

ความต่างของการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ระหว่างบุคลากร ในโรงพยาบาลลำปาง

Disparities in Access to Fertility Services among Lampang Hospital Personnels

เถลิงศักดิ์ เนตรศิรินิกุล^{1*}, ธนพนธ์ ลาโสภา², วรชัญญ์ คงความเชื้อ², วัฒนชัย สอนศรี², เหนือ เปลี่ยนแปลงศรี²
Talerngsak Netsirinikul^{1*}, Tanapon Lasopa², Waruch Kongkwamsue², Wattanachai Sornsri²,
Nuer Pleinplangsri²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันบริการช่วยการเจริญพันธุ์ยังเป็นบริการทางสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ยาก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยสัดส่วนการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่างต่อการเข้าถึงบริการของบุคลากรโรงพยาบาลลำปาง โดยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม อิเล็กทรอนิกส์จากบุคลากรที่ต้องการมีบุตร อายุ 20-50 ปี จำนวน 399 ราย เปรียบเทียบความต่างของข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบของ ฟิชเชอร์ ผลวิจัยพบบุคลากรเข้าถึงบริการ 85 ราย (ร้อยละ 21.3) พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ วิชาชีพสุขภาพ ตำแหน่งข้าราชการ ระดับการศึกษา และระดับเงินเดือน ต่อการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ และเทคโนโลยีช่วย การเจริญพันธุ์ สรุปการวิจัยนี้แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่างในการเข้าถึงบริการ ช่วยการเจริญพันธุ์ และเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ อาชีพ ตำแหน่งข้าราชการ ระดับการศึกษา และรายได้

คำสำคัญ: ภาวะมีบุตรยาก, คลินิกมีบุตรยาก, เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

Citation:

Netsirinikul T, Lasopa T, Kongkwamsue W, Sornsri W, Pleinplangsri N. Disparities in access to fertility services among Lampang Hospital Personnels. Health Sci J Thai 2024; 6(2): 17-23. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v6i2.264218>

¹ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 52100

² ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 52100

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Lampang Hospital, Lampang, 52100, Thailand

² Lampang Medical Education Center, Lampang Hospital, Lampang, 52100, Thailand

Abstract

Assisted reproductive services are still difficult to access in many parts of the world. This study aimed to assess the accessibility ratio and differences of Lampang Hospital personnel's characteristics for accessing fertility services. A cross-sectional study was conducted among 399 fertility-seeking hospital personnel aged 20-50 years old. Data was collected using an electronic questionnaire. Chi-square and Fisher's exact tests were used to compare the differences between groups. The results showed that 21.3% of the participants had access to fertility care. Healthcare personnel, civil servants, level of education, and monthly income had a difference in accessing fertility services and assisted reproductive technologies. These findings suggest that career, job position, education, and income can have a significant impact on the accessibility of fertility services and assisted reproductive technologies.

Keywords: Infertility, Fertility clinic, Assisted reproductive technologies

บทนำ

ภาวะมีบุตรยาก คือการล้มเหลวจากความพยายามมีบุตร ในระยะเวลา 1 ปี หลังจากมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอและไม่คุมกำเนิด ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านจิตใจของผู้ประสบปัญหา เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล จนนำไปสู่ปัญหาครอบครัว⁽¹⁾ ในปี ค.ศ. 2009 องค์การอนามัยโลก จัดภาวะมีบุตรยากเป็น “โรคของระบบการเจริญพันธุ์” และคาดการณ์ว่าปัจจุบันประชากรวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลก ประสบปัญหา ภาวะมีบุตรยาก 48 ล้านคู่ ชายและหญิง 186 ล้านรายต้องใช้ชีวิตร่วมกับภาวะมีบุตรยาก⁽²⁾ จากข้อมูลที่มีรายงานในประเทศไทยพบภาวะมีบุตรยากร้อยละ 11 ในปีพ.ศ. 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 15.40 ในปี พ.ศ. 2558⁽³⁾ ปัจจุบันยังไม่พบรายงานเพิ่มเติม

การเข้าถึงการรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้หญิง 4,712 ราย เข้าข่ายภาวะมีบุตรยาก โดยน้อยกว่าร้อยละ 50 เข้าปรึกษาแพทย์ และร้อยละ 81 ไม่เคยเข้ารับการรักษา⁽⁴⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการเข้ารับการรักษาได้แก่ ค่าใช้จ่าย และสวัสดิการช่วยเหลือผู้มีบุตรยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการรักษาที่สูงขึ้น ค่าใช้จ่ายยิ่งมาก ทำให้การเข้าถึงบริการถูกจำกัด⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านสภาพสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ปัญหาทางด้านเชื้อชาติ ศีลธรรม ภาวะเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด และความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น⁽⁴⁾ ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีสวัสดิการช่วยเหลือจากภาครัฐ มีการศึกษาจากข้อมูลitudinalของการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่ามีสัดส่วนการเข้ารับบริการน้อยกว่าร้อยละ 50 โดยปัจจัยด้าน อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส ระดับการศึกษา การทำงาน สถานภาพการครองครองที่อยู่อาศัย และภูมิฐานะ มีผลต่อการเข้ารับบริการ⁽⁵⁾

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ศึกษาสัดส่วนการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคม และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่างในการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ วิธีช่วยการเจริญพันธุ์ ของบุคลากรโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายด้านอาชีพ ตำแหน่งงาน วุฒิการศึกษา รายได้ ภูมิฐานะ และช่วงอายุ ความแตกต่างของปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ รวมถึงศึกษาลักษณะสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ และเหตุผลของกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสัดส่วนการเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากของการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 ซึ่งมีอัตราการเข้ารับการรักษาร้อยละ 44.10⁽⁵⁾ โดยกำหนดความแม่นยำที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 379 ราย แบบสอบถามถูกส่งไปยังบุคลากรในโรงพยาบาลลำปางทั้งหมด 2,453 ราย โดยเกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ที่ยินยอม และตอบแบบสอบถามโดยสมบูรณ์ อายุ 20-50 ปี ทั้งเพศชายและหญิง เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่เคยมีคู่หรือไม่ต้องการมีบุตร มีการไหลของการเก็บข้อมูล ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 1

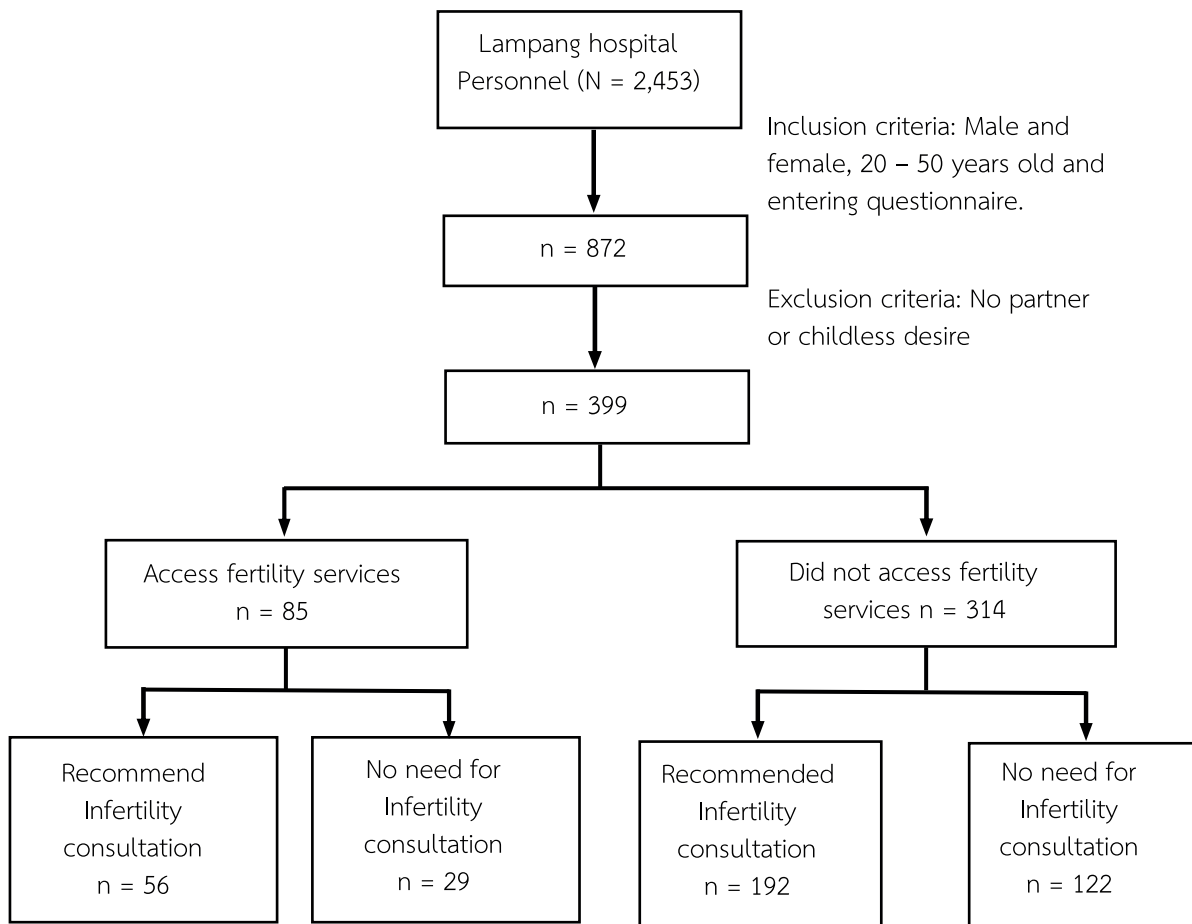


Figure 1 Study flow chart

เครื่องมือในการวิจัย

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ทำโดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ด้วยระบบกูเกิลฟอร์ม (Google Forms) แบบสอบถามสร้างโดยกลุ่มผู้วิจัยซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาพร้อมให้ข้อมูลและได้ผ่านการวัดคุณภาพของแบบสอบถามโดยสูติ-นรีแพทย์ที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จำนวน 3 ราย เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาในแต่ละข้ออยู่ที่ 0.67-1.00

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1. ข้อมูลประวัติครอบครัว เพื่อประเมินสถานะการมีคู่ชีวิต และ 2. ข้อมูลสอบถามความต้องการมีบุตร เพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก 3. ข้อมูลทั่วไป (ในช่วงเวลาที่พยายามมีบุตร) ได้แก่ ช่วงอายุ วิชาชีพ ตำแหน่งงาน วุฒิการศึกษา รายได้ และภูมิสำเนา เพื่อเก็บข้อมูลเป็นตัวแปรเปรียบเทียบความต่างต่อการเข้าถึงบริการ 4. ระยะเวลาที่ปล่อยมีบุตรและความถี่ของเพศสัมพันธ์ เพื่อประเมินภาวะที่ควรปรึกษาแพทย์ 5. ประวัติการรับบริการ ได้แก่ สถานที่เข้ารับบริการเริ่มแรก สถานที่เข้ารับบริการขั้นสูงสุด พื้นที่รับบริการ และวิธีการรักษา 6. เหตุผลที่ไม่เข้ารับบริการ ช่วยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มที่ต้องการมีบุตร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำการวิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือการตอบแบบสอบถามผ่านทางศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลลำปาง ถึงหัวหน้างานทุกแผนกเพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลลำปางตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ถูกเก็บไว้ในโปรแกรม Microsoft Excel วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ รายงานผลการวิจัยเป็น จำนวน (ร้อยละ) โดยที่ภาวะที่ควรปรึกษาแพทย์ได้แก่ ภาวะที่ไม่ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์หลังจากไม่ได้คุมกำเนิด และมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป และเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted reproductive technologies, ART) ได้แก่ กรรมวิธีใด ๆ ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นำอสุจิและไข่ออกจากร่างกายมนุษย์ เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ในที่นี้คือ วิธีฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine insemination, IUI) และวิธีเด็กหลอดแก้ว (In vitro fertilization, IVF or Intracytoplasmic sperm injection, ICSI) ใช้สถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่างของกลุ่มที่เข้าถึงบริการ และกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการช่วยการเจริญพันธุ์

เปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่างของกลุ่มที่เข้าถึงเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และกลุ่มที่ไม่ได้รักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดย Chi square test และ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามความเห็นของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง ตามหนังสือรับรองเลขที่ EC033/66 ได้รับอนุมัติวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

บุคลากรในโรงพยาบาลลำปางทั้งหมด 2,453 ราย ตอบแบบสอบถามและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย มีอายุ 20 ถึง 50 ปี เพศชายและหญิง 872 ราย คิดเป็นอัตราการตอบแบบสอบถามร้อยละ 35.55 เป็นบุคลากรที่มีคู่หรือเคยมีคู่และต้องการมีบุตรจำนวน 399 ราย เข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์จำนวน 85 ราย (ร้อยละ 21.30) มีภาวะที่ควรปรึกษาแพทย์ 56 ราย (ร้อยละ 65.88) กลุ่มที่ไม่ได้รับบริการช่วยการเจริญพันธุ์ 314 ราย เป็นบุคลากรที่ควรปรึกษาแพทย์ 192 ราย (ร้อยละ 61.15)

ลักษณะทั่วไปของบุคลากรที่ต้องการมีบุตรอยู่ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี มากที่สุด 167 ราย (ร้อยละ 41.85) กลุ่มอายุ 30-34 ปี 166 ราย (ร้อยละ 41.60) กลุ่มอายุ 20-24 ปี 46 ราย (ร้อยละ 11.53) กลุ่มอายุ 35-40 ปี 19 ราย (ร้อยละ 4.76) และกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี 1 ราย (ร้อยละ 0.25) เป็นกลุ่มวิชาชีพทางสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ 208 ราย (ร้อยละ 52.13) และกลุ่มอาชีพอื่นๆ ได้แก่ ผู้ช่วยทางการแพทย์ และพนักงานทั่วไป 191 ราย (ร้อยละ 47.87) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป 283 ราย (ร้อยละ 70.93) และต่ำกว่าปริญญาตรี 116 ราย (ร้อยละ 29.07) เงินเดือนน้อยกว่า 30,000 บาท 251 ราย (ร้อยละ 62.91) และมากกว่า 30,000 บาท 148 ราย (ร้อยละ 37.09) ตำแหน่งข้าราชการ 224 ราย (ร้อยละ 56.14) และไม่ใช่ว่าราชการ 175 ราย (ร้อยละ 43.86) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง 320 ราย (ร้อยละ 80.20) และนอกอำเภอเมือง 79 ราย (ร้อยละ 19.80)

ปัจจัยที่มีความต่างต่อการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ของบุคลากรโรงพยาบาลลำปางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ ตำแหน่งข้าราชการ ระดับการศึกษา และรายได้ โดยภูมิลำเนา และอายุ ไม่พบความต่างต่อการเข้าถึงบริการ ดังแสดงในตารางที่ (Table) 1

Table 1 Characteristics of respondent and fertility services access

Characteristics	n (%) of no access (n = 314)	n (%) of access (n = 85)	p-value
Job			0.009
Healthcare personnel	153 (73.56)	55 (26.44)	
Others	161 (84.29)	30 (15.71)	
Civil servant			<0.001
Yes	162 (72.32)	62 (27.68)	
No	152 (86.86)	23 (13.14)	
Education			0.004
Bachelor's degree/over	212 (74.91)	71 (25.09)	
Undergraduate	102 (87.93)	14 (12.07)	
Income			0.032
≥ 30,000 THB/month	108 (72.97)	40 (27.03)	
< 30,000 THB/month	206 (82.07)	45 (17.93)	
Domicile			0.505
Mueang Lamphang District	254 (79.38)	66 (20.62)	
Others	60 (75.95)	19 (24.05)	
Ages			0.779*
≥ 35 years old	15 (75.00)	5 (25.00)	
< 35 years old	299 (78.89)	80 (21.11)	

* The data were analyzed using Fisher's exact test

วิธีการช่วยการเจริญพันธุ์ที่ใช้ขั้นสูงสุดในผู้ที่เข้ารับบริการพบว่า วิธีกระตุ้นไข่และกำหนดวันไข่ตก 48 ราย (ร้อยละ 56.47) วิธีฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก 24 ราย (ร้อยละ 28.24) และวิธีเด็กหลอดแก้ว 13 ราย (ร้อยละ 15.29) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของบุคลากรต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ดังแสดงในตารางที่ (Table) 2 พบว่า อาชีพ ตำแหน่งข้าราชการ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญต่อการเข้าถึงการรับบริการด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยภูมิลำเนา และอายุ ไม่พบความแตกต่าง

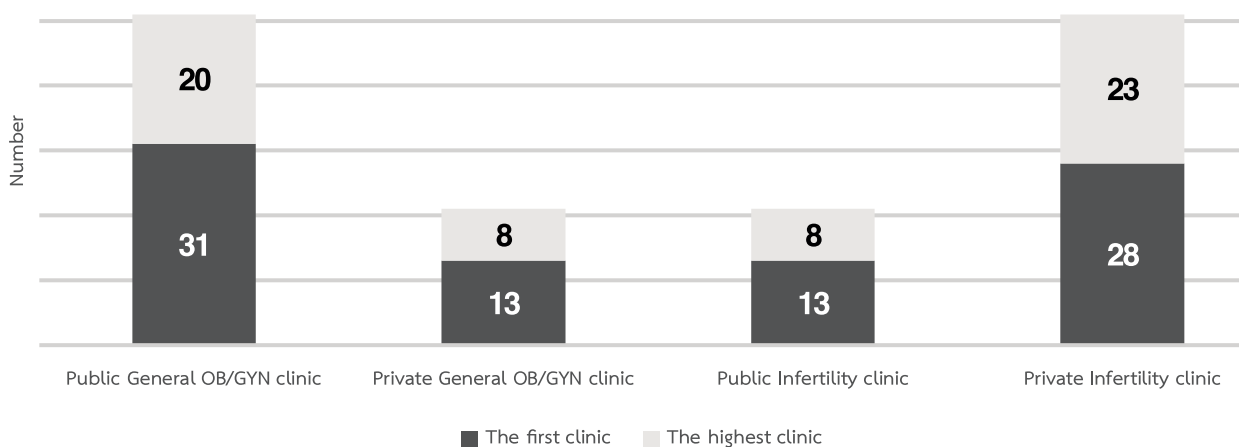
Table 2 Characteristics of respondent and assisted reproductive technologies

Characteristics	n (%) of ART (IUI and IVF) (n = 37)	n (%) of Ovulation induction & Timing intercourse (n = 48)	p-value
Job			0.006
Healthcare personnel	30 (54.55)	25 (45.45)	
Others	7 (23.33)	23 (76.67)	
Civil servant			0.003*
Yes	33 (53.23)	29 (46.77)	
No	4 (17.39)	19 (82.61)	
Education			<0.001*
Bachelor's degree/over	37 (52.11)	34 (47.89)	
Undergraduate	0 (0.00)	14 (100.0)	
Income			0.004
≥ 30,000 THB/month	24 (60.00)	16 (40.00)	
< 30,000 THB/month	13 (28.89)	32 (71.11)	
Domicile			0.233
Mueang Lampang District	31 (46.97)	35 (53.03)	
Others	6 (31.58)	13 (68.42)	
Ages			0.649*
≥ 35 years old	3 (60.00)	2 (40.00)	
< 35 years old	34 (42.50)	46 (57.50)	

* The data were analyzed using Fisher's exact test

กลุ่มที่เข้าถึงบริการ 85 รายพบว่าเข้ารับบริการเริ่มแรกภายใน จังหวัดลำปาง 75 ราย (ร้อยละ 88.24) ต่างจังหวัด 10 ราย (ร้อยละ 11.76) เข้ารับบริการขั้นสูงสุดภายในจังหวัดลำปาง 65 ราย (ร้อยละ 76.47) ต่างจังหวัด 20 ราย (ร้อยละ 23.53) กลุ่มที่รับ บริการขั้นสูงสุดในต่างจังหวัดแบ่งเป็นกลุ่มที่รับบริการเริ่มแรก ภายในจังหวัด 10 รายจากทั้งหมด 75 ราย (ร้อยละ 13.33) และ กลุ่มที่เข้ารับบริการเริ่มแรกในต่างจังหวัดจะคงรับบริการขั้นสูง สุดที่ต่างจังหวัดทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 100) ลักษณะ สถานพยาบาลที่เข้ารับบริการ พบเข้ารับบริการเริ่มแรกที่คลินิก สูตินรีเวชกรรมทั่วไป สถานพยาบาลรัฐบาล มากที่สุด 31 ราย

(ร้อยละ 36.47) รองลงมาคือคลินิกเฉพาะทางผู้มีบุตรยาก สถาน พยาบาลเอกชน 28 ราย (ร้อยละ 32.94) การเข้ารับบริการขั้น สูงสุดที่คลินิกเฉพาะทางผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเอกชน มากที่สุด 34 ราย (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือคลินิกสูตินรีเวชกรรมทั่วไป สถานพยาบาลรัฐบาล 23 ราย (ร้อยละ 27.06) กลุ่มที่เข้ารับบริการ เริ่มแรกที่คลินิกสูตินรีเวชกรรมทั่วไป สถานพยาบาลรัฐบาล พบว่า รับบริการขั้นสูงสุดที่สถานพยาบาลเดิม 20 ราย (ร้อยละ 64.52) กลุ่มที่รับบริการเริ่มแรกที่คลินิกเฉพาะทางผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเอกชนพบว่ารับบริการขั้นสูงสุดที่สถานพยาบาลเดิม 23 ราย (ร้อยละ 82.14) ดังแสดงในภาพที่ (Figure) 2

**Figure 2** Characteristics of accessibility fertility clinic

ในกลุ่มบุคลากรที่ต้องการมีบุตรแต่ไม่ได้รับการช่วยการเจริญพันธุ์มีความคิดเห็นที่ไม่เข้ารับบริการ ซึ่งแสดงความเห็นได้มากกว่าคนละ 1 ข้อ รวมทั้งหมด 348 ความคิดเห็น พบว่าต้องการมีบุตรด้วยวิธีธรรมชาติเท่านั้น 221 ความคิดเห็น (ร้อยละ 63.51) ค่าใช้จ่ายสูง 88 ความคิดเห็น (ร้อยละ 25.29) ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษา 13 ความคิดเห็น (ร้อยละ 3.74) ไม่ทราบว่ามีบริการ 6 ความคิดเห็น (ร้อยละ 1.72) เชื่อว่าเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะเกิดความผิดปกติ 5 ความคิดเห็น (ร้อยละ 1.44) อายุหรือไม่กล้าที่จะปรึกษา 4 ความคิดเห็น (ร้อยละ 1.15) และสาเหตุอื่นๆ 11 ความคิดเห็น (ร้อยละ 3.16)

อภิปรายผล

บุคลากรเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 21.3 จากผู้ที่ต้องการบุตรทั้งหมด และ ร้อยละ 22.6 จากผู้ที่มีภาวะที่ควรปรึกษาแพทย์ ร้อยละของการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกับการเข้าถึงบริการในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ไม่มีการสนับสนุนจากรัฐ มีรายงานอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 24 ซึ่งแตกต่างจากประเทศออสเตรเลียและกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียที่มีกองทุนสำหรับผู้มีบุตรยากทำให้มีอัตราการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้สูงกว่าสหรัฐอเมริกามากถึง 4-5 เท่า⁽⁶⁾ สัดส่วนการเข้าถึงบริการในการวิจัยนี้ต่ำกว่าสัดส่วนการเข้าถึงบริการที่มีรายงานในประเทศไทย คือร้อยละ 44.1 จากข้อมูลitudinalของการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552⁽⁵⁾ โดยความแตกต่างเกิดจากค่านิยมของภาวะที่ควรปรึกษาแพทย์ในการวิจัยนี้กับภาวะมีบุตรยากโดยทั่วไปไม่เหมือนกัน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันที่พบว่าครอบครัวในปัจจุบันตัดสินใจไม่มีบุตรเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งหากครอบครัวมีความกังวลในภาระทางเศรษฐกิจ หรือกังวลปัญหาทางสังคม มีแนวโน้มเป็นครอบครัวที่ไม่ต้องการมีบุตร จึงอาจทำให้สนใจการเข้ารับบริการลดลง⁽⁷⁾

ปัจจัยซึ่งมีความต่างต่อการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ ตำแหน่งงาน ข้าราชการระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยดังกล่าวนอกจากจะส่งผลต่อความต่างของการเข้าถึงบริการแล้ว ยังส่งผลต่อความต่างของการเข้าถึงวิธีการรักษาที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ด้วย ปัจจัยดังกล่าวสะท้อนถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากบริการช่วยการเจริญพันธุ์โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีราคาสูง ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญของการกีดกันการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์⁽⁸⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อยถึงปานกลางจะถูกกีดกันการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁹⁾ การวิจัยในประเทศไทยพบว่า ระดับการศึกษา การมีงานทำ และการครอบครองที่ดิน ซึ่งบ่งบอกเศรษฐกิจมีผลต่อการเข้าถึงบริการเช่นกัน⁽⁵⁾ ภูมิลำเนาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ

ในต่างประเทศ⁽¹⁰⁾ และในประเทศไทยทั้งภูมิลำเนาและอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ⁽⁵⁾ ในการวิจัยนี้ภูมิลำเนา และอายุไม่ส่งผลต่อความต่างของการเข้าถึงบริการเนื่องจากเป็นการวิจัยในบุคลากรโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่าประชากรทั่วไป ดังนั้นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่างของการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ปัจจัยซึ่งแสดงเศรษฐกิจ การออกนโยบายระดับชาติจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่นในต่างประเทศได้มีการสนับสนุนสวัสดิการแก่ประชาชนในการรับการรักษาช่วยการเจริญพันธุ์ ทำให้การเข้าถึงการบริการเพิ่มขึ้น^(11,12)

ลักษณะสถานที่เข้ารับบริการพบว่าคลินิกสูตินรีเวชกรรมทั่วไป สถานพยาบาลรัฐบาลภายในจังหวัดเป็นสถานบริการเริ่มแรกที่ใช้บริการมากที่สุด เมื่อต้องเข้าถึงบริการขั้นสูงพบการเข้ารับบริการที่คลินิกเฉพาะทางผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเอกชนทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัดมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่เข้ารับบริการคลินิกเฉพาะทางผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเอกชนพบว่ามีส่วนน้อยที่จะย้ายสถานพยาบาลเนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้ สถานพยาบาลที่ให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีปัญหาคอขวดจากรายงาน เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 พบสถานพยาบาลที่ให้บริการด้วยวิธีเด็กหลอดแก้ว มีสถานพยาบาลรัฐบาล 16 แห่ง จากทั้งหมด 107 แห่ง และอยู่ในต่างจังหวัดที่เป็นจังหวัดใหญ่ 27 แห่ง กรุงเทพมหานครรวมปริมาณ 80 แห่ง⁽¹³⁾ จากผลการวิจัยนี้พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เลือกใช้บริการเริ่มต้นภายในจังหวัด และเนื่องจากขาดแคลนเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ภายในจังหวัด หากต้องการรับการรักษาด้วยวิธีที่สูงขึ้นจึงต้องเข้ารับบริการยังต่างจังหวัด ดังนั้นจึงควรพัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาลโดยเฉพาะสถานพยาบาลรัฐบาลประจำจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและสามารถให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการให้สอดคล้องกับประกาศขององค์การสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 2023 ประกาศถึงบทบาทของสิทธิมนุษยชนต่อการป้องกันภาวะมีบุตรยากและการรักษา⁽¹⁴⁾

นอกจากนั้นพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยการเจริญพันธุ์เป็นผู้ที่มีภาวะควรปรึกษาแพทย์ถึงร้อยละ 61.15 ซึ่งนอกเหนือจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจแล้ว พบว่าเป็นกลุ่มที่ต้องการมีบุตรด้วยวิธีธรรมชาติเท่านั้น ร้อยละ 63.51 ในกลุ่มนี้การสร้างความตระหนักรู้ทางการแพทย์ และการให้ความรู้เกี่ยวกับบริการและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะสามารถเพิ่มการเข้าถึงการรับบริการได้⁽¹⁵⁾

การวิจัยนี้มีจุดแข็งคือ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแรกในประเทศไทยที่วิจัยเกี่ยวกับความต่างของการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ ในตัวอย่างที่มีหลากหลายสถานะทางสังคม

และเศรษฐฐานะ ซึ่งผลวิจัยพบว่า อาชีพ ตำแหน่งข้าราชการ การศึกษา และรายได้ ซึ่งบ่งบอกปัจจัยทางเศรษฐฐานะ ส่งผลต่อความต่างต่อการเข้าถึงบริการ และจากข้อมูลลักษณะสถานพยาบาลที่บุคลากรเลือกใช้บริการ สามารถต่อยอดการวิจัยและวางนโยบายเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ได้ เช่น การวางนโยบายช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรับบริการ การพัฒนาสถานพยาบาลรัฐบาลเพื่อให้บริการช่วยการเจริญพันธุ์ และเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจซึ่งมีโอกาสเกิดการให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนเนื่องจากอคติที่เกิดจากการลืม (Recall Bias) ในผู้ที่เข้ารับบริการการเจริญพันธุ์มานานแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและหญิงโดยไม่ได้จำกัดความเป็นคู่สมรสอาจส่งผลต่อสัดส่วนการเข้าถึงที่คลาดเคลื่อน ปัจจัยรายได้ขาดข้อมูลเชิงลึกว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีรายได้อื่นนอกจากเงินเดือนหรือไม่ อีกทั้งเป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional Study จึงไม่สามารถอธิบายสาเหตุและผลที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการได้

โดยสรุป การวิจัยนี้พบสัดส่วนการเข้าถึงบริการช่วยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 21.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่างของการเข้าถึงบริการ และเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของบุคลากรโรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ อาชีพ ตำแหน่งข้าราชการ การศึกษา และรายได้ โดยลักษณะสถานพยาบาลเริ่มแรกที่ใช้บริการเป็นสถานพยาบาลรัฐบาลในจังหวัด เมื่อต้องการเข้าถึงเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จึงต้องใช้บริการสถานพยาบาลเฉพาะทางผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเอกชน และไปรับบริการต่างจังหวัดมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Blakemore JK, Maxwell SM, Hodes-Wertz B, Goldman KN. Access to infertility care in a low-resource setting: bridging the gap through resident and fellow education in a New York City public hospital. *J Assist Reprod Genet.* 2020; 37: 1545-52.
2. World Health Organization. Infertility 2020. [Internet]. 2023 [Cited in 15 July, 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.
3. Deejapo J, Theerakulcha J, Phumosakul S. The Relationships between Personal Factors, Stress, the Wife's Role, Marital Relationship, and Quality of Life among Infertile Women. *Journal of Phrapokklao Nursing College.* 2017;28(2):67-79. (In Thai)
4. American Society for Reproductive Medicine. Disparities in access to effective treatment for infertility in the United States: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril.* 2015; 104(5): 1104-10.
5. Traiwattanawong N, Karcharnubarn R. Factors related to infertility treatment. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University.* 2019; 22(1): 59-73. (In Thai)
6. Chambers GM, Sullivan EA, Ishihara O, Chapman MG, Adamson GD. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. *Fertil Steril.* 2009;91(6):2281-94.
7. Chaiwat P, Thammawitpricha P. Attitude and condition of modern family with childfree by choice. *Sripatum Review of Humanities and Social Sciences.* 2018;17(2):49-59. (In Thai)
8. Group ECW, Group ECW, Baird D, Barri P, Bhattacharya S, Devroey P, et al. Economic aspects of infertility care: a challenge for researchers and clinicians. *Hum Reprod.* 2015;30(10):2243-8.
9. Perritt J, Eugene N. Inequity and injustice: recognizing infertility as a reproductive justice issue. *F S Rep.* 2021;3(2 Suppl):2-4.
10. Adashi EY, Dean LA. Access to and use of infertility services in the United States: framing the challenges. *Fertil Steril.* 2016;105(5):1113-18.
11. Afferri A, Allen H, Booth A, Dierickx S, Pacey A, Balen J. Barriers and facilitators for the inclusion of fertility care in reproductive health policies in Africa: a qualitative evidence synthesis. *Hum Reprod Update.* 2022; 28(2):190-9.
12. Morshed-Behbahani B, Lamyian M, Joulaei H, Rashidi BH, Montazeri A. Infertility policy analysis: a comparative study of selected lower middle-middle-and high-income countries. *Global Health.* 2020;16:1-9.
13. Department of Health Service Support. Medical facility for medical assisted reproductive technology. [Internet]. 2023 [Cited in 14 July, 2023]. Available from: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=2231.
14. Shah PK, Gher JM. Human rights approaches to reducing infertility. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023; 162(1): 368-374.
15. Perez CM. An Integrative Review of Fertility Knowledge and Fertility-Awareness Practices Among Women Trying to Conceive. *Nurs Womens Health.* 2021;25(3):198-206.