

1-1-1996

Reproductive health or Reproductive HELP!!!

N. Sukcharoen

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Sukcharoen, N. (1996) "Reproductive health or Reproductive HELP!!!," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 40: Iss. 1, Article 2.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.40.1.1

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol40/iss1/2>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

Reproductive health or Reproductive HELP !!!

นเรศ สุขเจริญ*

แนวความคิดของสุขภาพการเจริญพันธุ์เริ่มต้นขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2534 จากการประชุมระดับโลกเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ในมนุษย์ครั้งที่ 7 โดยได้ขยายความจากความหมายของคำว่าสุขภาพ (Health) ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดว่า การมีสุขภาพดี หมายความว่าภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิได้หมายความว่าแค่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ซึ่งคำว่าสุขภาพการเจริญพันธุ์ (Reproductive health) ก็มีความหมายในทำนองเดียวกัน คือมีสุขภาพการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม โดยปราศจากทั้งโรคและความพิการของกระบวนการเจริญพันธุ์

ดังนั้นการมีสุขภาพการเจริญพันธุ์ที่ดีจึงหมายถึงการที่ประชาชนมีความสามารถที่จะมีบุตร, ควบคุมการมีบุตรได้ตามความต้องการ และยังสามารถมีชีวิตทางเพศที่มีความสุข หมายความว่ารวมถึง สามารถตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย สามารถคุมกำเนิดได้อย่างปลอดภัย นอกจากนั้นยังสามารถมีบุตรที่อยู่รอดตั้งแต่ระยะแรกเกิด มีการเจริญเติบโตพัฒนา และมีสุขภาพที่สมบูรณ์ จะเห็นได้ว่าแนวความคิดนี้ขยายจากการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเป็นการดูแลสุขภาพของทุกๆ คนในสังคม และจากการดูแลให้การรักษาเพียงอย่างเดียว เป็นการให้บริการผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนั้นสุขภาพการเจริญพันธุ์เป็นความรับผิดชอบร่วมกันทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงทั้งในเรื่องเพศและกระบวนการเจริญพันธุ์⁽¹⁾

เพื่อให้มีสุขภาพการเจริญพันธุ์ที่ดีจำเป็นต้องมีการประสานงานในการให้บริการทางการแพทย์ในส่วนที่สำคัญ⁽²⁾ ดังต่อไปนี้

1. การให้บริการวางแผนครอบครัวและการให้บริการแนะนำและรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองได้
2. การให้บริการฝากครรภ์และการดูแลการคลอด เพื่อให้สตรีสามารถตั้งครรภ์และคลอดได้อย่างปลอดภัย และรวมถึงการให้บริการทำแท้งอย่างปลอดภัยในรายที่มีข้อบ่ง (ในบางประเทศสามารถยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาได้อย่างปลอดภัยโดยไม่จำเป็นต้องมีข้อบ่ง)
3. การดูแลทารกในช่วงหลังคลอด เพื่อให้ทารกแรกเกิดสามารถเจริญเติบโตและมีสุขภาพดีต่อไป
4. การให้บริการการดูแลรักษาและป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้มีความสุขในชีวิตทางเพศ
5. การให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษามะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี เช่น มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ก็จัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพื่อบรรลุถึงสุขภาพการเจริญพันธุ์

*ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จะเห็นได้ชัดว่าเพื่อที่จะบรรลุถึงสุขภาพการเจริญพันธุ์จำเป็นต้องมีการประสานงานระหว่างสูตินรีแพทย์, กุมารแพทย์ และบุคลากรต่างๆ ทางทางแพทย์อย่างใกล้ชิด

ปัญหาการคุมกำเนิดและการรักษาภาวะมีบุตรยาก

เมื่อปี พ.ศ. 2530 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศว่า ประชากรของโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 5,000 ล้านคนซึ่งเป็นคู่สมรสที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์จำนวนทั้งหมด 860 ล้านคู่ แต่มีเพียง 372 ล้านคู่หรือร้อยละ 43 เท่านั้นที่ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้ และประชากรของโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 6,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2541ซึ่งประชากรที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เป็นประชากรในทวีป Africa, Asia และบริเวณ Latin America

สำหรับงานการคุมกำเนิดในประเทศไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้นำและให้บริการเปิดคลินิกให้บริการวางแผนครอบครัวแห่งแรกในประเทศไทย ในเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2508 มากระทั่งปัจจุบัน และได้มีการพัฒนามาโดยตลอดทั้งในด้านการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับเพื่อสนับสนุนงานวางแผนครอบครัวระดับชาติ, งานวิจัยและพัฒนาการคุมกำเนิดแบบต่างๆ ร่วมกับองค์การอนามัยโลกมาโดยตลอด เริ่มมีการให้บริการวางแผนครอบครัวทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2518 งานคุมกำเนิดในประเทศไทยได้รับความสำเร็จอย่างดีมาตลอด จากข้อมูลการสำรวจอัตราการคุมกำเนิดโดยสตรีวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2530 พบว่าการคุมกำเนิดด้วยวิธีคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ถึง 70.6% และเพิ่มขึ้นเป็น 74% ในปี พ.ศ. 2538 ทำให้อัตราการเจริญพันธุ์รวม(จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่อสตรีหนึ่งคน) ลดลงจาก 2.2 ในปี พ.ศ. 2536 เป็น 1.95 ในปี พ.ศ. 2538⁽³⁾ อย่างไรก็ตามการให้บริการบริการคุมกำเนิดยังคงมีปัญหาอีกมากมายที่ต้องแก้ไข เช่น การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่อพยพเข้ามาในเมือง ได้แก่ คนงานก่อสร้างที่มีที่พักไม่แน่นอน การให้บริการในกลุ่มวัยรุ่น, ชาวเขา และชุมชนแออัด เป็นต้น

ในด้านการให้บริการรักษาคู่สมรสที่มีบุตรยากในประเทศไทย ได้มีการพัฒนามาโดยตลอดทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์แห่งนี้ได้เป็นผู้นำทั้งในด้านการวิจัยและการให้บริการรักษาคู่สมรสที่มีบุตรยากมาตลอด อย่างไรก็ตามภาพรวมของการให้บริการตรวจรักษาคู่สมรสที่มีบุตรยากของประเทศยังไม่ได้พัฒนาเท่าที่ควร ในแง่ของมาตรฐานการดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรต่างๆ ในการรักษาให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดและไม่ฟุ่มเฟือย ซึ่งคาดว่าจะได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นในอนาคตอันใกล้

ปัญหาการให้บริการฝากครรภ์และการดูแลการคลอด

สาเหตุที่ทำให้มารดามีอันตรายขณะตั้งครรภ์และการคลอดจะแตกต่างกันออกไปตามประเทศต่างๆ แต่พอจะสามารถรวบรวมสาเหตุได้ดังนี้ (1) ไม่มีการดูแลการตั้งครรภ์ก่อนคลอด อาจเป็นได้ทั้งการให้บริการไม่ทั่วถึงหรือสตรีตั้งครรภ์ไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์, (2) การมีบุตรจำนวนมากเกินไป, (3) การไม่ยอมมารับการรักษาในโรงพยาบาล, (4) การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่ทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์มีอันตราย แต่สามารถแก้ไขรักษาได้, (5) สตรีมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิด, (6) ไม่มีเลือดเพียงพอในภาวะฉุกเฉิน, (7) บุคลากรทางแพทยขาดความรู้และความชำนาญ, (8) มีการทำแท้งไม่ถูกวิธีในรายที่ไม่ต้องการมีบุตร นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นที่มาจากของอีกหลายประการ เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การที่มีรายได้ต่ำ ขาดการศึกษา ไม่มีค่าเดินทางมารักษาพยาบาล ฯลฯ การที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวประกอบด้วย (1) มีการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานและบริการคุมกำเนิดที่ทั่วถึงและเพียงพอ, (2) การให้การดูแลก่อนคลอดรวมถึงการมีระบบส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง, (3) การมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และความชำนาญเพียงพอในการให้บริการ, (4) มีโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทางเพื่อให้บริการ

ดูและสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และรายที่ต้องการการดูแลฉุกเฉิน

ปัญหาเรื่องอันตรายจากการทำแท้งยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกอยู่ มีการคาดคะเนว่ามีการทำแท้งทั่วโลกประมาณ 36-53 ล้านรายต่อปี⁽⁴⁾ องค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่ามีสตรีต้องเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยประมาณ 125,000 ถึง 170,000 คน⁽⁵⁾ สำหรับในประเทศไทยยังไม่ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการทำแท้ง อย่างไรก็ตามการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่พร้อมที่จะมีบุตรแต่ไม่มีการคุมกำเนิด ซึ่งก่อให้เกิดการแท้งติดเชื้อและผลเสียต่อระบบสืบพันธุ์สตรีและอาจถึงเสียชีวิตในบางราย

ปัญหาการดูแลทารกหลังคลอด

ในปัจจุบันทารกที่เกิดบนโลกจะเสียชีวิตในช่วงปีแรก 1 ใน 12 คน และในช่วง 5 ปีแรก 1 ใน 8 คน รวมแล้วเป็นการตายของเด็กในช่วง 5 ปีแรกทั่วโลกประมาณ 12.9 ล้านคนต่อปี ในด้านการลดอัตราการตายของทารกของประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดมาโดยตลอด ทำให้อัตราการตายของทารกลดลงจาก 48 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 45 ต่อ 1,000; 35.5 ต่อ 1,000 และ 30.8 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2527, 2536 และ 2538 ตามลำดับ⁽³⁾ อย่างไรก็ตามยังพบว่าอัตราการตายของทารกยังคงสูงอยู่มากเมื่อเทียบกับประเทศทางตะวันตก

ปัญหาการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์

ปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ยังคงมีความสำคัญมากทั่วโลก เนื่องจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จะส่งผลไปยังกระบวนการเจริญพันธุ์ทั้งหมด เช่น การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานก่อให้เกิดการอุดตันของท่อนำไข่ และก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยาก การติดเชื้อ HIV (Human immunodeficiency virus) มีการถ่ายทอดไปยังทารกในครรภ์ และในขณะคลอด ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคมในที่สุด ปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ที่สำคัญที่สุดของโลกและประเทศไทยในปัจจุบันคือการติดเชื้อ HIV องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2543 ผู้ใหญ่ประมาณ 30 ล้านคนจะติดเชื้อ HIV (ประมาณ 90% อยู่ในประเทศด้อยพัฒนา) และเด็กมากกว่า 10 ล้านคนจะติดเชื้อนี้⁽⁶⁾ สำหรับในประเทศไทยการติดเชื้อ HIV เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ต้องรีบแก้ไข จากสถิติของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนกระทั่ง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2538 พบมีผู้ป่วยโรคเอดส์ 26,723 ราย ในจำนวนนี้รายงานว่าเสียชีวิต 7,491 ราย และมีผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ 11,093 ราย และมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาตลอด⁽⁷⁾

การกำหนดแนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของสุขภาพการเจริญพันธุ์ มีแนวทางการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) การกำหนดจุดมุ่งหมายในระยะยาว การกำหนดเครื่องชี้วัด และมาตรฐานของสุขภาพการเจริญพันธุ์, 2) การกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาว, 3) มีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง (Intersectoral collaboration), 4) การวางแผนพัฒนากำลังคน และการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการและการบริหาร, 5) การค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการและการบริการ, 6) การปรับปรุงให้มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม, 7) การปรับปรุงการใช้ทรัพยากรให้เหมาะสมและคุ้มค่า, 8) ปรับปรุงโครงการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพการเจริญพันธุ์, 9) การระดมทรัพยากรจากภาครัฐและเอกชนมาใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา, 10) การกำหนดกลไกเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชน, 11) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุขเพื่อใช้ในการหาปัญหากำกับและประเมินผลการแก้ไขปัญหา

ปัญหาที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือขาดการค้นคว้าวิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาวิจัยทางด้านสังคม ซึ่งมีบทบาทมากในการปรับปรุงสุขภาพการเจริญพันธุ์ ตัวอย่างเช่น การศึกษาพฤติกรรมทางเพศ, ทัศนคติต่อการคุมกำเนิด และการฝากครรภ์ของประชาชนในสังคม

ทำให้สามารถทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องดังกล่าวได้เป็นอย่างดี และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงการบริการได้ดีขึ้นและทันต่อเหตุการณ์ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น นักเรียน นักศึกษา ก่อนการแต่งงาน และขาดการป้องกันทั้งในด้านการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้น โดยที่การให้บริการหรือการให้เพศศึกษาด้วยวิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันต่อเหตุการณ์ การศึกษาวิจัยทางด้านสังคมจะทำให้เข้าใจปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

สำหรับในโรงเรียนแพทย์ การสอนนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำเป็นต้องปลูกฝังแนวความคิดดังกล่าว เพื่อให้เห็นภาพรวมของสุขภาพการเจริญพันธุ์และสามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับปัญหาสุขภาพของชุมชน, จังหวัด, ประเทศและโลกในที่สุด สามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งเข้าใจถึงการทำงานเป็นทีมเพื่อให้มีสุขภาพการเจริญพันธุ์ที่ดีขึ้น

สรุปว่า สภาพของสุขภาพการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการร่วมมือจากหลายหน่วยงานและองค์กร การเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะช่วยให้ถึงภาวะ *Reproductive Health* ได้ก่อนที่จะสายเกินแก้กลายเป็น *Reproductive HELP* ไป

อ้างอิง

1. Fathalla MF. The global view of reproductive health. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1994;34(3):295-8
2. Sciarra JJ. Reproductive health: a global perspective. Am J Obstet Gynecol 1993 Jun;168(6):1649-54
3. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล 2538 ตุลาคม; 4(2):1
4. Henshaw SK. Induced abortion: a world review, 1990. Int Fam Plann Persp 1990;16:59-65
5. World Health Organization, Division of Family Health: Abortion: a tubulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. WHO/MCH/90.14. Geneva: World Health Organization, 1990.
6. World Health Organization. The global HIV/AIDS situation. In: Point of Fact, Geneva: World Health Organization, 1991;no.74
7. รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2538 พฤศจิกายน 3;26(113):134