ที่ถูกต้องครบถ้วน ทันสมัย สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมประเด็นสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย ด้วยระบบ วิธีการ สื่อที่หลากหลายและน่าสนใจ **เกณฑ์ตัดสิน**				
3.1.1 มีสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชน ที่ถูกต้อง ทันสมัย ครอบคลุมประเด็นสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย	.....	.....	.....	• ....
3.1.2 มีช่องทางการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ วิดีโอ การสัมมนา และอื่นๆ	.....	.....	.....	• ....
3.2 การบริการให้การปรึกษา มีการให้การปรึกษารูปแบบต่างๆ ทั้งในและ/หรือนอกเวลาราชการแก่วัยรุ่นและเยาวชนรวม ทั้งพ่อแม่ผู้ปกครอง ที่มีความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ **เกณฑ์ตัดสิน**				
3.2.1 มีบริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ แก่วัยรุ่นโดยผู้ที่ผ่านการอบรมด้านการให้การปรึกษาวัยรุ่นและเยาวชน	.....	.....	.....	• ....
3.2.2 มีบริการให้การปรึกษาแก่ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง	.....	.....	.....	• .....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
3.2.3 มีบริการให้การปรึกษาครอบครัว12	.....	.....	.....	• ....
3.2.4 มีบริการให้การปรึกษาการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ 13 (Voluntary Counseling and Testing)	.....	.....	.....	• ....
3.3 การบริการที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ มีการดำเนินงานแบบเป็นองค์รวม ผสมผสาน เคารพและปกป้องสิทธิผู้รับบริการ เข้าถึงและใช้บริการได้สะดวกรวดเร็วและไม่ตีตราทั้งในสถานพยาบาลและในระบบของภาคีเครือข่าย **เกณฑ์ตัดสิน**				
3.3.1 มีบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ตามความต้องการของผู้รับบริการและตามชุดสิทธิประโยชน์ เช่น • การซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป • ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการ [14] • ประเมินภาวะอ้วนโดยการวัดเส้นรอบเอว • ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
• การประเมินความเครียด/ภาวะซึมเศร้า				.....
• ประเมินความฉลาดทางอารมณ์				.....
• ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง				.....
3.3.2 มีบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการรักษาฟื้นฟู ตามชุดสิทธิประโยชน์				
• มีบริการสอนด้านพัฒนาการวัยรุ่นและอบรมเพศศึกษาแก่ครู พ่อแม่ผู้ปกครอง	.....	.....	.....	• ....
• มีบริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	.....	.....	.....	• .....
• มีบริการสอนการเตรียมตัวก่อนมีบุตร การฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด	.....	.....	.....	• ....
• มีบริการสอนป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์	.....	.....	.....	• .....
• มีการวินิจฉัยเพื่อการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	.....	.....	.....	• .....
• มีบริการยาและอุปกรณ์ป้องกันการตั้งครรภ์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	.....	.....	.....	• ....
• มีบริการเพื่อรองรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ [15]	.....	.....	.....	• .....
• มีการรักษาโรค/ภาวะผิดปกติตามความต้องการและปัญหาของเยาวชน เช่น สิว ภาวะผิดปกติของประจำเดือน หรือการเปลี่ยนแปลงร่างกายและจิตใจตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะขาดสารอาหาร เรื้อรัง	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
3.4 การดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ ทีมผู้ให้บริการมีการสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ [16] องค์กรเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน [17] และชุมชน ในการดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อ รวมทั้งการรับการรักษาต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ **เกณฑ์ตัดสิน**				
3.4.1 มีทะเบียนและทำเนียบข้อมูลองค์กรเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อ	.....	.....	.....	• .....
3.4.2 มีการทำความเข้าใจ ความร่วมมือ ระบบการการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อและการประสานงานแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	.....	.....	.....	• ....
3.4.3 มีการสื่อสารข้อมูลของผู้รับบริการให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของวัยรุ่นและเยาวชน	.....	.....	.....	• ....
3.4.4 มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อและนำมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาและมีการแก้ไขปัญหาจากการส่งต่อ	.....	.....	.....	• ....
3.4.5 มีการรับ การส่งต่อจากเครือข่ายแกนนำวัยรุ่นและเยาวชนรวมทั้ง เครือข่ายอื่นๆ	.....	.....	.....	• ....

องค์ประกอบที่ 4 ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่อวัยรุ่นและเยาวชน

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
4.1 ระบบบริการ มีระบบบริการที่เน้นการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน **เกณฑ์ตัดสิน**				
4.1.1 การจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลมีความชัดเจน เช่น มีการต้อนรับทักทายและมีกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับวัยรุ่นและเยาวชน ดูแลเอาใจใส่ มีการประเมินความพึงพอใจหรือมีกล่องรับความคิดเห็น	.....	.....	.....	• ....
4.1.2 มีการทำงานเป็นทีม/ทีมสหสาขาวิชาชีพ	.....	.....	.....	• ....
4.1.3 ระบบบริการที่มีการลดขั้นตอนที่ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้มารับบริการ	.....	.....	.....	• ....
4.1.4 มีการประชุม case conference เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ	.....	.....	.....	• ....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
4.2 สถานที่ให้บริการ สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดึงดูดความสนใจ รวมทั้งการจัดระเบียบการให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้เป็นที่ประทับใจของวัยรุ่นและเยาวชน **เกณฑ์ตัดสิน**				
4.2.1 มีสถานบริการที่สะอาด เป็นสัดส่วน สะดวก ง่าย ครอบคลุม ไม่จำกัดสถานที่เฉพาะ	.....	.....	.....	• ....
4.2.2 มีสถานที่ที่ปลอดภัย จัดพื้นที่สำหรับรอรับบริการและให้การปรึกษาแยกเป็นสัดส่วนเพื่อความเป็นส่วนตัว มีตารางเวลาให้บริการและประเภทของบริการแสดงไว้ชัดเจน	.....	.....	.....	• ....
4.3 บุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการที่รับผิดชอบงานนี้ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมและได้รับการอบรมต่อเนื่อง เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการให้บริการที่เป็นมิตรและที่จำเป็นแก่เยาวชนกลุ่มต่างๆ มีทักษะการให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างพลัง (Empowerment Counseling) และมีทัศนคติ/แนวคิดที่ปราศจากอคติและการเลือกปฏิบัติต่อเยาวชนกลุ่มต่างๆ	.....	.....	.....	• .....

มาตรฐาน	ผลการประเมิน			
	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	หลักฐาน/ สิ่งที่ปรากฏ
เกณฑ์ตัดสิน				
4.3.1 ผู้ให้บริการผ่านการอบรมเพื่อเป็นผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน	.....	.....	.....	• .....
4.3.2 ผู้ให้บริการผ่านการอบรม เช่น การให้การปรึกษา การให้การปรึกษาวัยรุ่นและเยาวชนและการให้การปรึกษาครอบครัว เป็นต้น	.....	.....	.....	..... • .....
4.3.3 ผู้ให้บริการได้รับการพัฒนา เพิ่มพูนความรู้และทักษะในด้านเจตคติองค์ความรู้ทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง				....

1. **วิสัยทัศน์ หมายถึง** ภาพอนาคต ของโรงพยาบาลซึ่งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต้องการให้เกิดขึ้น อาจรวมถึงประชาชน (วัยรุ่นและเยาวชน) และควรเป็นส่วนหนึ่งของวิสัยทัศน์ในระบบคุณภาพโรงพยาบาล เช่น HA HPH
2. **พันธกิจ หมายถึง** ข้อมูลที่ระบุถึงความมุ่งหมาย หน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำ ที่สอดคล้องกับพันธกิจหลักขององค์กร
3. **คณะทำงาน/คณะกรรมการ หมายถึง** คณะทำงาน/กรรมการรวมทั้งตัวแทนจากเยาวชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับการมอบหมาย มีการระบุขอบเขตหน้าที่ชัดเจน และปฏิบัติหน้าที่ตามขอบเขตที่กำหนด
4. **แผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม หมายถึง** ต้องระบุ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย งบประมาณ กลวิธีดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา และวิธีการประเมินผล
5. **การสื่อสารภายใน หมายถึง** การนำข้อมูลวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย แผนงาน โครงการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนผ่านช่องทางต่างๆถึงบุคลากรในองค์กร เช่น การประชุม ป้ายประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย intranet เอกสารแผ่นพับ ฯลฯ
6. **บุคลากร ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หมายถึง** พนักงานต้อนรับ เจ้าหน้าที่ในคลินิกที่เกี่ยวข้อง งานชันสูตร งานเภสัชกรรม ห้องเอกซเรย์ การเงิน พนักงานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย ฯลฯ
7. **วัสดุ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ หมายถึง** วัสดุ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ ที่จำเป็นต้องใช้ในงานบริการ มีความเพียงพอ มีความพร้อมใช้ มีการระบุวันหมดอายุชัดเจน มีการบำรุงรักษาสม่ำเสมอขณะใช้งาน ตลอดจนการซ่อมบำรุง

8. **การสร้างขวัญ กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ หมายถึง** การยกย่องชมเชย และให้ผลตอบแทนแก่บุคลากรที่รับผิดชอบที่มีผลงานดี เพื่อให้บุคลากรตระหนักในคุณค่าของตนและเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน
9. **ภาคีและเครือข่าย หมายถึง** องค์กรเครือข่ายภาครัฐและเอกชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ชมรม/กลุ่มผู้ปกครอง ศูนย์เยาวชน กลุ่มแกนนำวัยรุ่นและเยาวชน สภาเด็กและเยาวชน ที่มีวัยรุ่นและเยาวชนในความดูแล
10. **บริการสุขภาพเชิงรุก** เป็นบริการเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายทั้งในโรงเรียน/นอกระบบและในชุมชน เป็นบริการที่ออกไปเชื่อมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเครือข่ายโรงเรียน ชุมชน ชมรม เช่น การอภิปราย สัมมนา การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิต การให้การปรึกษา บริการตรวจสุขภาพ ร่วมจัดรณรงค์ จัดนิทรรศการ กิจกรรม To Be Number One Friend Corner
11. **มีช่องทางเข้าถึงบริการที่ไม่ต้องแสดงตัว สะดวกใจแก่ผู้รับบริการ เข้าถึงได้สะดวก หมายถึง** บริการทางโทรศัพท์ (hotline, warmline) พบปะนอกสถานที่, อินเตอร์เน็ต การให้บริการนอกเวลาราชการ (ตอนเย็น, วันสุดสัปดาห์) บริการนอกสถานที่
12. **การให้การปรึกษาครอบครัว หมายถึง** การให้การปรึกษาโดยมีบุคคลในครอบครัวและวัยรุ่นร่วมด้วย
13. **มีบริการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ หมายถึง** การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเด็ก (อายุต่ำกว่า 18 ปี) สามารถทำได้ในสถานบริการที่มีระบบการให้การปรึกษาการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก โดยก่อนการตรวจทุกครั้งต้องมีการให้การปรึกษาก่อนและการให้การปรึกษาหลังการตรวจด้วย การขอความยินยอมจากผู้ปกครองให้เป็นไปตามความประสงค์ของเด็ก และการตรวจและการแจ้งผลการตรวจของเด็กให้อยู่บนหลักการรักษาความลับ การสมัครใจยินยอมของผู้รับบริการ ให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่เด็กจะได้รับและไม่เลือกปฏิบัติ (ร่างข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเด็ก พ.ศ. 2552) www.farthai.org
14. **ประเมินภาวะโภชนาการ หมายถึง** การใช้กราฟการเจริญเติบโตในวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี และคำนวณค่า BMI ใช้ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 18 ปีขึ้นไป
15. **มีการบริการรองรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง** การให้การปรึกษาที่เหมาะสม มีการให้ข้อมูลอย่างรอบด้านประกอบการตัดสินใจของผู้รับบริการ การส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังการส่งต่อ มีขั้นตอนการส่งต่อที่ชัดเจน ทั้งในและนอกหน่วยงาน โดยเฉพาะการส่งต่อไปยังหน่วยงานด้านสังคมและสวัสดิการ (กรมประชาสงเคราะห์) หน่วยงานวางแผนครอบครัวและหน่วยงานด้านกฎหมาย
16. **หน่วยบริการสุขภาพ หมายถึง** สถานบริการของรัฐ องค์การนอกภาครัฐและเอกชน ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เช่น สถานีอนามัย ศูนยสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) สมาคมวางแผนครอบครัว
17. **องค์กรเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน หมายถึง** องค์กรเครือข่ายอื่นๆ เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน/มูลนิธิต่างๆ ที่คอยให้ความช่วยเหลือเพื่อผู้หญิง เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิงบ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ มูลนิธิปวีณาเพื่อเด็กและสตรี

ภาคผนวก 5
นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย ควรจัดให้มีบริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพ ควรให้คำปรึกษาแบบคู่ (Couple counselling) และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยแจ้งให้ทราบเฉพาะบุคคล และผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอนุญาตเท่านั้น

2. หญิงตั้งครรภ์ทุกคนและสามีหรือคู่ครอง จะได้รับการปรึกษาแบบคู่ และตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจเซลล์ CD4 และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (Hight Active Antiretrovirus Therapy: HAART) หรือรักษาด้วยยาต้านไวรัสอื่นๆ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

3. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสเมื่อแรกเกิด ได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก และได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

4. แม่ ลูก และสามีหรือคู่ครองที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสตามสภาพของการติดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2554

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย ควรจัดให้มีบริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพ ควรให้คำปรึกษาแบบคู่ และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยแจ้งให้ทราบเฉพาะบุคคล และผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอนุญาตเท่านั้น

2. หญิงตั้งครรภ์ทุกคน และสามีหรือคู่ครอง จะได้รับการปรึกษาแบบคู่ และตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ซึ่งการตรวจหาเชื้อเอชไอวีให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจเซลล์ CD4 และจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (Hight Active Antiretrovirus Therapy : HAART) ดังนี้

3.1 กรณีหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสใดๆ มาก่อน

3.1.1 ผลการตรวจเซลล์ CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ให้ยา AZT+3TC+LPV/r โดยเริ่มกินยาเมื่ออายุครรภ์ 14 สัปดาห์ เช้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บท้องคลอด

เมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอด กินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด ให้หยุดกินยาต้านไวรัส

3.1.2 ผลการตรวจเซลล์ CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ให้ยา AZT+ 3TC+ LPV/r โดยเริ่มกินยาทันที เช้า-เย็น ห่างกัน 12 ชั่วโมง จนเจ็บท้องคลอด

เมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอด กินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด ให้กินยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ต่อ ตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่

3.1.3 กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (HAART) มาก่อนระยะตั้งครรภ์ ให้กินยาต้านไวรัสที่ได้รับ เพื่อการรักษาก่อนตั้งครรภ์ต่อเนื่อง

เมื่อเริ่มเจ็บท้องคลอด กินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด ให้กินยาต้านไวรัสที่ได้รับเพื่อการรักษาก่อนตั้งครรภ์ต่อเนื่องต่อไป

3.2 กรณีหญิงตั้งครรภ์ มาคลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์

3.2.1 คาดว่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด กินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว

หลังคลอด พิจารณาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่ หลังได้ผล CD4

3.2.2 คาดว่าไม่น่าจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง

ระยะคลอด กินยาต้านไวรัส AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอด หรือ AZT 600 มิลลิกรัม ครั้งเดียว ร่วมกับให้ single-dose nevirapine เม็ดละ 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด

หลังคลอด ให้ยา AZT (200-300 มิลลิกรัม) + 3TC (150 มิลิกรัม) + LPV/r (400/100 มิลิกรัม) ทุก 12 ชั่วโมง จนกว่าจะทราบผล CD4

หมายเหตุ ในข้อ 3.2 พิจารณาตรวจ CD4 โดยเร็วและให้ยาต้านไวรัสช่วงหลังคลอด ดังนี้

- หาก CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ให้ยา AZT+ 3TC+ LPV/r จนครบ 4 สัปดาห์แล้วหยุดยาพร้อมกันทุกตัว

- หาก CD4 น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อไมโครลิตร ให้การรักษาต่อโดยเปลี่ยนยาตามแนวทางการรักษาผู้ใหญ่

4. ทารกทุกคนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.1 ถ้าแม่ฝากครรภ์ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (HAART) ในระยะตั้งครรภ์ หรือได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน ทารกจะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ โดยเริ่มกินทันทีหลังคลอด ขนาด 4 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง กินติดต่อกัน 4 สัปดาห์

4.2 ถ้าแม่ไม่ได้ฝากครรภ์ หรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะตั้งครรภ์ ทารกจะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ + 3TC ชนิดน้ำ โดยเริ่มกินทันที หลังคลอดให้ AZT ขนาด 4 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม และ 3TC ขนาด 2 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ทุก 12 ชั่วโมง กินติดต่อกันนาน 4 ถึง 6 สัปดาห์ และกินยา nevirapine ชนิดน้ำ ขนาด 4 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม วันละครั้ง กินติดต่อกัน 2 ถึง 4 สัปดาห์

5. ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารกจนอายุครบ 18 เดือน แทนการเลี้ยงด้วยนมแม่

6. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ต้องได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ดังนี้

6.1 ตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR ครั้งแรก เมื่ออายุ 1-2 เดือน

- ถ้าผลเป็นบวก ให้ตรวจซ้ำทันที ถ้าผลครั้งที่ 2 เป็นบวก ให้ส่งต่อเด็กเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับเด็กทันที
- ถ้าผลเป็นลบ ให้ตรวจครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 4 เดือนและตรวจยืนยันด้วย HIV antibody เมื่ออายุ 18 เดือน
- กรณีผล PCR ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ขัดแย้งกัน ให้ตรวจซ้ำครั้งที่ 3 ทันที

6.2 กรณีที่ไม่ได้ตรวจเลือดด้วยวิธี PCR ให้ตรวจ HIV antibody เมื่ออายุ 12 เดือน ถ้าผลเป็นบวก ให้ตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุ 18 เดือน

7. กรณีที่หญิงหลังคลอดยินยอมเปิดเผยผลเลือดตนเองแก่สามี และยังไม่ได้รับบริการปรึกษาแบบคู่ เมื่อมาฝากครรภ์และสามีหรือคู่ครองจะได้รับการดูแลให้การปรึกษา การดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามข้อบ่งชี้ เช่น ปริมาณของเซลล์ CD4 และพยาธิสภาพของโรค

8. สำหรับเด็กจะได้รับการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม หากพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาตามแนวทางการรักษาด้วยการให้ยาต้านไวรัสในเด็ก

ภาคผนวก 6
แผนงานโรคธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ (โรงเรียนแพทย์) และมูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ได้ร่วมดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย มาตั้งแต่ปี 2537 จนถึง ปัจจุบัน และในปีงบประมาณ 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เข้าร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ ดังกล่าว การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียของประเทศไทยได้รับการยกย่องจากนานาชาติแถบเอเชียว่าเป็นผู้นำทางวิชาการ เทคโนโลยี ในการป้องกันและควบคุมโรคด้วยต้นทุนที่ต่ำ มีนโยบายชัดเจน และเป็นชุดสิทธิประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และสามีในการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งทั้ง 3 ภาคส่วนคือ รัฐบาล ได้แก่ คือ กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาการ คือ มหาวิทยาลัยทุกแห่งและภาคประชาชน คือ มูลนิธิและชมรม ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ดังนั้น เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2550 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติ “แผนงานโรคธาลัสซีเมีย” แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 เป็นแผนงาน ระดับชาติ เพื่อเด็กไทยเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรงลดลง ส่วนผู้ป่วยที่มีอยู่จะได้รับการรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ชี้วัดโดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2550-2554 ดังนี้

1. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีการจัดระบบบริการป้องกัน ควบคุมและรักษาพยาบาลโรคธาลัสซีเมียที่ได้มาตรฐาน
2. ร้อยละ 100 ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สามารถตรวจวินิจทางห้องปฏิบัติการ ได้ครบทุกขั้นตอนและมีมาตรฐาน
3. จัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียระดับส่วนกลาง 1 แห่ง ระดับส่วนภูมิภาค 12 แห่ง
4. สามารถพัฒนาเทคนิคการตรวจวินิจฉัย α-thalassemia, α-thalassemia และวัตถุควบคุมคุณภาพสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมีย เพื่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่นำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ได้อย่างน้อย 2 เพื่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่นำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ได้อย่างน้อย 2 ชนิด
5. ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ชนิดรุนแรงลงร้อยละ 50 เมื่อสิ้นแผนฯ ปี 2554 ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิสัยทัศน์และเป้าประสงค์: ภายในปี 2554 ทารกเกิดใหม่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงลดลง ส่วนเด็กป่วยจะได้รับการรักษาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้กำหนดเป้าประสงค์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย 3 ข้อหลัก คือ

1. ปกป้องทารกจากการป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 3 ชนิด

2. พัฒนาเครือการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศ ประกอบด้วยเครือข่ายวิชาการและเครือข่ายบริการ

3. วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและองค์ความรู้ สนับสนุน การป้องกันและควบคุมโรคและสามารถใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์

แผนงานโรคธาลัสซีเมียแห่งชาติ ปี 2550-2554 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพ เจ้าภาพหลัก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 โครงการ คือ โครงการสร้างกระแสสังคม เพื่อการส่งเสริมการมีบุตรปลอดจากโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง โครงการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาคู่สมรสเสี่ยงมีบุตรเป็นโรคฯ ชนิดรุนแรง โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการความรู้และการจัดการ “โรคธาลัสซีเมีย” โครงการอบรมครูอนามัย เรื่อง การเรียนการสอน “โรคธาลัสซีเมีย” ในนักเรียนชั้น ม.3 และโครงการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียให้ได้มาตรฐาน เจ้าภาพหลัก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 โครงการ คือ โครงการพัฒนาแนวทางการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข เรื่อง การรักษา พยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย และโครงการสนับสนุนการรักษาผู้โรคป่วยธาลัสซีเมียอย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาห้องปฏิบัติการด้านการตรวจวินิจฉัยให้มีมาตรฐานมีประสิทธิภาพและรองรับบริการอย่างทั่วถึง เจ้าภาพหลัก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 โครงการ คือ โครงการจัดทำมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียของประเทศ (national guidelines) โครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียในห้องปฏิบัติการ โครงการพัฒนาศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการครบขั้นตอนโครงการควบคุมคุณภาพมาตรฐานปฏิบัติการการตรวจวินิจฉัยธาลัสซีเมีย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 วิจัยพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย เจ้าภาพหลัก มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 5 โครงการ คือ โครงการศึกษาระบาดวิทยาและการดำเนินงานโรคธาลัสซีเมีย โครงการการศึกษาจีโนมเพื่อหาตัวแปรที่ทำให้โรคเบต้าธาลัสซีเมียมีความรุนแรงแตกต่างกัน โครงการการวิจัยและพัฒนาเทคนิคการตรวจวินิจฉัย อัลฟ่าธาลัสซีเมีย และเบต้าธาลัสซีเมีย โครงการพัฒนาควบคุมคุณภาพสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมีย และโครงการวิจัยธาตุเหล็ก

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การควบคุม กำกับ ประเมินผลเพื่อสร้างความรู้ในการพัฒนางาน เจ้าภาพหลัก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 โครงการ คือ โครงการพัฒนาระบบข้อมูลและการสร้างทีมงานเพื่อการควบคุม กำกับและติดตามงาน และโครงการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

การบริหารจัดการแผนงานโครงการ บริหารในรูปคณะกรรมการฯ ประกอบด้วยคณะกรรมการ 3 ชุด ได้แก่

1. คณะกรรมการประสานการพัฒนานโยบายส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียแห่งชาติ
2. คณะทำงานวิชาการเพื่อสนับสนุนธาลัสซีเมียฟอรัม
3. คณะทำงานควบคุม กำกับ นิเทศ ติดตามให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการและเครือข่ายบริการฯ

ดัชนี

ก

การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ 6
การให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัว 36-38
การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์
- การป้องกันในสภาวะเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ 58
- โอกาสเสี่ยงของชายหญิงในการมีเพศสัมพันธ์ 58
- เทคนิคปฏิเสธสำหรับวัยรุ่น 58

การดูแลสุขอนามัยทางเพศ
- สุขปฏิบัติเกี่ยวกับอวัยวะเพศชาย 60
- สุขปฏิบัติเกี่ยวกับอวัยวะเพศหญิง 60
- การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น 61
- การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย 73-74
- การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 74-76
- การคุมกำเนิดในวัยรุ่น 77

การให้บริการในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์
- การตรวจร่างกาย 114
- การให้คำปรึกษาในคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ 114

การรักษาโรคธาลัสซีเมีย
- การดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป 141
- การให้เลือด 142
- การให้ยาขับเหล็ก 142
- การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด 143

การเริ่มต้นชีวิตคู่
- เชื้อชาติ 174
- ศาสนา 175
- การศึกษา 175
- ฐานะทางเศรษฐกิจ 175

บุคลิกภาพ 175
วุฒิภาวะทางอารมณ์ 176
สุขภาพ 176
การครองรักในชีวิตคู่ 177-182
การเปลี่ยนแปลงทางสรีระขณะตั้งครรภ์ 193-194
การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง
ปัจจัยทางเศรษฐานะและสังคม 194
ปัจจัยทางด้านชีวภาพ 195
โรคประจำตัว 196
วิถีชีวิตและอุปนิสัย 197
ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม 197
ปัจจัยทางสูติกรรม 198
การเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์
ด้านจิตใจก่อนการตั้งครรภ์ 208-211
ด้านเศรษฐกิจและสังคม 211-213
ด้านจิตวิญญาณก่อนการตั้งครรภ์ 213-214
การดูแลแก้ไขและการรักษาภาวะมีบุตรยาก 244-246

ข

ข้อคิดในการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นพร้อมครอบครัว 38-40

ค

คำนิยามและขอบเขตของอนามัยการเจริญพันธุ์ 4
ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ
ความแตกต่างระหว่างเพศ 49
การแตกต่างระหว่างคนต่างเพศ 50
ความสัมพันธ์ระหว่างเพศตรงข้าม 50
ลักษณะของเพื่อนที่ดี 51
ความหลากหลายทางเพศ 61
ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 65

ช

ชนิดของโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย
- ฮีโมโกลบินบาร์ท ไฮดรอพส์ ฟิทัลลิส 133
- โฮโมซัยกัส เบต้า - ธาลัสซีเมีย 133
- เบต้า - ธาลัสซีเมีย/ฮีโมลโกลบิน อี 133-134
- โรคฮีโมโกลบิน เอ็ช 134

ท

ทักษะการตัดสินใจหรือการต่อรองเมื่อจำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์
- ด้านความรู้ (พุทธพิสัย) 52
- ด้านเจตคติ (จิตพิสัย) 52
- ด้านทักษะ (ทักษะพิสัย) 52
- เทคนิคการสื่อสารและต่อรองของวัยรุ่น 56-57

ธ

ธรรมชาติและขอบเขตของการแท้งที่ไม่ปลอดภัย
- เหตุผลที่วัยรุ่นต้องการทำแท้ง 72
- การดูแลวัยรุ่นที่แท้งไม่ปลอดภัย 72
- การให้ข้อมูลหลังการแท้ง 73

ธาตุเหล็ก
- ความสำคัญของธาตุเหล็ก 220
- ประโยชน์ของการให้ธาตุเหล็กเสริม 220-222
- แหล่งของธาตุเหล็ก 222-223

น

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ 11

แนวทางการจัดคลินิกวัยรุ่น
- ระยะเตรียมการ 20-22
- ระยะดำเนินงาน 23-33
- ระยะประเมินตนเอง 33

แนวทางการจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ 104-112

บ

บทบาทผู้ชาย
- ด้านสิทธิทางเพศ 254
- ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ 254
- การวางแผนครอบครัว 255
- การดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็กและแนวทางการจัดบริการ 256-260
- การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 260
- การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ 261-262

ป

ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี 5
ปัญหาและอันตรายจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 68
- ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น 69-70
- ผลกระทบต่อทารก 70

ประมวลกฎหมายอาญา 283

พ

พัฒนาการทางสรีรวิทยาและอารมณ์
- วัยรุ่นตอนต้น 46
- วัยรุ่นตอนกลาง 46
- วัยรุ่นตอนปลาย 47

พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น
- กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 83
- กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 83
- นักเรียนระดับอาชีวะศึกษา 84

ฟ

โฟเลท
- ความสำคัญของโฟเลท 223
- การขาดโฟเลทหรือไม่เพียงพอ 224
- ประสิทธิผลของการเสริมโฟเลทในการป้องกันความพิการแต่กำเนิด 225
- ความสำคัญของการเสริมโฟเลทตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ 225-226

แนวทางการเสริมโฟเลท 226
โทษของการได้รับโฟเลทในปริมาณที่มากเกินความต้องการ 227
แหล่งอาหารของโฟเลท 227-228

ภ

ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ 194
ภาวะเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยของการตั้งครรภ์
- ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ 198-199
- โรคหัวใจระหว่างตั้งครรภ์ 199-201
- โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์ 201-203
- โรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ 204-206
- โรคต่อมธัยรอยด์ระหว่างตั้งครรภ์ 206-207

ภาวะมีบุตรยาก
ความหมาย 241
ประเภท 242

ม

มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน 33-34

ร

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ซิฟิลิส 85-86
แผลริมอ่อน 86
หนองใน 86-87
หนองในเทียม 87
หูดหงอนไก่ 88
เริมอวัยวะเพศ 88-89
เชื้อราในช่องคลอด 89
พยาธิในช่องคลอด 89-90
หิด 90
โลน 90
แนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 90-91

โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน
ไวรัสตับอักเสบ 120-124
หัดเยอรมัน 124-126
บาดทะยัก 126-127
โรคธาลัสซีเมีย 131-132
ระบบการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียของประเทศไทย
สถานการณ์ปัญหาธาลัสซีเมียในประเทศไทย 144
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตลอดอายุขัย 144-145
แนวคิดในการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย 146-148
เรื่องเพศในชีวิตคู่
กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์ 183-184
สิ่งที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ 184
วิธีพัฒนาความสัมพันธ์ทางเพศ 184-185
หญิงชายที่จะเป็นคู่ร่วมเพศที่ดี 185
บริเวณของร่างกายที่ไวต่อความรู้สึกทางเพศ 185
การตอบสนองทางเพศ 185-187
การปรับตัวระหว่างสามีภรรยาในเรื่องเพศ 187
การรู้จักสร้างบรรยากาศแห่งความรัก 187
เทคนิคการประเล้าประโลมทางเพศ 187-188

ว

วัตถุประสงค์ของคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ 104
วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับคู่สมรสใหม่
วิธีคุมกำเนิดสำหรับฝ่ายชาย 154
วิธีคุมกำเนิดสำหรับฝ่ายหญิง 155-160
วิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ที่คู่สมรสที่มีบุตรแล้วควรรู้
ยาฉีดคุมกำเนิด 161-162
ยาฝังคุมกำเนิด 162-163
ห่วงอนามัย 163-166
วิธีคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น
ถุงยางอนามัย 167
ยาเม็ดคุมกำเนิด 167
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน 167
ยาฉีดคุมกำเนิด 167

ยาฝังคุมกำเนิด 167
ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด 168
ห่วงอนามัย 168
วิธีคุมกำเนิดถาวร
หมันชาย 168
หมันหญิง 168-169

ส

สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย
การวางแผนครอบครัว 8
งานอนามัยแม่และเด็ก 8
เอดส์ 8
มะเร็งระบบสืบพันธุ์ 8-9
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 9
การแท้งและภาวะแทรกซ้อน 9
เพศศึกษา 9-10
อนามัยวัยรุ่น 10
การมีบุตรยาก 10
ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ 10-11
สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 66-67
การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น 67
สาเหตุของโรคธาลัสซีเมีย 132-133
สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ไม่ตั้งครรภ์
สาเหตุที่เกิดจากฝ่ายชาย 243
สาเหตุที่เกิดจากฝ่ายหญิง 243

อ

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ 5
อารมณ์เพศกับวัยรุ่น 59
เอดส์
สาเหตุ 91
การแพร่กระจายของโรค 91-92
การรักษา 93

ข้อแนะนำ 93-95
แนวทางการป้องกันเอดส์ 95
การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก 95-99
ไอโอดีน
ความสำคัญของไอโอดีน 229
การขาดไอโอดีนหรือไม่เพียงพอ 229-230
สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย 231
ปริมาณการเสริมไอโอดีน 231
ประโยชน์ของการให้ไอโอดีนเสริมในหญิงตั้งครรภ์ 231
ผลเสียของการให้ไอโอดีนเสริมในหญิงตั้งครรภ์ 232
แหล่งของไอโอดีน 232
ผลของวิตามินและแร่ธาตุอื่นต่อการขาดไอโอดีน 232