

วาระกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทวาระกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวาระกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้คือ

1. การคงไว้และเลิกใช้วิถีคุมกำเนิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ความรู้เกี่ยวกับฮาฝั่งคุมกำเนิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกล่าวตามลำดับดังนี้

การคงไว้วิถีคุมกำเนิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การคงไว้วิถีคุมกำเนิด

หมายถึง การที่ผู้รับบริการการคุมกำเนิดรายใหม่วิธีหนึ่ง เมื่อรับบริการแล้ว จะยังคงใช้วิถีคุมกำเนิดนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องติดต่อกัน และเมื่อนำมาคิดอัตราการคงไว้ จึงหมายถึง ผู้รับบริการคุมกำเนิดรายใหม่วิธีนั้น ๆ จะยังคงใช้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่ศึกษา เป็นจำนวนเท่าใด โดยนำจำนวนที่คงใช้อยู่ ความระยะเวลาที่ศึกษา มาหารกับจำนวนผู้ใช้ฮาฝั่งคุมกำเนิดทั้งหมดที่เริ่มใช้ในช่วงระยะเวลาเดียวกันคูณด้วยค่าคงที่ (เช่น 100)

การศึกษ้อัตราการคงไว้วิถีคุมกำเนิด มีประโยชน์ต่องานวางแผนครอบครัว ในด้านการวางแผน การบริหารงาน และการประเมินผล การปฏิบัติงานตั้งแต่ ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับประเทศซึ่งเกี่ยวข้องกับฐานะผู้ปฏิบัติงาน ผู้วางแผนการปฏิบัติงาน ผู้กำหนดโครงการ และกำหนดนโยบายตามลำดับ วิถีคุมกำเนิดที่มีอัตราการคงไว้สูงสะท้อนถึงการยอมรับวิถีคุมกำเนิด ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อวิถีคุมกำเนิดชนิดนั้น ๆ รวมทั้งประสิทธิภาพ

ของวิศุคคุมกำเนิด และประสิทธิภาพของการให้บริการ ในทางตรงข้ามกัน อัตราการคงใช้ต่ำ จะสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านการยอมรับวิศุคคุมกำเนิด

โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ตระหนักถึงความสำคัญ ได้มีการศึกษาการคงใช้ การคุมกำเนิดวิธีต่างๆ และนำมาใช้ประโยชน์ ดังต่อไปนี้

1. เป็นดัชนีชี้ให้เห็นถึงผู้รับบริการคุมกำเนิด ที่ใช้บริการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานถ้าอัตราการคงใช้สูง หรือยาวนาน แสดงถึงประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดชนิดนั้น ๆ และบอกถึงความพอใจในบริการด้วย

2. ใช้กำหนดเป้าหมายผู้รับบริการรายใหม่ของ วิศุคคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ เพื่อกำหนดเป้าหมายที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

3. ใช้เป็นข้อมูล ในการวางแผน เคาริมเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ ในการคุมกำเนิดไว้ล่วงหน้า ป้องกันการขาดแคลน เป็นการสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของ โครงการวางแผนครอบครัว

4. ใช้เปรียบเทียบประสิทธิภาพ ของวิศุคคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ และตัดสินใจส่งเสริมวิศุคคุมกำเนิด ที่มีอัตราการคงใช้สูง เช่น ถ้าทราบว่า การฝังยาคุมกำเนิดมีอัตราการคงใช้สูงก็ควรเน้นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และจูงใจผู้รับบริการ ให้ใช้วิธีนี้มากกว่าวิธีอื่น ๆ รวมถึงการจัดโครงการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพด้วย

5. ทำให้ทราบถึงแนวโน้ม ของแบบแผนการใช้วิศุคคุมกำเนิดของประชาชน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนด แนวนโยบาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดำเนินการตามนโยบาย และเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เช่น การวางแผนเคริสมบุคลากร สถานบริการ วัสดุคุมกำเนิด

6. ใช้เปรียบเทียบ ภาวะเจริญพันธุ์ในระดับภูมิภาค อธิบายถึงความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์นั้น ๆ โดยใช้อัตราการคงใช้ในการอธิบายภาวะเจริญพันธุ์ที่แตกต่าง เช่น จังหวัด ก. มีภาวะการเจริญพันธุ์สูงกว่า จังหวัด ข. ทั้งที่มีการคุมกำเนิดสูงกว่าจังหวัด ข. อาจเป็นเพราะว่า จังหวัด ข. มีอัตราการคงใช้การคุมกำเนิดสูงกว่าจังหวัด ก. ก็ได้ อัตราการคงใช้จึงมีประโยชน์ ในการทำนาคความแตกต่างของ ภาวะเจริญพันธุ์ในระดับภูมิภาค และประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงไว้สาฝั้งคุมก้าเนิดนอร์ฟล้านท์

สุวรรณ วรคามิน ได้ศึกษาติดตามผู้ฝั้งสาเป็นเวลาดังต่อไปนี้ 1 ปี ซึ่งฝั้งสาตั้งแต้ นิส.2529 - พค.2530 โดยศึกษาการยอมรับ ประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน อัตราการคงไว้ และอัตราการตั้งครรภ์ กลุ่มศึกษาเป็นผู้ที่อื่นยอมรับบริการฝั้งสาคุมก้าเนิดที่ศูนย์ฝั้งและอบรมอนามัย แม่และเด็กกรุงเทพฯจำนวน 162 ราย วิธีการติดตามโดยการนัดตรวจติดตามหลังให้บริการพบว่า ผู้ที่ฝั้งสาคุมก้าเนิดแล้วมารับการตรวจติดตาม เมื่อ 1 สัปดาห์, 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือน คิดเป็น 96.9 % , 70.4 % , 60.5 % และ 50.6 % ตามลำดับ และ 66.7% ของผู้ที่ มารับการตรวจติดตามทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียง อาการข้างเคียงที่พบมาก คือ เจ็บคอออกกะปริดกะปรอย คิดเป็น 22.4% รองลงมาคือ รอยฟกช้ำบริเวณฝั้งสา 5.5%, ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ลิว ฝ้า 5.1% คลื่นไส้อาเจียน 2.5% อัตราการคงไว้ เมื่อครบ 6 เดือน ยังคงไว้ทุกราย และไม่พบการตั้งครรภ์

จากการศึกษาดังกล่าว ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้มารับบริการที่สถานบริการซึ่งเป็นส่วน หนึ่งของผู้ใช้สาฝั้งคุมก้าเนิดเท่านั้น จึงไม่เป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มใด การตรวจติดตาม พบว่า ผู้มารับการตรวจลดลงเรื่อย ๆ ดังนั้นการคิดอัตราต่าง ๆ จึงคิดจากผู้ที่มารับการตรวจ ติดตาม เท่านั้น การติดตามอัตราคงไว้ อัตราการตั้งครรภ์สามารถติดตามได้ 6 เดือนก่อนข้าง เป็นเวลาดังนี้ เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่สาฝั้งไว้ได้นาน5ปี การศึกษานี้คล้ายกับ การศึกษาของ ลัดดาวัลย์ บรรหารสุภาวท แต่เพิ่มรายละเอียดของการตรวจร่างกาย ดังนี้

ลัดดาวัลย์ บรรหารสุภาวท ติดตามผลการใช้สาฝั้งคุมก้าเนิดในระยะ2 ปี กลุ่มศึกษา เป็นผู้ที่มารับบริการฝั้งสาที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อ พ.ศ. 2532 จำนวน 200 ราย โดยติดตาม ผลและตรวจร่างกายช่วงละ 6 เดือน จนครบ 2 ปี (รวม 4 ช่วง) พบว่าอาการข้างเคียงที่พบ มากที่สุด คือ การผิ่ดปกติของประจำเดือน ซึ่งแบ่งเป็น กลุ่มที่มีน้อยกว่าปกติ และมากกว่าปกติ การมีประจำเดือนมากกว่าปกติ พบ สูงสุดในช่วงที่ 2 ของการติดตามแล้วลดลงดังนี้ คือ 6 เดือน =22.5%, 1 ปี = 35.0%, 1.6 ปี = 30.5% และ 2 ปี = 25.6% มีประจำเดือนมาก และนานจำนวน 2 ราย ได้ให้การรักษาคิว เอสโตรเจน ถอดสาฝั้งออก 10 ราย เนื่องจาก เลือดไม่หยุด อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบคือ ปวดศีรษะ ปวดชาตามแขนข้างที่ฝั้ง เวียนศีรษะ หน้ามืด หงุดหงิด คลื่นไส้ อาเจียน อัตราการคงไว้ภายหลัง 1 ปี และ 2 ปี คิดเป็น 96.4 % และ 89.5 % ตามลำดับ ไม่พบการตั้งครรภ์ การหลุดหรือการติดเชื้อ

การตรวจภายในพบว่ามีโอดาเรียนีส์ 2 รายในระยะปีที่ 1 และ 2 ของการฝังยา 3 เดือนต่อมา พบว่า โอดาเรียนีส์ มีขนาดลดลงเป็นปกติทั้งสองราย การกลับคืนของภาวะเจริญพันธุ์ พบว่า มีการตั้งครรภ์ เกิดขึ้นหลังจากถอดยาฝังได้ 1 เดือน, 1 ปี และ 2 ปี คิดเป็น 20 % , 86 % และ 93 % ตามลำดับ การศึกษานี้ ศึกษาผู้ที่มารับบริการฝังยาที่สถานบริการ และคิดอัตราต่าง ๆ จากผู้ที่กลับมาตรวจแต่ไม่ได้กล่าวถึง จำนวนที่สามารถติดตามได้ในช่วงเวลาต่างๆ

พรสิทธิ์ อมรวิเศษร์ ศึกษาติดตาม ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการฝังยาคุมกำเนิด ในปี พ.ศ.2529 โดยศึกษาอัตราการคงใช้ อาการข้างเคียง ความพอใจของการรับบริการ กลุ่มศึกษา คือ ผู้รับบริการฝังยาคุมกำเนิด จากโรงพยาบาลแม่และเด็ก และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง หลังจากฝังยาไปแล้วอย่างน้อย 2 ปี โดยการสุ่มตัวอย่าง 360 ราย กลุ่มผู้ให้บริการคือ แพทย์ที่ได้รับการอบรมฝังยาคุมกำเนิด และได้ให้บริการฝังยาในโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 64 คน ผลการศึกษาพบว่า อัตราคงใช้ ระยะ 6,12,18 เดือน คิดเป็น 97% 93% และ 88 % ตามลำดับ อาการข้างเคียงที่พบว่าเป็นปัญหา คือ ประจำเดือน อาการข้างเคียงอื่น ๆ ที่พบว่าเป็นปัญหามากกว่าเรื่องประจำเดือน คือ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด น้ำหนักเพิ่ม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุวรรณ วรคามิน และ ลัดดาวัลย์ บรรเทาสุภาวาท ซึ่งพบปัญหาในเรื่องประจำเดือนผิดปกติ มากกว่า ผลการศึกษาในกลุ่มแพทย์ผู้ให้บริการในเรื่อง การถอดยาฝังคุมกำเนิด โดยแพทย์ 78.1 % ตอบว่าเคยมีผู้รับบริการฝังยามาถอดด้วยเหตุผล การมีประจำเดือนออกไม่หยุด หรือกะปริดกะปรอย

อากฤษฏี บุญสงวน ศึกษา นอร์พลาอัน ประสพการณ์ 5 ปี ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยศึกษากลุ่มผู้มารับบริการฝังยา ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่ พ.ศ.2529 - มี.ค.2534 รวม 5 ปี จำนวนทั้งสิ้น 77 ราย แล้วติดตามไปพบว่า มีอัตราการล้มเหลวของยา คือ เกิดการตั้งครรภ์ 2 ราย คิดเป็น 0.9 % (Women-Years) เลิกใช้ก่อน 5 ปี 31.2 % อัตราการคงใช้ ที่ระยะเวลา 6 เดือน , 1 ปี , 2 ปี , 3 ปี , 4 ปี และ 5 ปีคิดเป็น 93.2 % , 89.0 % 79.2 % , 76.4 % , 77.4 % และ 40.0 % ตามลำดับ สาเหตุที่เลิกใช้ก่อนครบกำหนด ส่วนใหญ่เนื่องจาก มีประจำเดือนผิดปกติ ได้แก่ มีประจำเดือนกะปริดกะปรอย ประจำเดือนมาก และไม่มีประจำเดือน รวม 70.8 % ของจำนวนที่เลิกใช้ก่อนครบกำหนดทั้งหมด จากการศึกษา ทำให้ทราบถึงอัตราการคงใช้ที่ระยะเวลา นานถึง 5 ปีแต่จากจำนวนผู้ฝังยาในปีต่างๆ ก่อนข้าง น้อยคือ พ.ศ.2529 จำนวน 15 ราย พ.ศ.2530 จำนวน 47 ราย พ.ศ.2531จำนวน 10ราย พ.ศ. 2533 จำนวน 1 ราย และพ.ศ. 2534 จำนวน 4 ราย ดังนั้น อัตราที่คิดจึงได้มาจาก จำนวนตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย

การศึกษาทั้ง 4 เรื่อง มีความคล้ายกัน ในแง่ของการออกแบบศึกษา คือ ติดตามผู้ที่ได้รับบริการไปแล้ว และนัดมาตรวจติดตามที่สถานบริการ ทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะ ผู้ที่กลับมารับการตรวจติดตามเท่านั้น

นันทา อ่วมกุล และ คารณ ไซตักันตะ ศึกษา ผู้รับบริการชาวเขา ที่ฝิ่งฮาคุมกำเนิด นอร์ฟลันมาเป็นเวลา 1 ปี จำนวน 471 ราย ในปี 2531 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและสังคม ความรู้ เจตคติ และอัตราการคงใช้ ตลอดจนอาการข้างเคียงโดยการศึกษาตามสัมภาษณ์ ผู้ใช้ยาฝิ่งฮาคุมกำเนิดได้ 471 ราย คิดเป็น 92 % ของผู้รับบริการทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่มีบุตร 3.67 คน อาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ ความผิดปกติของประจำเดือนส่วนใหญ่ไม่มีประจำเดือน คงใช้เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน คิดเป็น 96% และ 94% ตามลำดับ เหตุผลในการถอดยาฝิ่งที่สำคัญ คือ ประจำเดือนผิดปกติ อ่อนเพลียไม่มีแรง และตั้งครภ์ ซึ่งพบอัตราการล้มเหลว 0.22 % เมื่อฝิ่งฮาคุมกำเนิดได้ 12 เดือน การศึกษานี้ สามารถติดตามผู้ใช้ยาฝิ่งฮาคุมกำเนิดได้มาก จากจำนวนประชากรที่ศึกษาเกือบทั้งหมด แต่ลักษณะประชากรที่ศึกษา ค่อนข้างมีความเฉพาะ

การเลิกใช้ยาคุมกำเนิด

หมายถึง การที่ผู้รับบริการรายใหม่จำนวนหนึ่ง เมื่อรับบริการคุมกำเนิด อย่างไรก็ดี อย่างหนึ่งแล้ว มีการเลิกใช้ยาคุมกำเนิดนั้น ๆ เมื่อจะนำมาคิดถึงอัตราการเลิกใช้ และประโยชน์ของการศึกษาอัตราการเลิกใช้แล้ว มีความคล้ายคลึงกันกับอัตราการคงใช้ดังที่กล่าวมาแล้ว

ความรู้เกี่ยวกับยาฝิ่งคุมกำเนิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิดของยาฝิ่งคุมกำเนิด

ยาฝิ่งคุมกำเนิด หมายถึง การคุมกำเนิดชนิดฝังใต้ผิวหนัง ผลิตจากฮอร์โมนสังเคราะห์ ที่มีประสิทธิภาพสูง คือ ลีโวนอร์เจสเตรล ซึ่งเป็นฮากลุ่ม โปรเจสทิน บรรจุอยู่ในหลอดโพลีไคเมทิลซีโลแซน หรือ ซีลาสติก 6 หลอด ได้มีการศึกษาค้นคว้ามาเป็นเวลานาน พอจะแบ่งยาฝิ่งคุมกำเนิด ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (กวีวรรณ สุภมณฑล, 2531)

1. ชนิดที่ไม่สลายตัว (Non-Biodegradable)

ได้มีการศึกษาวิจัยมาเป็นเวลานาน ในการค้นหาสารที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมสำหรับนำมาทำเป็นแคปซูล เพื่อใช้ในการบรรจุฮอร์โมน และสามารถทำให้ฮอร์โมนบรรจุอยู่ข้ามและกระจายได้ดีในอัตราที่คงที่เป็นระยะเวลาาน โดยที่ไม่มีปฏิกิริยา และผลข้างเคียง ต่อร่างกาย จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1967 Horacio Croxatto และ Sheldon J.Segal พบว่าสารโพลีโคมเทกซ์โกลแลน หรือซีลาสติกซึ่งเป็นสารชนิดเดียวกันกับที่ใช้ในการทำท่อระบายน้ำโอสันหลังในผู้ป่วย ไสโครเซฟฟาลัส ซึ่งแคปซูลนี้ ไม่สามารถสลายตัวไปได้เองดังนั้น เมื่อหมดระยะเวลาการใช้งานแล้วจะต้องถอดเอาแคปซูลออก เช่น "นอร์พลานท์"

2. ชนิดที่สลายตัวได้เอง (Bio-degradable)

ฮามิงคัมก่าเนิดชนิดนี้ จะบรรจุอยู่ในแคปซูลที่ทำด้วยสารพวก โพลีแคปโพรแลกโตน โพลีเมอร์ ซึ่งจะถูกเอนไซม์ ทำให้ค่อย ๆ สลายตัวไปกลายเป็น ไสโตรกซีแคโพรอิก แอซิด และ คิวโกลเมอร์ จึงมีข้อดี คือ ไม่ต้องถอดเอาแคปซูลออก เมื่อหมดระยะเวลาการใช้งาน และมีข้อเสียที่การเก็บรักษายากกว่าชนิดแรกเพราะสารนี้มักไม่คงทน และกรณีที่ผู้รับบริการต้องการถอดออกก่อนหมดระยะเวลาใช้งาน อาจจะทำให้ยาก เนื่องจากมีการสลายตัวของแคปซูลบางส่วนแล้ว ตัวอย่างเช่น "แคโพรเนอร์"

ฮามิงคัมก่าเนิดที่ผ่านการศึกษา และพัฒนาจนถึงขั้นผลิตใช้ได้ และเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก และสหพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ มีอยู่ชนิดเดียว ซึ่งมีชื่อทางการค้าว่า "นอร์พลานท์" จัดทะเบียนขึ้นโดย สภาประชากรสหรัฐอเมริกา (The Population Council, USA.) ได้มีการทดลองใช้ในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย เป็นเวลานานกว่า 5 ปี

สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มบรรจุไว้ในโครงการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) เป็นต้นมา

ฮามิงคัมก่าเนิดนอร์พลานท์

เป็นฮามิงคัมก่าเนิด ประกอบด้วยฮอร์โมนที่มีประสิทธิภาพสูง คือ ลีโวนอร์เจสเตรล ซึ่งเป็นฮาในกลุ่ม โพรเจสติน บรรจุอยู่ใน (ซีลาสติก แคปซูล) 6 หลอด ใช้ฝังใต้ผิวหนังบริเวณต้นแขน ฮาจะเข้าสู่กระแสโลหิตได้โดยการซึมผ่านซีลาสติกแคปซูลช้าๆ ฮามิงคัมก่าเนิดชุดหนึ่งจะมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด ได้อย่างน้อย 5 ปี โดยผู้รับบริการไม่ต้องดูแล เอาใจใส่เป็นพิเศษ ต่อหลอดฮอร์โมนที่ฝังไว้แต่อย่างใด และหลังจากถอดออก ภาวะเจริญพันธุ์จะกลับคืนโดยเร็ว และถ้าต้องการคุมกำเนิดโดยวิธีเดิมต่อ สามารถฝังฮามิงคัมก่าเนิดชุดใหม่ได้ทันที (Faundes, 1991)

ขนาดปริมาณการฉีดกระจายและระยะเวลาการใช้

ยาฝังคุมกำเนิด นอร์พลานท์ 1 ชุด ประกอบด้วยหลอดยาฝังคุมกำเนิด 6 หลอด (Capsules) ทำด้วย ซิลิโคน - ซิลิโคน แต่ละหลอด มีเส้นผ่าศูนย์กลางภายใน 1.57 มม. เส้นผ่าศูนย์กลางภายนอก 2.41 มม. ขนาดยาว 3.4 ซม. ภายในบรรจุฮอร์โมนลีโวนอร์เจสเตรล ชนิดที่เป็นผง ประมาณ 36 ไมโครกรัม ปลายหลอดปิดทั้งสองข้าง ฮอร์โมนนี้จะฉีดกระจายออก ประมาณ วันละ 80 ไมโครกรัม ในช่วงระยะ 2-3 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงจน อยู่ในระดับคงที่ เมื่อถึงระยะเวลา 1.5 ปี ฮอร์โมน จะฉีดกระจายออกต่อไป วันละ 30 ไมโครกรัม จนกระทั่ง 5 ปี ระดับฮอร์โมนจะสูงเพียงพอสำหรับการคุมกำเนิดภายหลังการฝังยาคุมกำเนิด และยังคงมีผลในการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้นาน 5 ปี (สฺพร เกิดสว่าง, 2533)

ปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดกระจายของฮอร์โมน

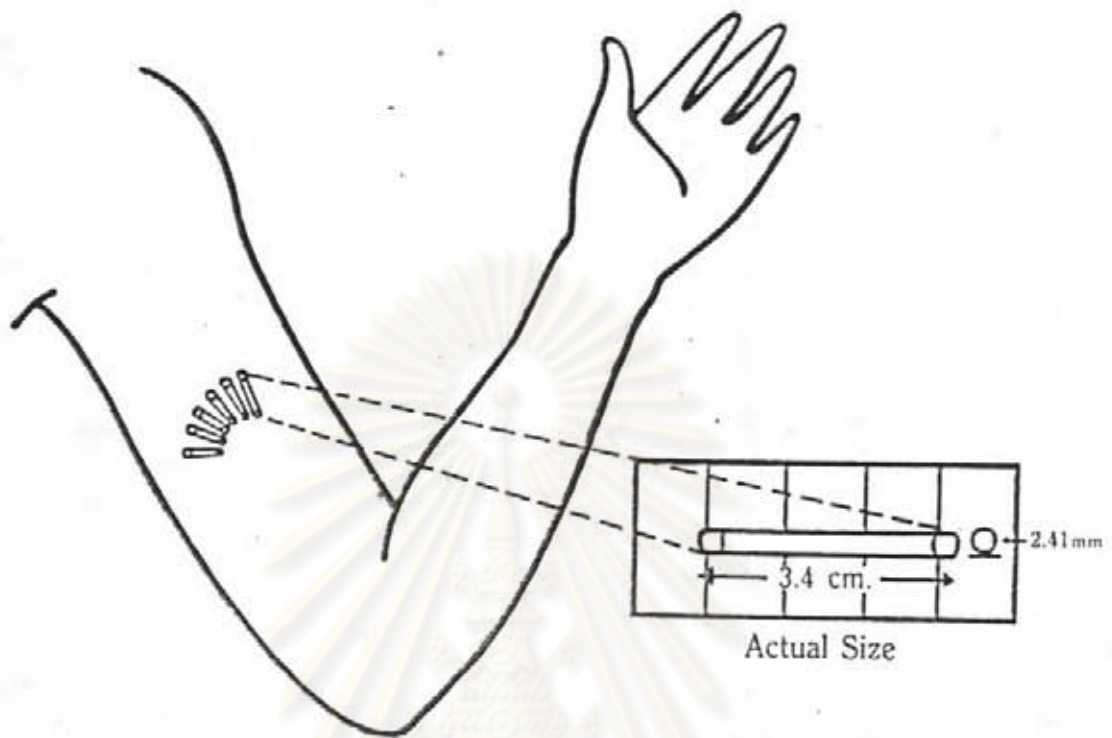
ปริมาณของฮอร์โมนที่ซึมผ่านแคปซูลที่บรรจุนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ชนิดของฮอร์โมนที่บรรจุอยู่ภายใน
2. รูปลักษณะของฮอร์โมนที่บรรจุอยู่ภายใน
3. ชนิดของยาฝังคุมกำเนิด
4. จำนวนของยาฝังคุมกำเนิด
5. พื้นที่ผิวและความหนาของแคปซูล
6. ความสะอาดปราศจากเชื้อ ของยาฝังคุมกำเนิด
7. ลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละราย เช่น การเกิดพังผืด หรือการเคลื่อนไหวบริเวณที่ฝังยาคุมกำเนิด

ตำแหน่งที่ฝังยาคุมกำเนิด

ยาคุมกำเนิดชนิดฝังใต้ผิวหนังนี้ สามารถฝังไว้ที่ตำแหน่งไหนของร่างกายก็ได้ เพราะสามารถให้ผลในการป้องกัน การตั้งครรภ์ได้เท่า ๆ กัน แต่ตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุดนั้นจะต้องพิจารณาทั้งในด้านความสวยงาม การยอมรับ และสามารถฝังยา หรือถอดออกได้สะดวก ซึ่งได้แก่ บริเวณต้นแขนด้านในประมาณ 1 ใน 3 ของความยาวจากปุ่มข้อศอก ถึงรักแร้ ควรเลือกแขนข้างที่ไม่ถนัด การฝังยาจะฝังใต้ผิวหนังเป็นรูปขีด โดยผ่านทางรอยกรีดเล็ก ๆ ที่ผิวหนัง ดังรูปที่ 1 (สฺพร เกิดสว่าง, 2533)

รูปที่ 1 แสดงขนาดและตำแหน่งฮาฟิงคุมกำเนิด



กลไกการออกฤทธิ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์

ฮาคุมกำเนิดชนิดฝังใต้ผิวหนัง สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ โดยอาศัยกลไกการออกฤทธิ์ 3 อย่างด้วยกัน คือ

1. ยับยั้งการตกไข่ได้ประมาณ ร้อยละ 50 ของรอบประจำเดือน
2. เปลี่ยนแปลง เชื่อมุมที่บริเวณปากมดลูกให้มีลักษณะเหนียวข้น ทำให้เชื้ออสุจิ ไม่สามารถผ่านไปผสมกับไข่ได้
3. เปลี่ยนแปลงเยื่อโพรงมดลูก ให้มีลักษณะฝ่อ (Atrophic Change) ไม่เหมาะแก่การฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว (Non-Functioning) (ลาภฤทธิ บุญสงวน, 2535)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลไกการป้องกันการตั้งครรภ์

Faundes และ คณะ ศึกษาการเสื่อมหน้าที่ ของการตกไข่ ในช่วงที่มีการใช้ฮอร์โมนลิโวนอร์เจสเตรล ระดับต่ำใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องในปี ค.ศ. 1991 ศึกษาโดยการสังเกตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ฮาฟิงคุมกำเนิดนอร์พลาแนก จำนวน 31 คนและกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ฮาฟิงซึ่งเป็นอาสาสมัครจำนวน 12 คน กลุ่มศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับฮาฟิงคุมกำเนิดนอร์พลาแนก มาก่อนระหว่าง 13 และ 77 เดือน วัดผลโดยดู ฟอร์ดลิเกิล - สติมุเลติง ฮอร์โมน ลูทีไนซิง ฮอร์โมน

เอสตราไดอัล และโปรเจสโตโรน ใน 1 รอบประจำเดือน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด นอร์พลาแทก 55% ไม่มีการตกไข่ ซึ่งมีลักษณะการเสื่อมหน้าที่ (Dysfunction) ระยะปกติขาดไป เอสตราไดอัล ต่างไปจากการควบคุมปกติ จึงสรุปว่า การไม่ตกไข่เป็นกลไกหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้นอร์พลาแทก จึงสันนิษฐานว่าการเสื่อมหน้าที่ ดังกล่าวซึ่งหมายถึงการคุมกำเนิดด้วยการใช้ นอร์พลาแทก เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง

Segal, S.J. และคณะ ศึกษาผลกระทบของการออกฤทธิ์ในการคุมกำเนิดของ นอร์พลาแทก ในปี 1991 กลุ่มศึกษาเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีประวัติประจำเดือนปกติ และใช้ยาฝังคุมกำเนิดจำนวน 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่ตั้งใจจะตั้งครรภ์ ซึ่งไม่ได้คุมกำเนิดจำนวน 20 คน โดยการตรวจเลือดที่ช่วงระยะเวลาต่าง ๆ เพื่อทดสอบดู สอร์โอมโคโรนิคโกนาโดโทรปิน (เอชซีจี) กลุ่มศึกษาจะมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ช่วงระยะเวลาต่าง ๆ กัน ตัววัดที่ใช้ในการศึกษาคือ การตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เกิดสอร์โอม เอชซีจีกลุ่มควบคุมที่ตั้งใจจะตั้งครรภ์ได้มีการตั้งครรภ์ 9 ราย และไม่พบการผลิต สอร์โอม เอชซีจี ในกลุ่มศึกษาเลยถึงแม้จะมีการตกไข่ และเมื่อพิจารณาถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการตั้งครรภ์ในระยะตกไข่ ที่จะพบในกลุ่มศึกษาที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด มีค่าอยู่ระหว่าง 1 ใน 50 ถึง 1 ใน 150,000

ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด

จากการศึกษาโดย Population Council's International Committee for Contraceptive Research ปี พศ.2521/2522 ซึ่งศึกษาในประเทศ ฟินแลนด์ ชิลี และโตมินิกัน รับบลิก จำนวนผู้รับบริการ 992 ราย พบว่า ผู้รับบริการที่ยังคงใช้้อยู่ถึง 5 ปี (Cumulative 5 Year) มีอัตราการตั้งครรภ์ (Pregnancy Rate) ร้อยละ 2.7 คิดเป็นอัตรา การตั้งครรภ์ของผู้รับบริการฝังยาต่อปี (Annual Pregnancy Rate) ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 ซึ่งถือว่า เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง

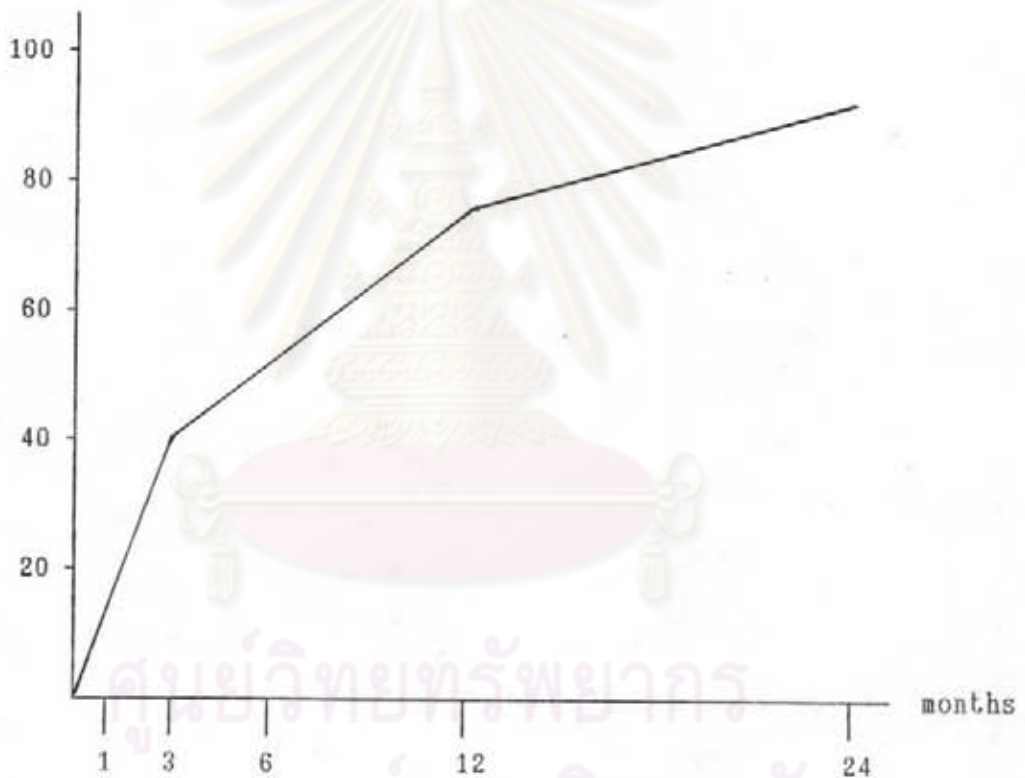
การกลับคืนสู่ภาวะเจริญพันธุ์

หลังถอดยาฝังคุมกำเนิดผู้รับบริการส่วนใหญ่จะกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ทันที และสามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้โดยปลอดภัย จากการศึกษาในปี พศ.2521/2522 ในผู้รับบริการ 324 ราย มีผู้ถอดยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากต้องการการตั้งครรภ์ 45 ราย พบอัตราการตั้งครรภ์สะสมก่อนวันสิ้นสุดการศึกษาดังนี้ ร้อยละ 40 ตั้งครรภ์ภายใน 3 เดือน ร้อยละ 76 ตั้งครรภ์ภายใน 1 ปี และร้อยละ 90 ตั้งครรภ์ภายใน 2 ปี ดังรูปที่ 2

รูปที่ 2 แสดงอัตราการตั้งครรภ์สะสม ภายหลังจากการถอดฮามิงคุมกำเนิด

RATE OF PLANNED PREGNANCIES
AFTER IMPLANT REMOVAL, 1978/79 COHORT
45 removals

Cumulative rate
of pregnancy



ที่มา Silvin et al : Studies in Family Planning 14:184,1983

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับคืนสู่ภาวะเจริญพันธุ์

Silvin และ คณะ ศึกษาอัตรา และผลของการ ตั้งใจ ที่จะตั้งครรภ์หลังจากการคุมกำเนิด วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อหาอัตราและปัจจัย ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์หลังใช้ฮามิงคุมกำเนิดชนิดนอร์ปลานท์ ชนิดแคปซูล (Norplant capsules) และ ฮามิงคุมกำเนิดแบบ 2 แท่ง (Norplant-II rods) ในหญิงที่หยุดใช้วิธีการคุมกำเนิด เพื่อวางแผนที่จะตั้งครรภ์ จำนวน

372 คน ในปีค.ศ. 1992 ในสถานบริการหลายแห่ง และวิเคราะห์โดยวิธีไลพ์-เทเบิล ผลการศึกษาพบว่าหลังจากใช้ยาฝังมานาน 1 ปี และ 2 ปี แล้วถอดยาฝังคุมกำเนิดออก อัตราการตั้งครรภ์คิดเป็น 82 % และ 89 % ตามลำดับ อาศัยภาวะถอดยาฝัง และความตั้งใจในการคุมกำเนิดตอนเริ่มแรก มีความสัมพันธ์กับอัตราการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่ชนิดของการคุมกำเนิด และระยะเวลาของการใช้วิธีคุมกำเนิด ไม่มีความสัมพันธ์กัน ผลของการตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างไปจากปกติ จึงสรุปว่าการใช้วิธีคุมกำเนิดและระยะเวลาไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ หลังจากเลิกใช้การคุมกำเนิดชนิดยาฝัง

สุนา ชมพูทวีป ศึกษาอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์และสาเหตุของการเลิกใช้ นอร์พลาแทก ในสตรีอาสาสมัคร ณ.ศูนย์วิจัยเวชศาสตร์การคุมกำเนิด กรุงเทพมหานคร ในช่วง มิ.ย. 2529 - ม.ค. 2533 จำนวน 308 ราย โดยการตรวจร่างกายทั่วไป รวมทั้งการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก ในระยะเริ่มแรก (Pap Smear) ติดตามผลในระยะ 7 วัน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และทุกปีจนครบ 5 ปี โดยบันทึกอาการข้างเคียง และผลการตรวจ Pap Smear พบว่า เหตุที่เลือกใช้ยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากเห็นว่าเป็นวิธีที่คุมกำเนิดได้นาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มพร คชการ ช่างสารเกี่ยวกับยาฝัง ทราบจากเจ้าหน้าที่คลินิก 45.3 % พบอัตราการคงใช้ (วิเคราะห์โดยวิธี ไลพ์เทเบิล) 99.0 % 97.9 % 92.5 % และ 88.2% ในเดือนที่ 6 , 12 24 , 36 ตามลำดับ เหตุผลที่ถอดส่วนใหญ่คือต้องการมีบุตร รองลงมาคือ ปัญหาเรื่องประจำเดือนและการมีสิ่ว ฝ้าเกิดขึ้น พบการตั้งครรภ์ 2 ราย หลังฝังยาได้นาน 2 ปี

ข้อดีของยาฝังคุมกำเนิด

1. มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง
2. ลดปริมาณและชนิดของฮอร์โมนที่เข้าสู่ร่างกาย เมื่อเทียบกับชนิดคุมกำเนิด หรือยาเม็ดคุมกำเนิด เนื่องจากยาฝังคุมกำเนิดเป็นฮอร์โมนคุมกำเนิดที่ปราศจาก เอสโตรเจน จึงมีความปลอดภัยกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรวม โดยเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการ ที่ไม่ควรได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน
3. ผู้รับบริการ มีแนวโน้มที่จะมีระดับ ซีโรโกลบิน เพิ่มขึ้น เนื่องจากปริมาณของประจำเดือนน้อยลง หรืออาจจะไม่มีเลย ทำให้เสียเลือดน้อยกว่าสตรีที่มีประจำเดือนมาทุกเดือน
4. ความดันโลหิตปกติ ไม่พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต ซีเอสโตลิก หรือ ไคแอลสโตลิก ในกลุ่มผู้รับบริการ
5. มีการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับ ไขมันในเลือดเพียงเล็กน้อย คือมี ผลรวมของคอเลสเตอรอล และไลโปโปรตีน คอเลสเตอรอล (เอช ดี แอล-ซี) ลดลงประมาณ

10 % ของระดับก่อนใช้ยา แต่อัตราส่วนของผลรวมของ คอเลสเตรอลต่อ เอชดีแอล-ซี ยังคงเท่าเดิม จึงไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด การตรวจทางเคมี คลินิก (Clinical Chemistry) อื่น ๆ ซึ่งรวมถึงหน้าที่ของตับ (Liver Function) พบว่า การเปลี่ยนแปลงอยู่ในค่าเฉลี่ยของเกณฑ์ปกติ

6. เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูกต่ำ จากการทดลอง (Clinical Trial) จำนวน 2,500 ราย พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) 2 ราย เทียบเป็นอุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูก 0.8 ต่อ 1,000 คน (Woman-Years) ต่ำกว่ารายงานจากการใช้ห่วงอนามัยชนิด คอปเปอร์ หรือ ชนิดพลาสติก ซึ่งพบ 1-1.2/1,000

7. การติดเชื้อในบริเวณฝังหลอดยามีน้อย เมื่อฝังยาโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ตามข้อแนะนำในการฝังหลอดยา โอกาสติดเชื้อมีน้อยตามรายงานในปี พศ. 2521/2522 จากจำนวนผู้รับบริการ 324 ราย พบว่ามีการติดเชื้อ 1 ราย (0.3 %) (สุพร เกิดสว่าง, 2533)

8. ไม่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม หญิงที่ให้นมบุตรสามารถใช้ยาฝังคุมกำเนิดได้
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของยาฝังคุมกำเนิด

สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล ศึกษาผลของยาหลอดฝังคุมกำเนิดต่อสุขภาพในสตรีไทย กลุ่มศึกษาเป็นผู้มารับบริการ ฝังยาคุมกำเนิด 30 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มิย. 2529 โดยตรวจร่างกาย ซึ่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจภายใน ตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ตรวจน้ำตาลและไขขาวในปัสสาวะ เมื่อเริ่มรับบริการหลังจากนั้นติดตามเมื่อหลังรับบริการ 7 วัน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และตรวจซ้ำเมื่อฝังยาครบ 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า มีประจำเดือนมากระปริดกะปรอย และ เป็นรอบ 53.33 % และ 46.67 % ตามลำดับ ผลต่อความดันโลหิต (เมื่อฝังยาครบ 2 ปี) มีความดัน ซีสโตลิก และ ไดแอสโตลิก ลดลงเฉลี่ย 1.46 และ 1.66 มม.ปรอท ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลต่อเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศลดลง 13.33 % เท่าเดิม 86.67 % (เมื่อฝังยาได้ 1 ปี) การบรรลุนจุดสุดยอดลดลง 20 % เพิ่มขึ้น 6.67 % และคงเดิม 73.33 % และการบรรลุนจุดสุดยอดลดลงที่ 20 % นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่ามีผลต่อเต้านม น้ำหนักตัว เซลล์ปากมดลูก และอวัยวะสืบพันธุ์สตรี การศึกษาขึ้นได้มีการตรวจ และศึกษาผลของยาฝังคุมกำเนิดต่อระบบต่าง ๆ ครอบคลุมดีพอสมควร แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ค่อนข้างน้อย

กำจร พุกชานานนท์ และคณะ ได้ศึกษาผลและการยอมรับการฝัง นอร์พลานท์ ทันที หลังคลอดในสตรีอาสาสมัคร ที่มาคลอดบุตรทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 100 ราย โดยการนัดตรวจติดตามเมื่อ 1,3,6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีผลต่อการ

หลังน้ามน น้ำหนักตัว และความดันโลหิต อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ประจำเดือนผิดปกติ ไม่มีผู้ฝังขาราชใดต้องการเอาขาร้างออก การศึกษานี้ ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัคร และจำนวน ตัวอย่างค่อนข้างน้อย แต่ตอบคำถามในเรื่องการฝังขาร้างตลอดทันที ไม่มีผลต่อการหลังน้ามน

ข้อได้เปรียบของการใช้ขาร้างคุมกำเนิด

1. สะดวกใส่เพียงครั้งเดียวคุมกำเนิดได้เป็นระยะเวลานานถึง 5 ปี
2. กลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้ทันทีหลังจากถอดขาร้าง
3. ขาร้างออกฤทธิ์ได้ก่อนที่จะผ่านดับ และมีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ภายใน 24 ชม.

หลังจากฝังขาร้าง

4. ลดจำนวน เสด็จรอสต์ ที่ใช้ทั้งหมดที่เข้าสู่ร่างกาย เมื่อเทียบกับการคุมกำเนิด โดยขาร้างเม็ดคุมกำเนิดรวม หรือขาร้างฉีดคุมกำเนิด

5. ระดับของขาร้างในเลือดเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ในระยะเวลานานถึง 5 ปี (Zero Order Release)

6. กลุ่มที่ไม่ควรรับฮอร์โมน เอสโตรเจน ซึ่งจะไม่มีความปลอดภัย เมื่อใช้ขาร้างเม็ดคุมกำเนิด แต่ สามารถใช้ขาร้างคุมกำเนิดได้ และมีความปลอดภัยมากกว่าใช้ขาร้างเม็ดคุมกำเนิด (สุนทร เกิดสว่าง, 2533)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับขาร้างคุมกำเนิด

วนิดา สินไชย ศึกษาการยอมรับอาการข้างเคียงและฤทธิ์ของขาร้างคุมกำเนิดในกลุ่ม ที่ไม่เคยใช้ขาร้างคุมกำเนิดมาก่อนเลย ในปี พ.ศ. 2523-พ.ศ. 2525 จำนวน 264 ราย ที่มา รับการฝังขาร้าง ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ขอนแก่น แล้วมีการติดตามโดย นัคคมาตรวจซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคงใช้ (Continuation rate) 3 ปี และ 4 ปี คิดเป็น 69.4 % และ 60.0 % ตามลำดับ ถอดขาร้างก่อน 6 เดือน จำนวน 13 ราย จากเหตุผลทางการแพทย์และ หลุด 5 ราย จากประจำเดือนและผู้รับบริการไม่ยอมรับ 6 ราย จากสามีอึดผาด 1 ราย และ ต้องการมีบุตร 1 ราย มีคนที่ฝังขาร้างครบกำหนด 5 ปี และขอฝังขาร้างต่อ 53 ราย สรุปผลการศึกษา ว่าขาร้างคุมกำเนิด น่าจะดีและไม่ม้อัตราการล้มเหลว (Failure rate) ของการใช้ขาร้างเลข การศึกษานี้ ได้ศึกษาการยอมรับนาน 5 ปี เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมเนื่องจากขาร้างสามารถ ใช้ได้นาน 5 ปี แต่มิได้ระบุจำนวนที่สามารถนัดมาตรวจซ้ำได้ ในช่วงเวลาต่าง ๆ

Hardy และคณะ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับขาร้าง และห่วงอนามัย ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่มีลักษณะข้อมูลส่วนตัวทางด้านสังคมเหมือนกัน ที่มาใช้บริการที่คลินิกวางแผน ครอบครัวในปี 1991 โดยได้รับคำปรึกษาแนะนำที่มีวิธีการเหมือนกัน และไม่มีข้อห้ามในการใช้

ชาฝึงคุมกำเนิดและห่วงอนามัย กลุ่มศึกษาประกอบด้วย ผู้ใช้ชาฝึงคุมกำเนิดจำนวน 100 ราย และผู้ใช้ห่วงคุมกำเนิด 100 ราย โดยการสัมภาษณ์ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า จำนวน 4 ส่วน ใน 5 ส่วน ของผู้ใช้ชาฝึงคุมกำเนิด และจำนวนผู้ใช้ห่วงอนามัยทั้งหมดได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีเลือก ชนิดการคุมกำเนิด ก่อนที่จะถึงคลินิก โดยพบว่าในกลุ่มผู้ใช้ห่วงคุมกำเนิด ไม่ชอบวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์โดยวิธีฮอร์โมน มากกว่าคนที่ชอบ ในขณะที่กลุ่มผู้ใช้ชาฝึงคุมกำเนิดเต็มใจที่จะใช้การคุมกำเนิดที่เป็นประสบการณ์ใหม่ 50 % และ 12 % ของผู้ใช้ชาฝึงคุมกำเนิดเรียนรู้วิธีการจากทางโทรทัศน์ จึงเป็นข้อที่น่าสังเกตว่า การให้คำแนะนำที่คลินิกไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการกำหนดการเลือกวิธีชนิดการวางแผนครอบครัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์

เลื่อมพร คชการ และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้สตรียอมรับชาฝึงคุมกำเนิดในสตรีที่มาขอรับบริการ คุมกำเนิดที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทองโดยการสัมภาษณ์กลุ่มที่ยอมรับชาฝึงคุมกำเนิดจำนวน 118 ราย และกลุ่มที่ไม่ยอมรับชาฝึงคุมกำเนิด 266 ราย ผลการศึกษาพบว่า เหตุจูงใจที่ทำให้ยอมรับการฝังหยาคือ คุมได้นาน เบื่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และที่ทำให้ไม่ยอมรับคือ กลัวเจ็บ คุมวิธีเดิมคืออยู่แล้ว และคุมไม่ถึง 5 ปี กลัวว่าฝังไปนานจะเป็นอันตราย และต้องจ่ายเงิน 200 บาท ในกลุ่มที่ยอมรับยังพบว่าสามี่ยอมรับชาฝึงด้วย 75 % แหล่งข่าวสารที่ได้รับในกลุ่มที่ข้อมรับ ได้รับจากเพื่อนหรือญาติ

ปัญหาที่พบในการใช้ชาฝึงคุมกำเนิดและการแก้ไข

1. อาการข้างเคียงเกี่ยวกับฮอร์โมน

1.1 อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ เลือดออกกะปริดกะปรอย ระหว่างรอบประจำเดือน หรือไม่มาเลย ความไม่สม่ำเสมอของประจำเดือน มักจะน้อยลงหลัง 3-6 เดือนแรก การให้คำแนะนำ ปรีกษาในเรื่องนี้เป็นอย่างตติตั้งแต่ต้น จะช่วยลดอัตราการถอดหาฝึงเนื่องจากประจำเดือนไม่สม่ำเสมอได้

Shoupe และคณะ ศึกษาลักษณะของประจำเดือนที่เด่นชัดใน ผู้ใช้ชาฝึงคุมกำเนิด และลักษณะประจำเดือนของผู้ที่ใช้ชาฝึงที่มีการตั้งครรภ์ ที่ใช้ชาฝึงมาในระหว่าง 5 ปี จำนวน 234 คน ในปี ค.ศ. 1991 พบว่าในปีแรกของการใช้ชาฝึง มีลักษณะประจำเดือนที่ปกติ ผิดปกติ และไม่มีประจำเดือนคิดเป็น 26.6 % , 66.3 % และ 7.1 % ตามลำดับ ในปีที่ 5 ของการใช้ชาฝึง พบว่า ลักษณะรอบประจำเดือนที่ปกติ และไม่ปกติคิดเป็น 62.5 % และ 37.5 % ตามลำดับ ในผู้ใช้ชาฝึงที่ตั้งครรภ์จำนวน 10 คน พบว่า 8 คน มีรอบประจำเดือนที่ปกติ ก่อนการตั้งครรภ์ การศึกษาข้อมสังเกตว่า ในกลุ่มผู้ใช้ชาฝึงในปีแรก 26.6 % จะมีลักษณะรอบประจำเดือนที่ปรับเป็นปกติ จึงเป็นสิ่งที่เสี่ยงต่อการล้มเหลวต่อการป้องกันการตั้งครรภ์

1.2 ประจำเดือนขาด ผู้รับบริการหรือแพทย์สงสัยว่าอาจตั้งครรภ์ ควรตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ ถ้าตั้งครรภ์ให้ลดฮอร์โมนออก ถ้าไม่ตั้งครรภ์ให้ใช้ได้ต่อไป

1.3 อาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากฮอร์โมนที่ซึมออกมาจากฮอร์โมนมีจำนวนน้อย

1.4 อัตราการถอดฮอร์โมนกำเริบ เนื่องจากเหตุผลทางการแพทย์ มักเกิดจากปัญหาเลือดออกผิดปกติ

2. การติดเชื้อมีตำแหน่งฝังยา

การติดเชื้อมีตำแหน่งฝังยาสามารถป้องกันได้โดยวิธี เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างระมัดระวัง ตลอดจนการใส่ และแนะนำให้ฝังยาอย่างระมัดระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ประมาณ 2-3 วัน ถ้าเกิดการติดเชื้อขึ้นให้การรักษาตามความเหมาะสม ถ้ามีหนองควรถอดฮอร์โมนออก

3. การหลุดของฮอร์โมน โดยปกติเป็นไปได้ยาก มักเกิดจากฝังยาตื้นเกินไป หรือมีการติดเชื้อร่วมด้วย ถ้ามีการหลุดเกิดขึ้น ควรฝังทดแทนทันทีที่แผลหาย เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดเต็มที่เหมือนเดิม

4. การถอดฮอร์โมนออก มักจะยากกว่าการฝังครั้งแรก เนื่องจากบางรายเกิดพังผืดและอาจเกิดการอักเสบได้ และจะต้องถอดฮอร์โมนออกเมื่อครบ 5 ปีแล้ว เสมอ

5. การคลำพบแคปซูลบริเวณที่ฝังยาคุมกำเนิด อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจกับผู้ฝังยาหรือสามีได้

6. ประสิทธิภาพของยา อาจลดน้อยลงถ้าได้รับยาต่อไปนี้เช่น

1. บาร์บิทูเรท (ยากลุ่มนอนหลับ)
2. เบนโทอิน (ยากลุ่มรักษา โรคลมชัก)
3. เบนซิลบิวทาโซน (ยากลุ่มแอนตี้บิโอติก)
4. ไรเฟมพิซิน (ยารักษาวัณโรค)

ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction) เป็นเรื่องที่จะต้องศึกษาต่อไป

(สุนทร เกิดสว่าง, 2533)

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้รับบริการและเวลาที่เหมาะสมในการฝังยาคุมกำเนิด

1. มีบุตรแล้วอย่างน้อย 1 คน และต้องการเว้นช่วงการมีบุตร เป็นระยะเวลาสั้น
2. มีข้อห้ามต่อการใช้ เอสโตรเจน
3. ไม่ต้องการมีบุตร แต่มีข้อห้ามหรือ ไม่ต้องการทำหมัน เช่น กรณีที่กลัวการผ่าตัดทำหมัน หรือยังไม่พร้อมที่จะตัดสินใจทำหมัน ในขณะนั้น

4. มังสาได้ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด หรือหลังแท้งบุตรได้ทันที หรือไม่เกิน 2 สัปดาห์
หลังแท้ง

5. กรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป สามารถมังสาได้ โดยจะต้องแน่ใจว่า ไม่ตั้งครรภ์ใน
ขณะนั้น

ข้อห้ามของการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

1. ตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์
2. มีประวัติ โรคตับ ตับอ่อน หรือเส้นเลือดขอด ระหว่างการตั้งครรภ์ หรือมีโรคตับซึ่ง

อยู่ในระยะดำเนินโรค

3. มี Dubin Johnson หรือ Rotor Syndrome
4. มี Sickle - Cell Anemia
5. เป็นมะเร็ง หรือเนื้องอกทุกชนิด
6. โรคเบาหวาน
7. โรคเลือดเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ Bleeding tendency
8. มีเลือดออกผิดปกติจากมดลูก โดยยังไม่ทราบสาเหตุ
9. ขณะเป็น Herpes (ถ้าเคยเป็นแล้วหาย ก็ให้ใช้ได้ หรือเมื่อมังสาแล้วเกิดเป็น

Herpes ภายหลังก็ไม่ต้องถอดยาฝังออก)

10. มีประวัติครรภ์ไข่ปลาอุก (Molar Pregnancy)
11. มีประวัติตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) (สุพร เกิดสว่าง, 2533)

หลักเกณฑ์ในการถอดยาฝังคุมกำเนิด

1. เมื่อครบกำหนดการฝังมาได้ 5 ปี
2. เกิดการตั้งครรภ์
3. มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือเหตุผลส่วนตัวที่จำเป็น

ข้อควรระวังในการฝังยา

ก่อนทำการฝังยาคุมกำเนิด จะต้องตรวจภายใน และตรวจเต้านม เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มี
ความผิดปกติทางนรีเวช หรือกำลังตั้งครรภ์ ภายหลังฝังยาคุมกำเนิดได้ 3 เดือน ควรนัดมา
ตรวจอีกครึ่งหนึ่ง หลังจากนั้นจึงนัดมาตรวจทุก 1 ปี และถ้าประจำเดือนขาดหายไปเกินกว่า
6 สัปดาห์ ควรตรวจให้แน่ใจว่า ไม่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น

ในรายที่มี เลือดออกกะปริดกะปรอย ร่วมกับปวดท้อง ควรนึกถึงโอกาสการเกิดตั้ง
ครรภ์นอกมดลูกด้วย (สุพร เกิดสว่าง, 2533)

หลักสำคัญในการฝังยาคุมกำเนิด

1. ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ
2. เลือกบริเวณที่ฝังยาให้ถูกต้อง การฝังในตำแหน่งที่ถูกต้อง จะทำให้ลดง่วง
3. ฝังหลอดชาด้วย ความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดช็อกช้ำแก่เนื้อเยื่อ จะช่วยป้องกันภาวะติดเชื้อ และ แปลเป็น บริเวณฝังหลอดชา ระวังไม่ให้หลอดชาฝังลึกลงในเนื้อเยื่อมากเกินไป เพราะถ้าลึกเกินไป หลอดชาอาจจะเกิดการเคลื่อนไปจากตำแหน่งที่ฝังและ ซากต่อการถอดภายหลัง
4. การฝังยาคุมกำเนิด ควรฝังในช่วงที่มีประจำเดือน ภายใน 5 วันแรก ของรอบ ประจำเดือน หากจำเป็นต้องฝังในเวลาอื่น ต้องแน่ใจว่า ผู้ฝังยายังไม่ตั้งครรภ์
5. เตรียมผู้รับบริการ ซึ่งมีข้อสำคัญที่สุดอยู่ 3 ประการ คือ
 - 5.1 อธิบายถึงฤทธิ์ของยาและอาการข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้นให้เข้าใจและยินยอม รับการฝังยาเสียก่อน
 - 5.2 ให้ความมั่นใจในการช่วยเหลือ กรณีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น
 - 5.3 ควรคัดกรอง ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ของการให้ยาฮอร์โมน เท่านั้น
(สุพร เกิดสว่าง, 2533)

การดูแลบาดแผล

1. เนื่องจากเครื่องมือฝังยาคุมกำเนิด มีลักษณะเป็นเข็มขนาดใหญ่ คือ เบอร์ 10 (Trocar) เมื่อแทงผ่านเนื้อเยื่อจะเป็นบริเวณกว้าง อาจถูกเส้นเลือดฝอย ทำให้ มีเลือดซึม ใต้ผิวหนัง (Echymosis) ดังนั้น การใช้ยาชาผสม อดรีนาลีน และพันด้วยผ้ายืดพันแผล (Elastic Bandage) รอบแผล รวมทั้งบริเวณที่ฝังยาคุมกำเนิดจะช่วยป้องกันไม่ให้เลือดซึมออกจากแผล และลดการมีเลือดซึมใต้ผิวหนังลงได้
2. ปิดแผลไว้ประมาณ 7 วัน
3. นัดมาตรวจดูเมื่อฝังยาได้ 7 วัน เพื่อดูลักษณะการฝังตัวของหลอดชา และการ อักเสบของแผล รวมทั้งตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ถ้าไม่ได้ทำวันแรกที่ฝังยา
(สุพร เกิดสว่าง และคณะ, 2533)

อาการที่พบหลังฝังยาคุมกำเนิด

1. ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ บางรายอาจมีอาการ ปวดบริเวณฝังหลอดชา ควรให้ยาแก้ปวดด้วย
อาจมีเลือดซึมจากปากแผล และมีจ้ำเลือดใต้ผิวหนังแต่ส่วนมากจะหายไปได้เอง

2. ระยะ 3-5 วัน กรณีที่ฝังบหลุดขาดกันเกินไป อาจมีหลอดขาดงอออกมาใกล้ปากแผล เห็นเป็นคุ่มขาว ๆ ให้ถอดหลอดชานี้ ออกแล้วเปลี่ยนอันใหม่ โดยวิธีการฝังบเช่นเดิม

อาจมีการอักเสบ แต่ถ้าในกรณีที่การอักเสบไม่มาก และไม่มีหนองออกมาจากแผลควร ให้การรักษาด้วยยา ถ้าอาการไม่ดีขึ้น และมีหนองเกิดขึ้น ให้ถอดออกทั้งหมด และให้การรักษา การอักเสบให้เพียงพอ (สุวรรณา วรคามิน, 2530)

ข้อแนะนำหลังการฝังบหลอดชา

1. ในกรณีที่ฝังบชาคุมกำเนิด ภายใน 5 วันแรก ของรอบประจำเดือน ไม่จำเป็นต้อง คุมกำเนิดหลังฝังบชา แต่หากจำเป็นก็ต้องฝังบชาในเวลาอื่น และไม่แน่ใจควรใช้ถุงเพศสัมพันธ์ หรือ ใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่น ร่วมด้วยประมาณ 5 วัน

2. แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำ 7 วัน ถ้าเปียกให้แนะนำมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อเอาผ้าปิดแผลออก และทำความสะอาดแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ใช้ผ้าปิดแผลที่ ปราศจากเชื้อปิดแผลไว้จนครบ 7 วัน

3. ครบ 7 วันให้กลับไปรับการตรวจแผล

4. การทำงาน ทำงานได้เป็นปกติ ถ้าไม่เจ็บแผล แต่ควรเลี่ยงการใช้แรงหนัก ๆ ด้วยแขนข้างที่ฝังบชาประมาณ 7 วัน และควรหลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกอย่างรุนแรงบริเวณแผล

5. ถ้าแผลนั้นมีเลือดซึมบวมแดง กดเจ็บ มีน้ำเหลืองหรือน้ำหนองไหลที่ปากแผล หรือ เห็นหลอดสีขาว ๆ โผล่ใกล้ปากแผลให้รีบกลับไปพบแพทย์ทันที (สุพร เกิดสว่าง, 2533)

การถอดชาฝังบคุมกำเนิด

1. ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ เช่นเดียวกับ การฝังบชา

2. การถอดชาฝังบคุมกำเนิดจะใช้เวลามากกว่าการฝังบ

3. ก่อนถอดให้ฉีดชาชา ใต้ปลายหลอดชา

4. ถ้าหลอดชาบางอันถอดยากให้ทิ้งหลอดนั้นไว้ก่อน แล้วนับมานำออก ภายหลังเมื่อ แผลหายแล้ว

5. การดูแลแผล ให้คำแนะนำ เช่น เดียวกับการฝังบชา

การฝังบซ้ำ

กรณีที่ผู้รับบริการต้องการคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังบชา (หลังจากการถอดเมื่อครบกำหนด เวลาแล้ว) ให้ฝังบชาได้ใหม่ทันที เมื่อถอดหลอดชาชุดเดิมออกแล้ว โดยให้รอขี้เดิมแค่ในทิศทาง ตรงข้าม (สุพร เกิดสว่าง, 2533)