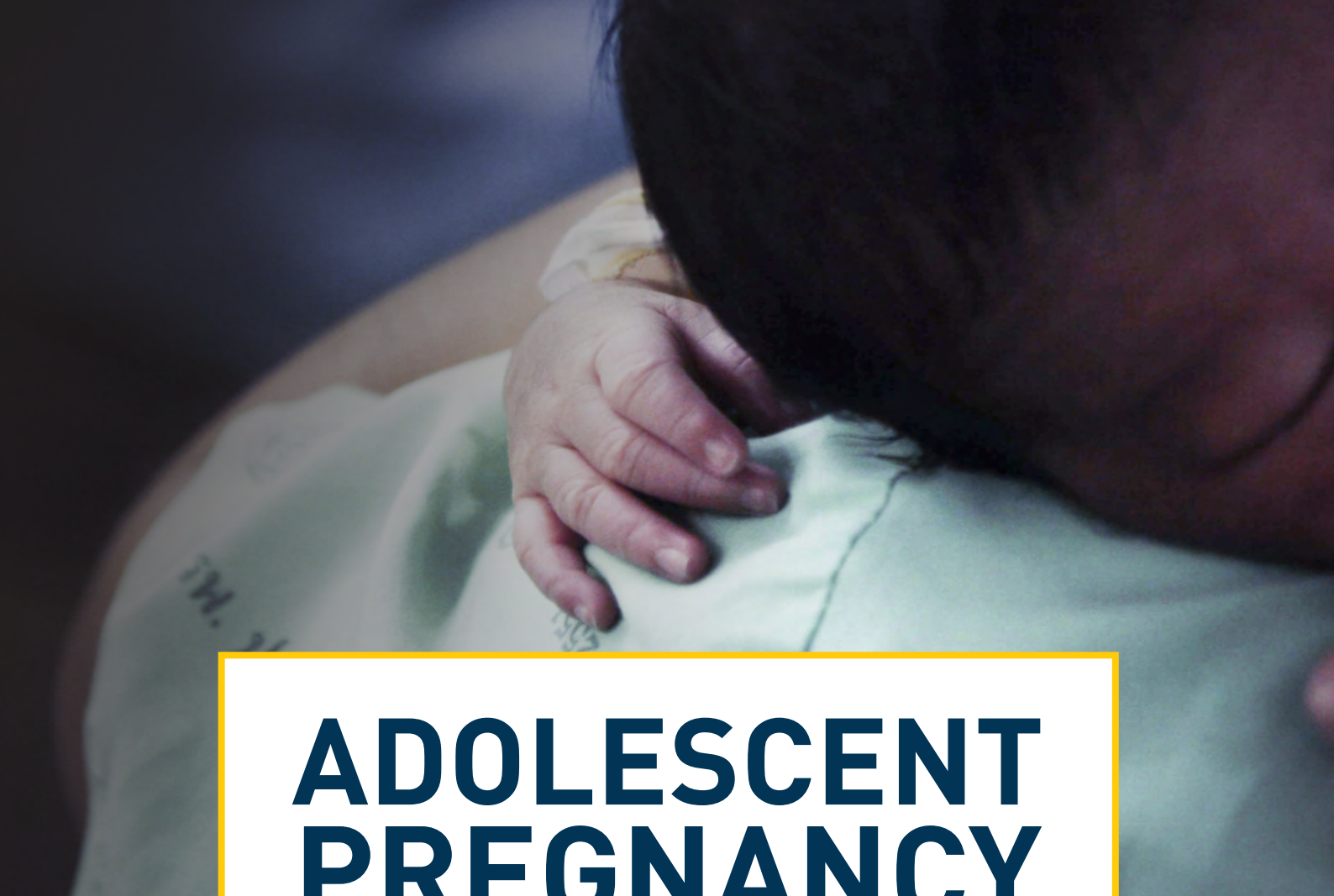


ADOLESCENT PREGNANCY IN THAILAND 2013

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556
ADOLESCENT PREGNANCY IN THAILAND 2013



ADOLESCENT PREGNANCY IN THAILAND 2013

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556
ADOLESCENT PREGNANCY IN THAILAND 2013

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556

โดย

ดร. ภาณุศรีเพ็ญ ตันติเวสส

นายทรงยศ พิลาสันต์

ดร. อินทิรา ยมาภัย

ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

นางสาวชลัญธร โยธาสุมุท

นางสาวอภิญญา มัดเดช

นางสาวณัฐจรัส เองมหัสสกุล

ออกแบบรูปเล่ม:

Studio Dialogue

studiodialogue.box@gmail.com

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร: 02-590-4549, 02-590-4374-5

โทรสาร: 02-590-4369

Website: www.hitap.net

E-mail : hitap@hitap.net



สารบัญ

บทนำ

06

บทที่ 1

เพราะเหตุใดประเทศไทยจึงควรให้ความสำคัญ
ต่ออนามัยการเจริญพันธุ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

10

บทที่ 2

ระบาวិทยาของการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้งในวัยรุ่น

16

บทที่ 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

31

บทที่ 4

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในมุมมองของสังคม

41

บทที่ 5

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

53

บทที่ 6

นโยบายและมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

67

บทที่ 7

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

85

เอกสารอ้างอิง

90

บทนำ

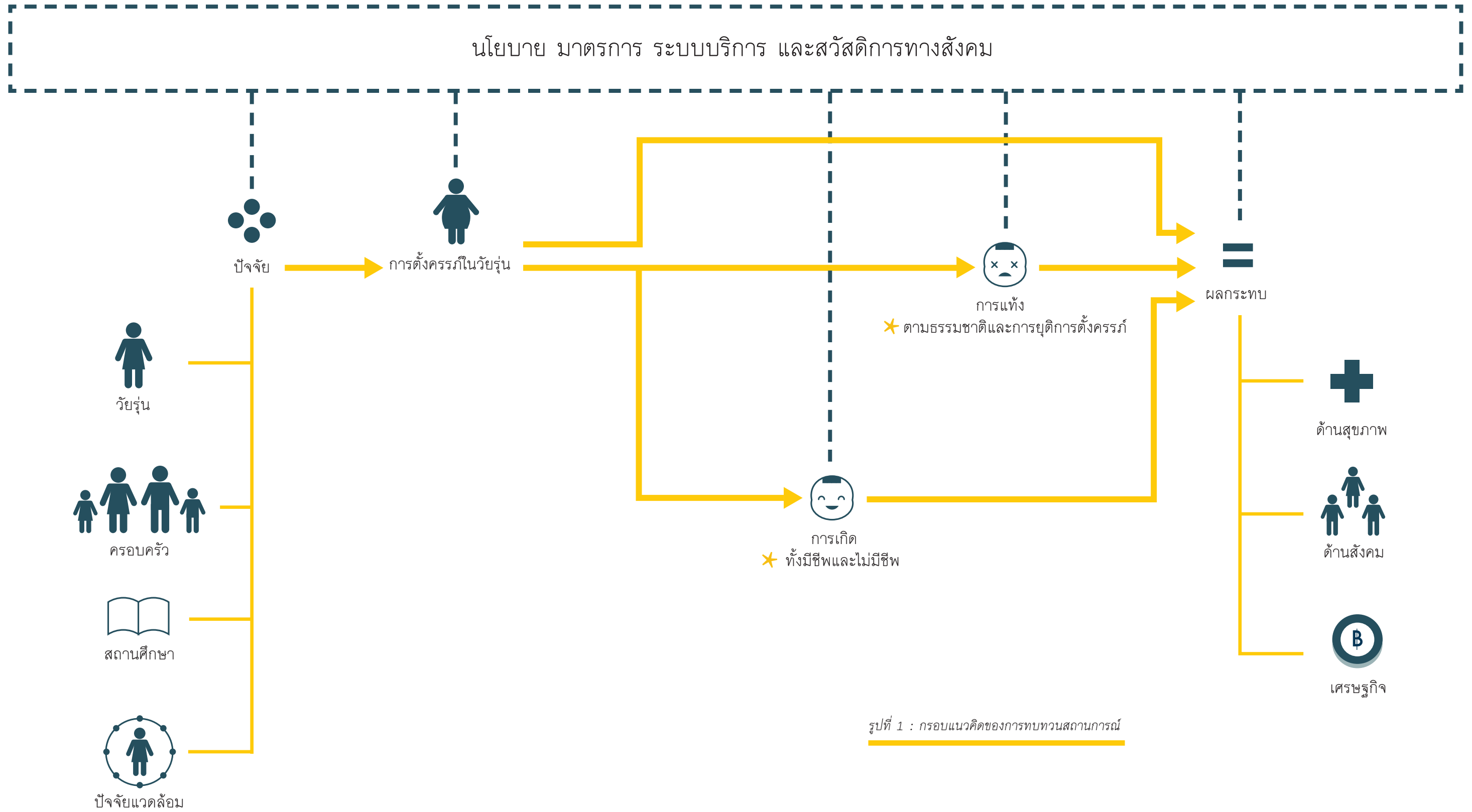
‘วัยรุ่น’ หมายถึง กลุ่มคนในช่วงอายุ 10-19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีสุขภาพดีกว่าวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตามวัยรุ่นจำนวนหนึ่งกลับต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย ความรุนแรง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ [WHO 2012] ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น ซึ่งประเทศต่างๆ ให้ความสนใจอย่างมาก และพยายามหาวิธีแก้ไข คือ การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ¹ (unintended pregnancy) เนื่องจากปัญหาดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับทั้งตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นปัญหา และทำให้เกิดผลกระทบในหลากหลายมิติ เช่น พฤติกรรม สุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ เป็นต้น การทำความเข้าใจกับสถานการณ์ แนวโน้ม ปัจจัย ผลกระทบ และบริบทแวดล้อมของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่ จึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนาโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการป้องกัน แก้ไขปัญหา รวมทั้งให้การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และทารก

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทบทวนเอกสารทางวิชาการ รวมทั้งรายงานและบทความการศึกษาวิจัย เพื่อสะท้อนสถานการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย สำหรับเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำ The State of Thailand Population Report 2013 (STPR 2013) on Adolescent Pregnancy ซึ่งดำเนินการโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund, UNFPA) ประจำประเทศไทย รายงานนี้นำเสนอผลการทบทวนดังกล่าว โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 7 บท ดังนี้

- บทที่ 1 เหตุใดประเทศไทยจึงควรให้ความสำคัญต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- บทที่ 2 ระบาดวิทยาของการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้งในวัยรุ่น
- บทที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- บทที่ 4 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในมุมมองของสังคม
- บทที่ 5 ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- บทที่ 6 นโยบายและมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- บทที่ 7 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ โดยมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน ส่วนที่คล้ายคลึงกัน คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจจัดกลุ่มปัจจัยได้เป็น (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (2) ปัจจัยด้านครอบครัว (3) ปัจจัยด้านสถานศึกษา และ (4) ปัจจัยแวดล้อม (บริบททางสังคมและวัฒนธรรม) วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อาจเลือกที่จะทำแท้งหรือถูกบังคับให้ทำแท้ง หรือตั้งครรภ์ต่อไปจนคลอด ไม่ว่าจะเป็นในกรณีใดก็ตาม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งผลกระทบด้านสุขภาพทางกายและใจของผู้เป็นแม่และทารก ผลกระทบด้านสังคม เช่น วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องเสียโอกาสทางการศึกษา ปัญหาอันเนื่องมาจากขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูลูก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจทั้งระดับครัวเรือนและระดับประเทศ ทั้งนี้ นโยบาย มาตรการ และบริการต่างๆ ที่ภาครัฐและหน่วยงานในภาคส่วนอื่นๆ จัดให้มีขึ้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความชุกของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ต่อไปและการทำแท้ง รวมทั้งผลกระทบจากการตั้งครรภ์ (รูปที่ 1)

¹ เอกสารบางฉบับใช้คำว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

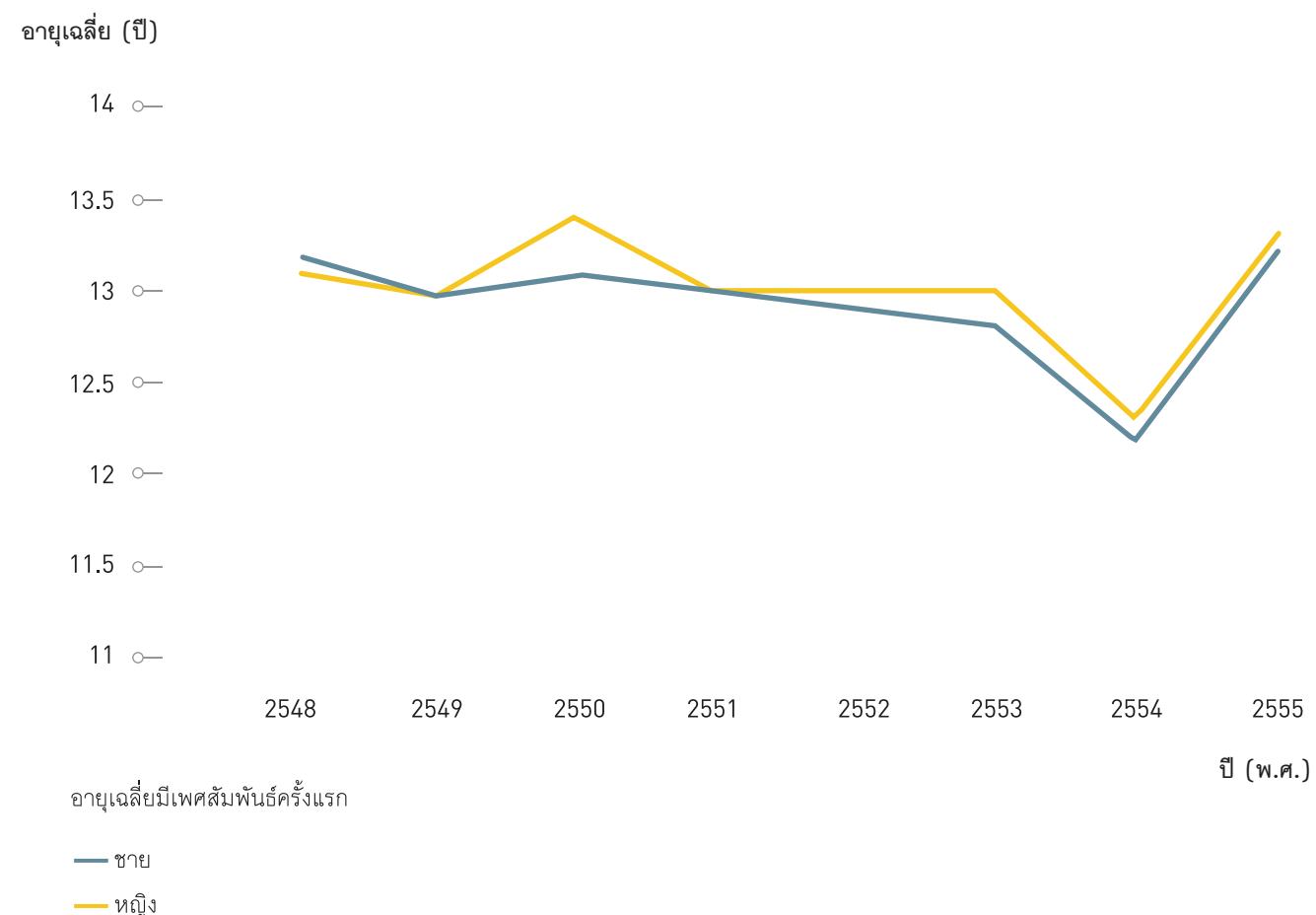


บทที่ 1

เพราะเหตุใดประเทศไทยจึงควรให้
ความสำคัญต่ออนามัยการเจริญพันธุ์
และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคนรุ่นก่อนๆ และอัตราเพิ่มของประชากรมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการคุมกำเนิดที่ได้ผลดี ประกอบกับการที่ประชากรในวัยทำงานแต่งงานช้าลงและเป็นโสดมากขึ้น การคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชี้ว่า หากอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate, TFR) ลดลงจาก 1.62 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 1.30 ในปี พ.ศ. 2583 ในช่วงเวลา 50 ปีนี้ ประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นประมาณ 75,000 คน หรือร้อยละ 0.12 แต่หากอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงเป็น 1.10 ในปี พ.ศ. 2583 ประชากรไทยจะมีจำนวนลดลงประมาณร้อยละ 2.3 [สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2556] ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นจะเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเด็กและวัยรุ่นซึ่งจะกลายเป็นวัยแรงงาน และจะเป็นผู้รับผิดชอบการพัฒนาประเทศในอนาคต จึงได้รับความสำคัญอย่างมากจากหน่วยงานภาครัฐและสังคม นโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นในระยะนี้จึงมีเป้าประสงค์ที่จะดูแลและสนับสนุนให้คนกลุ่มนี้เติบโตขึ้นเป็นบุคลากรที่มีคุณภาพ มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งมีศักยภาพ สามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ประชากรกลุ่มอื่นๆ สำหรับนโยบายการวางแผนครอบครัวก็เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เน้นการคุมกำเนิดมาเป็นการสร้างเสริมคุณภาพของประชากร โดยมีการประกาศนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติที่มุ่งให้ทุกการเกิดเป็นที่พึงประสงค์ ปลอดภัย และได้รับบริการที่มีคุณภาพ

บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยมีความครอบคลุมบริการที่จำเป็นอย่างกว้างขวาง และประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน กล่าวคือ มีความเหลื่อมล้ำอันเนื่องมาจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสภาพทางภูมิศาสตร์น้อยมาก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการลงทุนอย่างต่อเนื่องของรัฐและการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [Kongsri et al. 2011] อย่างไรก็ตาม การจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากข้อมูลสถิติและรายงานวิจัยชี้ว่า วัยรุ่นไทยทั้งชายและหญิงเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อย่างเข้าสู่วัยรุ่น จากการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า นักเรียนชายร้อยละ 5.3 และนักเรียนหญิงร้อยละ 5.1 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในนักเรียนชายและหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว เท่ากับ 13.2 และ 13.3 ปี ตามลำดับ หากพิจารณาข้อมูลดังกล่าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมาจะพบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในคนกลุ่มนี้มีค่าอยู่ระหว่าง 12-13.5 ปี โดยมีแนวโน้มลดลงจนถึงปี พ.ศ. 2554 และกลับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2555 (รูปที่ 2) [สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2555]



รูปที่ 2 : อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 พ.ศ. 2548-2555

หมายเหตุ : อายุเฉลี่ยของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วในปีที่สำรวจ

แหล่งข้อมูล : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2554-2555

วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีปัญหาสุขภาพ เช่น การที่วัยรุ่นหญิงเพียงร้อยละ 42 มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ [สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2552] นอกจากนี้ ยังพบการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กล่าวคือ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล ทั้งในกลุ่มที่โสดและแต่งงานแล้ว ซึ่งทำให้วัยรุ่นไทยมีการคลอดในอัตราร้อยละ 47 ซึ่งสูงกว่าอีกหลายประเทศในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาด้วยกัน [UNFPA 2012] และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ นอกจากการตั้งครรภ์แล้วยังพบโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น เช่น เอชไอวีและเอชพีวี (human papillomavirus, HPV) เป็นต้น [Kanato and Saranrittichai 2006; Chantapanichkul and Chawanpaiboon 2013]

จากการที่พฤติกรรมเสี่ยงและทักษะในการลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ การศึกษา และการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้อง วัยรุ่นแต่ละกลุ่ม เช่น วัยรุ่นที่ครอบครัวยากจน วัยรุ่นในเขตเมืองและชนบทและภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ วัยรุ่นที่จบการศึกษาในระดับต่างๆ จึงมีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างจากการศึกษาหนึ่งที่พบว่า วัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอายุเฉลี่ยในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ต่ำที่สุด และเมื่อตั้งครรภ์แล้วส่วนใหญ่เลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไป ส่วนวัยรุ่นในภาคใต้มีอัตราการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ [ศิริพร จิรวัดนกุล และคณะ 2554] ในขณะที่การแต่งงานตั้งแต่อายุน้อยพบได้ในกลุ่มที่ด้อยโอกาส ครอบครัวมีฐานะยากจน ขาดโอกาสทางการศึกษา เนื่องจากขาดแคลนทุนทรัพย์ และต้องออกจากโรงเรียนมาช่วยพ่อแม่ทำงาน [Jahan 2008] การแต่งงานในวัยรุ่นอายุ 13-14 ปี ยังพบมากในชาวเขาและชุมชนมุสลิมในภาคใต้ [Nicaise et al. 2000] ดังนั้น ในการนำนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้น จึงควรพิจารณาความแตกต่างดังกล่าว รวมทั้งกำหนดรูปแบบการดำเนินการมาตรการและจัดบริการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

เนื่องจากปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการตั้งครรภ์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเองและเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การที่แม่วัยรุ่นต้องออกจากโรงเรียน การสูญเสียโอกาสในการเรียนในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการประกอบอาชีพในอนาคต การเสียชีวิตของทารกในครรภ์หรือขณะคลอด ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย มีพัฒนาการช้า พ่อและแม่วัยรุ่นเกิดความเครียด ทะเลาะเบาะแว้ง เกิดปัญหาในครอบครัวตามมา บางรายตัดสินใจทำแท้ง เป็นต้น ทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ และอาจมีผลกระทบระหว่างรุ่น (inter-generations) ดังนั้นหากสามารถลดผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ก็จะช่วยให้ประเทศไทยมีทรัพยากรมนุษย์ในรุ่นต่อไป ที่มีสุขภาพดี ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนอย่างต่อเนื่องจนจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่า มีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพตามความต้องการของตนเอง รวมทั้งสามารถสร้างครอบครัวที่อบอุ่น และเลี้ยงดูลูกให้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพต่อไป



บทที่ 2

ระบาดวิทยาของการตั้งครรภ์
การคลอด และการทำแท้งในวัยรุ่น

รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ในปี พ.ศ. 2551 ระบุว่า การคลอดบุตรของผู้หญิงในช่วงอายุ 15-19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดบุตรทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ของการคลอดบุตรจากแม่ในช่วงอายุนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำตามเกณฑ์ของธนาคารโลก โดยการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่นในประเทศดังกล่าวมีอัตราที่สูงกว่าการคลอดบุตรจากแม่วัยรุ่นในประเทศที่มีรายได้สูงประมาณ 2-5 เท่า [WHO 2008] สำหรับในประเทศไทย มักจะมีการรายงานผ่านสื่อมวลชนอยู่บ่อยครั้งว่า มีปัญหาที่รุนแรงกว่าประเทศอื่นๆ เช่น เว็บไซต์ของหนังสือพิมพ์มติชนออนไลน์และไทยรัฐออนไลน์ ระบุว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของทวีปเอเชียและเป็นอันดับที่สองของโลก เป็นรองเพียงประเทศในแอฟริกาเป็นต้น [มติชนออนไลน์ 2554; ไทยรัฐออนไลน์ 2556] อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดที่ใช้ในรายงานข้างต้นเป็นการแสดงสัดส่วนการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรของแม่วัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถสะท้อนขนาดของปัญหา หรือใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพราะสัดส่วนดังกล่าวขึ้นกับจำนวนการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของผู้หญิงในวัยอื่นๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น ประเทศหนึ่งอาจมีจำนวนการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของผู้หญิงในวัยรุ่นต่ำกว่าอีกประเทศ แต่มีจำนวนการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของผู้หญิงในวัยอื่นน้อยกว่ามาก จะทำให้การตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นของประเทศแรกคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าประเทศที่สอง

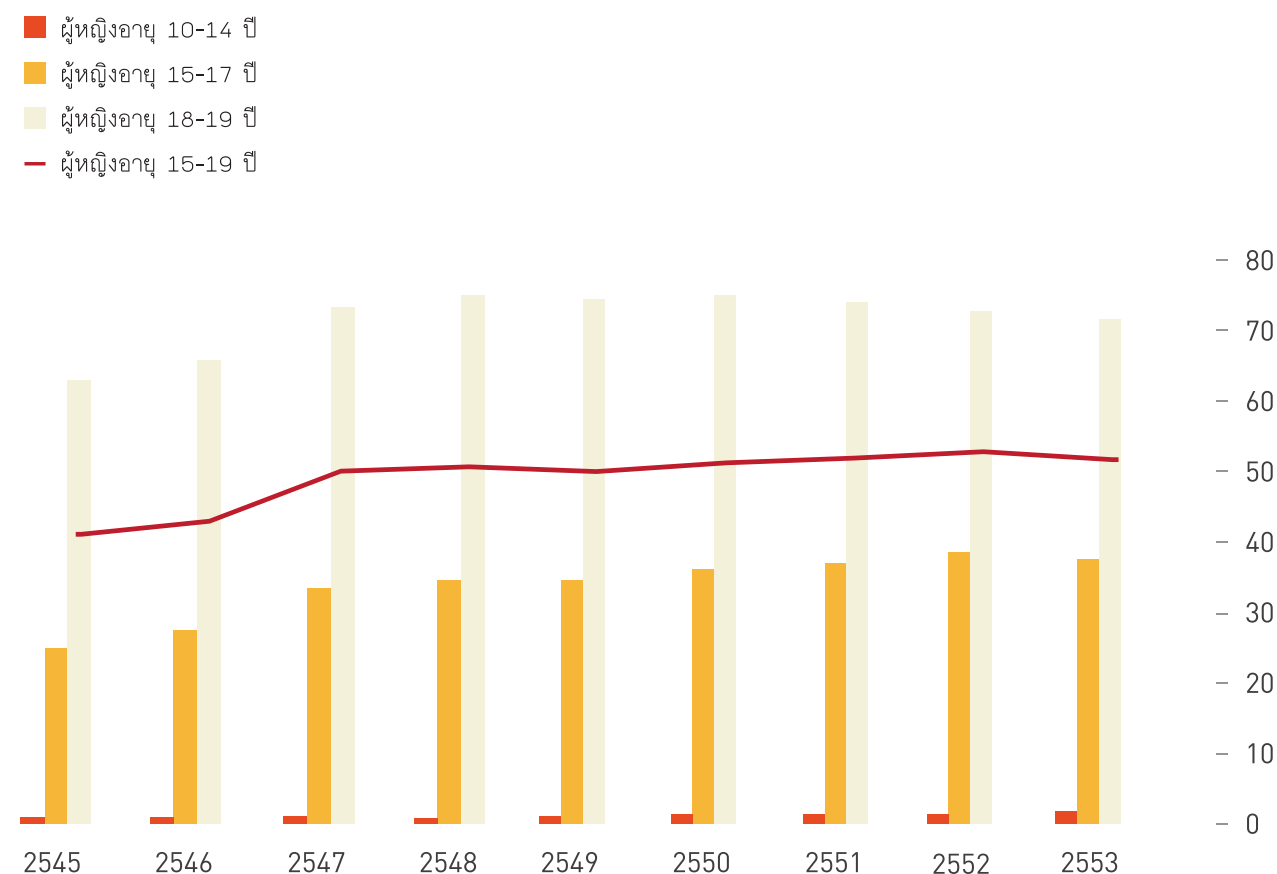
ในปัจจุบันประเทศไทยไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะ สถานการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีการรายงานนั้นจึงเป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งที่แตกต่างกัน เช่น ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฐานข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหาร การทะเบียน กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ซึ่งแหล่งข้อมูลเหล่านี้มีข้อจำกัด เช่น ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ส่วนฐานข้อมูลผู้ป่วยฯ ที่แม้จะรายงานข้อมูลผู้ป่วยทั่วประเทศที่รวมทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน แต่ข้อมูลดังกล่าวก็ยังมีค่าต่ำกว่าข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยในปี พ.ศ. 2553 ฐานข้อมูลผู้ป่วยฯ รายงานจำนวนการคลอดบุตรในวัยรุ่นต่ำกว่าจำนวนการจดทะเบียนเกิดในวัยรุ่นประมาณ 1,600 คน อีกทั้งฐานข้อมูลผู้ป่วยฯ ยังมีการเก็บข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ซึ่งไม่เหมาะกับการนำมาใช้วิเคราะห์แนวโน้มระยะยาว ในส่วนของข้อมูลการจดทะเบียนเกิดเป็นข้อมูลจริงที่รวบรวมจากทะเบียนเกิดของประชากรสัญชาติไทยซึ่งมีการบันทึกอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังมีข้อสงสัยถึงความถูกต้องของข้อมูลดังกล่าว โดยผู้เชี่ยวชาญหลายท่านให้ข้อคิดเห็นว่าการแจ้งเกิดโดยที่แม่ตามทะเบียนเกิดนั้นไม่ใช่ผู้คลอดบุตร (เช่น กรณีให้แม่ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จดทะเบียน



เกิดเป็นแม่ของเด็กแทนตน เป็นต้น) นอกจากนี้ข้อมูลที่กล่าวข้างต้นเกือบทั้งหมดสะท้อนการคลอดและการเกิดมีชีพ ถึงแม้บางฐานข้อมูลมีข้อมูลจำนวนการแท้ง แต่ก็ไม่สามารถระบุได้ว่ามีการทำแท้งที่ไม่ได้รวมอยู่ในฐานข้อมูลนี้คิดเป็นสัดส่วนมากน้อยเพียงใด เพราะการทำแท้งโดยไม่มีข้อบ่งชี้ด้านสุขภาพของแม่และทารก ไม่ได้เป็นการทำแท้งจากการถูกข่มขืน เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ทำให้ขาดข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นข้อจำกัดด้านการมีอยู่และคุณภาพของข้อมูลที่ใช้สำหรับการประเมินสถานการณ์และติดตามผลการดำเนินมาตรการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย

รายงานฉบับนี้แสดงสถานการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย โดยใช้จำนวนการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรในกลุ่มอายุเดียวกันเป็นตัวชี้วัด เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงขนาดของปัญหาและสามารถเปรียบเทียบขนาดของปัญหาและเหตุการณ์ระหว่างประชากรต่างกลุ่มอายุได้ รวมถึงได้มีการแบ่งกลุ่มอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 10-14 ปี 15-17 ปี 18-19 ปี และ 15-19 ปี โดยในกลุ่มแรกนั้นเป็นการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีอายุน้อยมาก ขณะที่กลุ่มอายุ 15-17 ปี มีข้อมูลทางวิชาการที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากการมีบุตรในกลุ่มอายุนี้นอกจากการมีบุตรในผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า โดยเฉพาะปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ [Hoffman 2006] โดยส่วนหนึ่งของการตั้งครรภ์และการมีบุตรในวัยรุ่นเกิดจากการแต่งงานเร็วในผู้หญิง (การแต่งงานที่อายุน้อยกว่า 18 ปี) [UNFPA 2012] ส่วนกลุ่มอายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มอายุที่นานาประเทศใช้ในการรายงานสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่า จำนวนการคลอดบุตรในหญิงไทยอายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา [สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2553] เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า อัตราการจดทะเบียนเกิดในผู้หญิงอายุ 15-17 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2553 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 35 เป็น 38 และ 50 เป็น 52 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน ตามลำดับ (รูปที่ 3) โดยสองในสามของการจดทะเบียนเกิดในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นการจดทะเบียนเกิดในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งข้อมูลทางวิชาการชี้ว่า การคลอดบุตรในผู้หญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี มีผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจมากกว่าการคลอดบุตรในผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ [UNFPA 2012] นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการจดทะเบียนเกิดในผู้หญิงอายุ 10-14 ปี ในปี พ.ศ. 2549 อยู่ที่ 1.09 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจนเป็น 1.41 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกันในปี พ.ศ. 2553 แม้อัตราการจดทะเบียนเกิดในผู้หญิงกลุ่มอายุนี้นี้จะต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นเป็นอย่างมาก แต่การตั้งครรภ์ในผู้หญิงที่มีอายุน้อยมากเช่นนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ควรหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น



รูปที่ 3 : อัตราการจดทะเบียนเกิดในผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 15-17 ปี 18-19 ปี และ 15-19 ปี ต่อพันประชากรเพศหญิงในวัยเดียวกัน พ.ศ. 2545-2553

หมายเหตุ : วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการจดทะเบียนเกิด สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

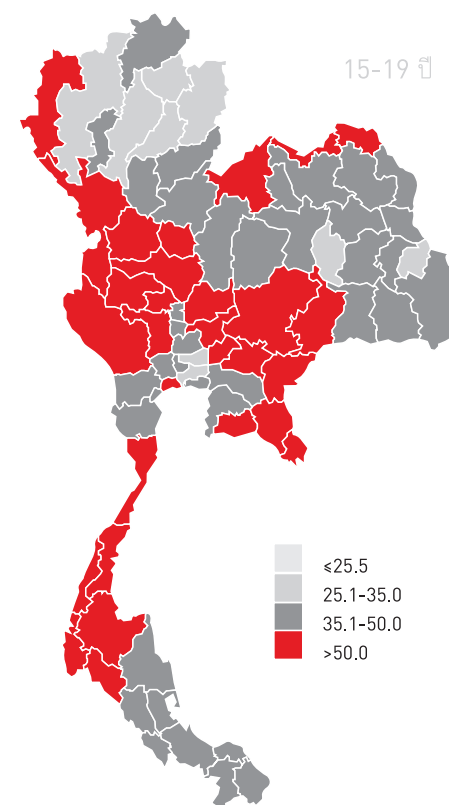
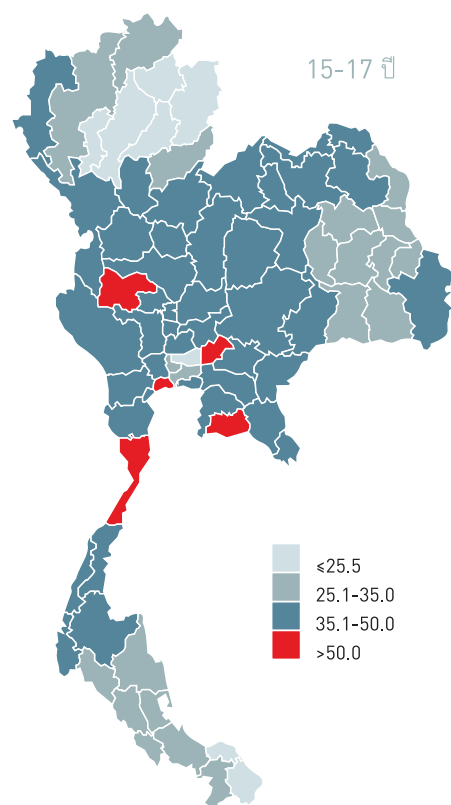
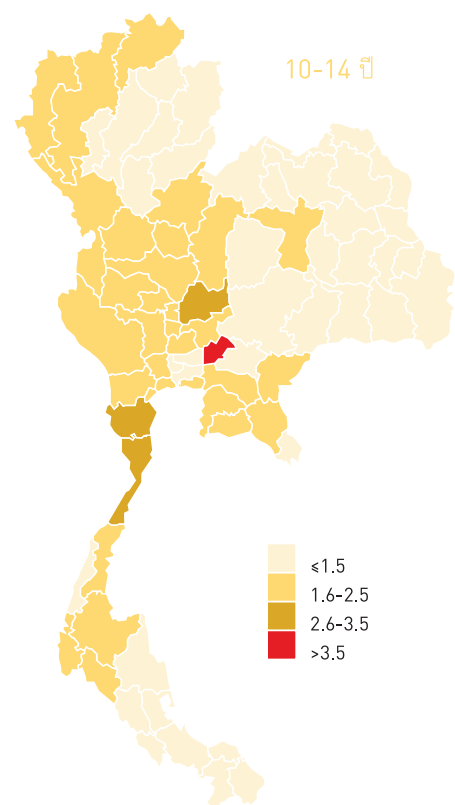
ในรายงานฉบับนี้ นักวิจัยนำข้อมูลจำนวนการคลอดบุตรและจำนวนการแท้งบุตรที่อยู่ในฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วประเทศ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการคลอดบุตรในวัยรุ่นในระดับจังหวัดในปี พ.ศ. 2554 ดังรูปที่ 4 (ก) พบว่าอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี สูงที่สุดในจังหวัดนครนายก ในขณะที่จังหวัดนนทบุรีที่อยู่ติดกันกลับมีอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จังหวัดอื่นๆ ที่มีอัตราการคลอดบุตรในผู้หญิงอายุ 10-14 ปี อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ตอนล่าง ในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-17 ปี พบว่ามีเพียง 5 จังหวัดเท่านั้นที่มีอัตราการคลอดบุตรสูงมาก (มากกว่า 50 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน) ได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์ นครนายก ระยอง อุทัยธานี และสมุทรสาคร และมีเพียง 8 จังหวัดเท่านั้นที่มีอัตราการคลอดบุตรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน คือ ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน พัทธธานี ปัตตานี และนราธิวาส

เมื่อพิจารณาการคลอดบุตรในผู้หญิงกลุ่มอายุ 15-19 ปี จะพบว่าไม่มีจังหวัดใดเลยที่มีอัตราการคลอดบุตรน้อยกว่า 25 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน และมีเพียง 6 จังหวัดในภาคเหนือ 1 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 2 จังหวัดในภาคกลางรวมกรุงเทพมหานคร ที่มีอัตราการคลอดบุตรน้อยกว่า 35 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน โดยจังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรสูงมากกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นในแต่ละจังหวัดของประเทศไทยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันออกไป โดยมีการตั้งข้อสังเกตถึงอัตราการคลอดบุตรของจังหวัดนครนายกซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศว่าอาจเป็นเพราะจังหวัดนครนายกเป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์ซึ่งทำให้มีผู้มาคลอดจากจังหวัดใกล้เคียงคือปทุมธานีและฉะเชิงเทรา ในขณะที่ประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันของจังหวัดนครนายกมีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงทำให้อัตราการคลอดบุตรในพื้นที่ดังกล่าวสูงกว่าที่อื่น [คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ 2556]

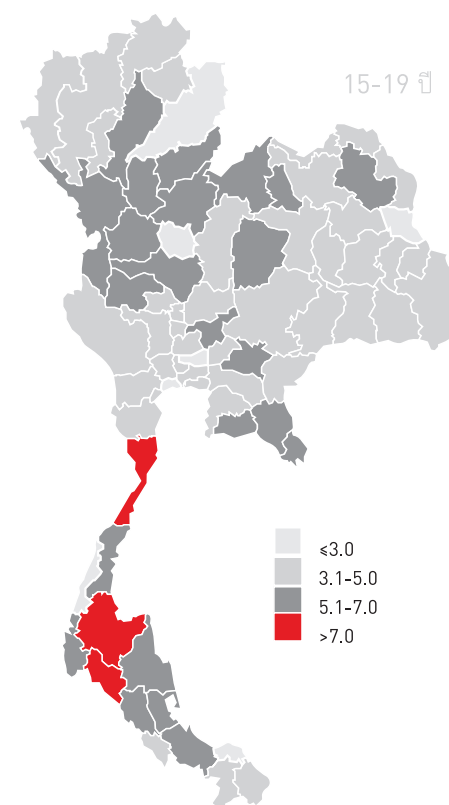
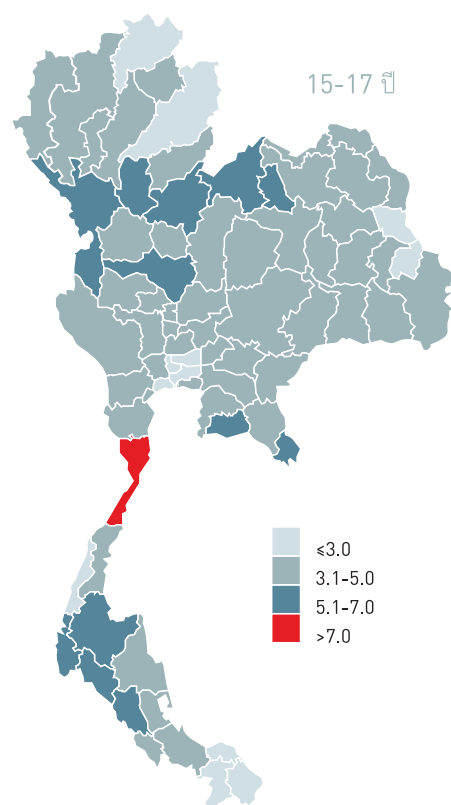
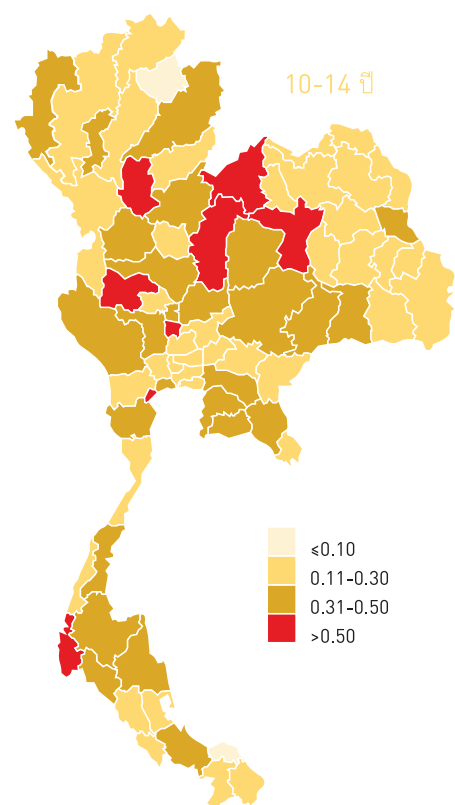
รูปที่ 4 (ข) แสดงถึงอัตราการแท้งบุตรของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 15-17 ปี และ 15-19 ปี ต่อพันประชากรเพศหญิงในวัยเดียวกัน โดยพบเพียง 2 จังหวัดในภาคเหนือและภาคใต้เท่านั้น ที่มีอัตราการแท้งบุตรในผู้หญิงกลุ่มอายุ 10-14 ปี ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1.5 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน ได้แก่ พะเยาและปัตตานี ในขณะที่อัตราการแท้งบุตรที่สูงกว่า 1.5 รายต่อพันประชากรมีการกระจายอยู่ทั่วทั้งประเทศ ไม่ได้กระจุกอยู่ที่ภาคใดภาคหนึ่ง ในผู้หญิงกลุ่มอายุ 15-17 ปี พบอัตราการแท้งบุตรสูงมาก (มากกว่า 7 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน) ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เท่านั้น ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรสูงที่สุดในประเทศไทยเช่นเดียวกัน และจังหวัดที่มีอัตราการแท้งบุตรสูงมากเพิ่มขึ้นเป็น 3 จังหวัดในผู้หญิงกลุ่มอายุ

15-19 ปี คือ ประจวบคีรีขันธ์ สุราษฎร์ธานี และกระบี่ โดยพบเพียง 7 จังหวัดที่มีอัตราการแท้งบุตรน้อยกว่า 3 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน ได้แก่ แพร่ น่าน พิจิตร Mukdahan พัทธธานี สมุทรสาคร และปัตตานี

ในจำนวน 10 จังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นสูงที่สุดในประเทศไทย เป็นจังหวัดในภาคตะวันออก 4 จังหวัด ภาคตะวันตก 2 จังหวัด ภาคกลาง 2 จังหวัด ภาคเหนือ 1 จังหวัด และภาคใต้ 1 จังหวัด (รูปที่ 5) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงอายุ 15-17 ปี และ 15-19 ปี สูงที่สุดในประเทศไทย ในขณะที่อีก 9 จังหวัดที่เหลือมีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นใกล้เคียงกัน ส่วนจังหวัดนครนายกมีอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงอายุ 15-17 ปี สูงเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ โดยมีอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงอายุ 15-17 ปี ใกล้เคียงกับอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีอัตราการแท้งบุตรสูงสุดใน 10 จังหวัดนี้ ทั้งในกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-17 ปี และ 15-19 ปี



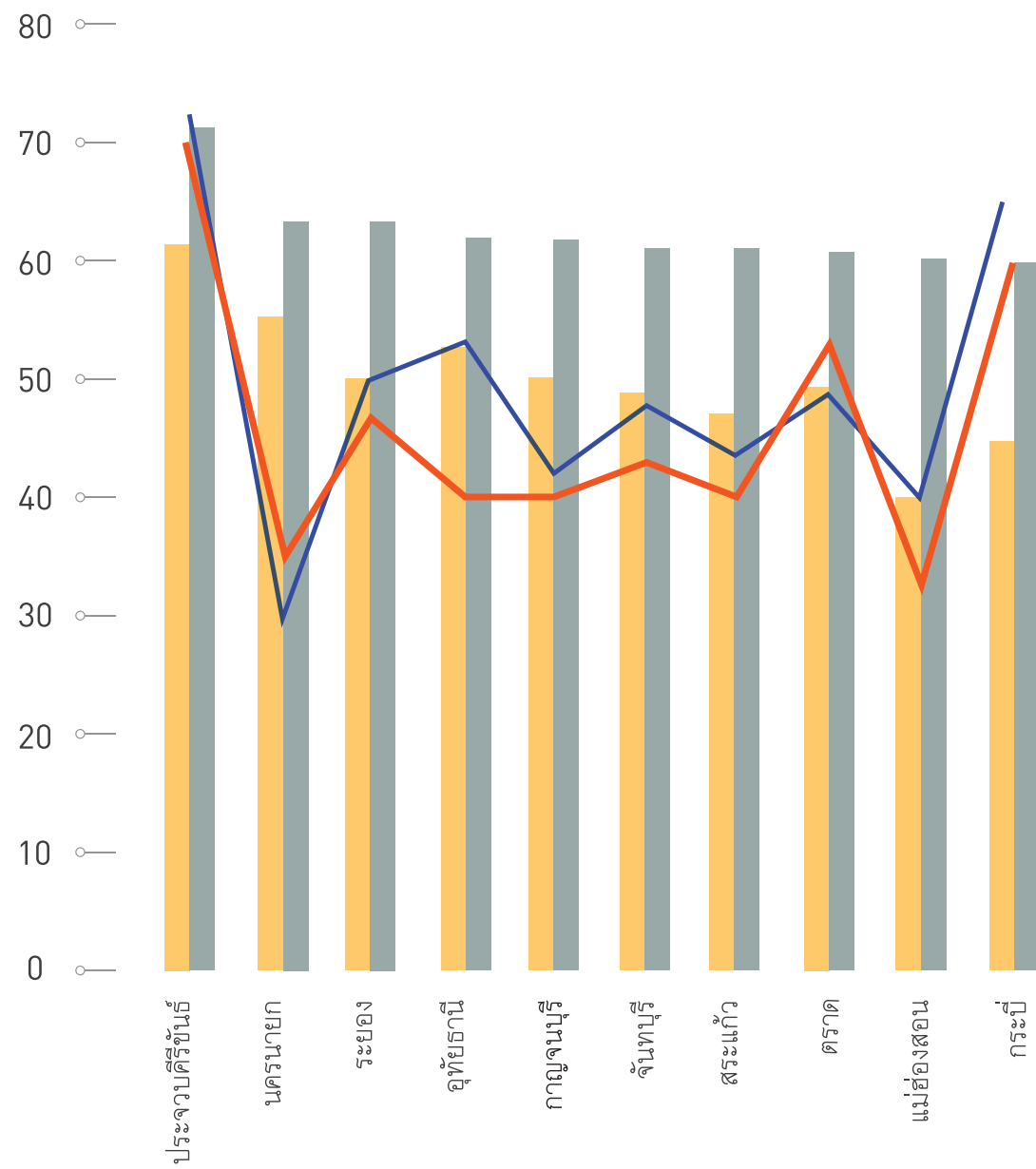
(ก) อัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 15-17 ปี และ 15-19 ปี ต่อพันประชากรเพศหญิงในวัยเดียวกัน



(ข) อัตราการแท้งบุตรของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 15-17 ปี และ 15-19 ปี ต่อพันประชากรเพศหญิงในวัยเดียวกัน

รูปที่ 4 อัตราการคลอดบุตรและการแท้งบุตรของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 15-17 ปี และ 15-19 ปี ต่อพันประชากรเพศหญิงในวัยเดียวกัน แยกตามรายจังหวัด ในปี พ.ศ. 2554

หมายเหตุ : วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลประชากร สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย



รูปที่ 5 : อัตราการคลอดบุตรและอัตราการแท้งบุตร
ต่อพันประชากรหญิงในวัยเดียวกัน ใน 10 จังหวัด
ที่มีอัตราการคลอดบุตรต่อพันประชากรหญิง
อายุ 15-17 และ 15-19 ปี สูงที่สุดในประเทศไทย
ในปี พ.ศ. 2554

หมายเหตุ : วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการคลอดบุตรต่อพัน
ประชากรหญิงในวัยเดียวกัน
10 จังหวัด อายุ 15-17 ปี
และอายุ 15-19 ปี

■ ผู้หญิงอายุ 15-17 ปี
■ ผู้หญิงอายุ 15-19 ปี

อัตราการแท้งบุตรต่อพัน
ประชากรหญิงในวัยเดียวกัน
10 จังหวัด อายุ 15-17 ปี
และอายุ 15-19 ปี

— ผู้หญิงอายุ 15-17 ปี
— ผู้หญิงอายุ 15-19 ปี

แม้ว่าข้อมูลในต่างประเทศจะชี้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเกิดขึ้นในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ แต่สำหรับประเทศไทย การวิเคราะห์ข้อมูลการตั้งครรภ์และการแท้งจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วประเทศ กับข้อมูลรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในแต่ละจังหวัดในปี พ.ศ. 2554 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งการคลอดบุตรและการทำแท้งในวัยรุ่นทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายได้ของครัวเรือนไทยที่มีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างครัวเรือนที่ร่ำรวยและยากจนภายในพื้นที่จังหวัดเดียวกัน การวิเคราะห์ข้อมูลรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนจึงไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ หากต้องการพิสูจน์สมมติฐานนี้ก็ควรศึกษาเจาะลึกลงไปถึงรายได้ครัวเรือนของวัยรุ่นแต่ละคนที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล



บทที่ 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์รวมทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเชิงสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมหลายปัจจัย ตามที่ระบุในงานวิจัยที่สนับสนุนโดย WHO เมื่อปี พ.ศ. 2547 ปัจจัยป้องกัน (protective factors) ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ระดับการศึกษาที่สูง การได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียน ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย และการที่วัยรุ่นอยู่กับครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ ในขณะที่การคบเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยง [Blum and Mmari 2004] นอกจากนี้ยังมีอีกหลายหน่วยงานที่กล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น ตามรายงานของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nation's Children Fund, UNICEF) (2008) ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ วัฒนธรรมที่นิยมแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย (โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา) การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ความยากจน การขาดโอกาสทางการศึกษา การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดโอกาสในการเข้าถึงมาตรการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากรอบข้างให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ การล่วงละเมิดทางเพศรวมทั้งการข่มขืน ความรุนแรงในครอบครัว ความทะเลาะวิวาทและเป้าหมายในเรื่องการศึกษาต่ำ และการเห็นคุณค่าของตนเองต่ำ จะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หรือเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่ เช่น การแต่งงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะในสังคมที่ผู้หญิงมีโอกาสดำเนินการศึกษาน้อย หรือมีวัฒนธรรมให้วัยรุ่นชายและหญิงแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย หรือฐานะความเป็นอยู่ที่ยากจนเป็นเหตุให้วัยรุ่นหญิงต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ขาดความรู้และศักยภาพที่จะป้องกันตัวจากการล่วงละเมิดทางเพศ ไม่ทราบวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย รายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ในปี พ.ศ. 2554 ชี้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การสอนเพศศึกษาแบบรอบด้าน (comprehensive sexuality education) ที่ไม่ครอบคลุมโรงเรียนทุกแห่ง มีปัจจัยกระตุ้นหรือยั่วยุพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สถานบันเทิง สื่อต่างๆ รวมทั้งภาพยนตร์ละครโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการอาศัยอยู่ในหอพักที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ประกอบกับการที่วัยรุ่นไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันตัวหรือคุมกำเนิด และขาดทักษะการเจรจาต่อรอง [คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา 2554] ในขณะเดียวกัน รายงานของหลายหน่วยงานระบุว่า การสอนเพศศึกษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ มีการสอนเกี่ยวกับทักษะชีวิตอย่างจำกัด รวมทั้งขาดบริการให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่น อิทธิพลของปัจจัยแวดล้อมทางสังคมในปัจจุบันที่ส่งผลให้เกิดความต้องการทดลองมีเพศสัมพันธ์เป็นสาเหตุหลักของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย [UNICEF 2010; UNFPA Thailand 2011]

จากการสืบค้นคลังข้อมูลงานวิจัยไทย (Thailand National Research Repository, TNRR) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมงานวิจัยจากทุกหน่วยงานในประเทศไทย และ Google Scholar พบรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยเพียง 7 เรื่อง ซึ่งนับว่ามีจำนวนน้อยมาก และการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในพื้นที่จำกัด (เช่น 1-2 โรงเรียน หรือ 1-2 จังหวัด) ครอบคลุมขนาดตัวอย่างไม่มากนัก อีกทั้งยังมีข้อสงสัยในประเด็นคุณภาพของการศึกษาบางเรื่อง

จากการศึกษาที่นำมาทบทวนทั้งหมด ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ และความภาคภูมิใจในตนเอง โดยแต่ละปัจจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ระดับการศึกษามีผลต่อความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย ส่วนหนึ่งมีการแต่งงานเข้ามาเกี่ยวข้อง วัยรุ่นที่แต่งงานก่อนวัยมักจะเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย หรือออกจากโรงเรียนโดยไม่ทำงาน [Jahan 2008] จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Surveys, MICS) พ.ศ. 2548-2549 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้หญิงอายุ 15-49 ปี จาก 43,470 ครอบครัวทั่วประเทศ พบว่า มีหญิงไทยที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อนอายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.7 และร้อยละ 60 ของคนกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือไม่มีการศึกษาเลย [สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดเชียงราย น่าน สงขลา และเพชรบูรณ์ ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยมีโอกาสดังครรภ์มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า [สมรฐ์ ศรีตระกูล 2550; สุรเดช บุญเวทย์ และคณะ 2551; อนงค์ ประสานนวนกิจ และคณะ 2552]

นอกจากนี้ ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและวิธีการคุมกำเนิดมีอิทธิพลต่อการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [กิตติพงษ์ อุบลสะอาด 2552] จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ที่ได้เก็บข้อมูลสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์และการเข้าถึงบริการด้านอนามัยของประชากรจำนวน

30,000 ครั้วเรือน และสัณณภณหญัอายุ 15-59 ปี จันวน 37,511 คน ร้อยละ 84 ของหญัอายุ 15-19 ปี ด้รับการสอนเรื่องเพศศัษาในระดับประถมศัษาหรือระดับมัธยมศัษาตอนต้น แม้ว่าหญัอายุ 15-19 ปีในภาพรวม มัการคุมกัาเนดเพียงร้อยละ 15 แต่อัตราการคุมกัาเนดในกลุ่มที่เคยมัเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 80 สำหรับหญัอายุ 15-19 ปีที่เคยมัสมรส เกือบร้อยละ 70 ใช้การคุมกัาเนดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยร้อยละ 44 ใช้ยาเมดคุมกัาเนด ร้อยละ 22 ใช้ยาฉัดคุมกัาเนด และมีเพียงร้อยละ 0.7 ที่ใช้ถุงยางอนามัย [สำนังานสถิติแห่งชาติ 2552]

จากการสำรวจในกลุ่มหญัรุ่นทั้ประเทศไทย 1,000 คน โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าหญัรุ่นส่วนใหญ่เห็นว่าการขาดความรู้เรื่องเพศศัษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัของการตั้งครรภ์ในหญัรุ่น [บ้งปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ 2556] เมื่อศัษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศัษาและการคุมกัาเนด พบว่าหญัรุ่นที่มีการศึกษาสูงมัอัตราการใช้ถุงยางอนามัยคิดเป็นอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า [Haque and Soonthorndhada 2009] แม้ว่าข้อมูลในระดับประเทศจะแสดงให้เห็นถึงการคุมกัาเนดอย่างแพร่หลายในคนกลุ่มนี้ แต่รายงานวิจัยที่ทำในระดับอำเภอชี้ว่าหญัรุ่นที่ตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศัษาและการคุมกัาเนด และแม้ว่าบางรายจะมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกัาเนดและตระหนักถึงโอกาสที่จะตั้งครรภ์และติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ แต่ก็ไม่สามารถโน้มน้าวหรือต่อรองให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยได้ และมีบางรายที่ตั้งใจไม่ใช้วิธีการคุมกัาเนดเพราะต้องการตั้งครรภ์ [สมรรุ ศรีตระกูล 2550; ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ 2555]

3.1.2 การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

แม้จะไม่มีหลักฐานที่แสดงว่า การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในหญัรุ่นไทย แต่ก็พบว่าหญัรุ่นที่เสพสารเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสดังตั้งครรภ์ หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเป็นเพราะอาการมึนเมา หรือขาดสติ จึงไม่ใช้การคุมกัาเนด หรือไม่สามารถป้องกันตัวเองได้ เช่น การศัษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ในนักเรียนอาชีวศัษาอายุ 15-21 ปี ในจังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2542 แสดงให้เห็นว่า นอกจากอายุและระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์แล้ว กลุ่มที่มีการใช้สารเสพติด ได้แก่ นักเรียนหญัที่เสพยาบ้าและนักเรียนชายที่สูบกัญชา มีโอกาสดังตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติดประมาณ 2-3 เท่า [Manopai boon et al. 2003] เช่นเดียวกับกลุ่มหญัรุ่นที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งพบการใช้สารเสพติดมากกว่า



กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ [ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ 2552] นอกจากนี้มีการศึกษาอื่นๆ ที่ชี้ว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร [อนงค์ ประสานนวนกิจ และคณะ 2552] และเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [กิตติพงษ์ อุบลสะอาด 2552] อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [Manopaiboon et al. 2003; สมรัฐ ศรีตระกูล 2550] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายมีโอกาทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าเพศชายที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 20

3.1.3 การเห็นคุณค่าของตนเอง

การศึกษาอิทธิพลของความภาคภูมิใจในตนเองและการเห็นคุณค่าของตนเองที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นไทย 2,180 คน แสดงให้เห็นว่า การที่วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองสูง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [Podhisita et al. 2004] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาผลของความภาคภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ผลจากการที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ลดลงก็จะช่วยลดการตั้งครรภ์ในคนกลุ่มนี้ได้

3.2 ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น

ลักษณะครอบครัวที่เลวร้ายมาส่งผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น เช่น การเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อวิธีเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ปลูกฝังค่านิยม และการให้โอกาสทางการศึกษากับลูกหลาน นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับคนในครอบครัวก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน โดยสถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้ว่า ปัจจัยครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [ปิงปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ 2556] ทั้งนี้ ในครอบครัวที่มีความอบอุ่น วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครองและสมาชิกอื่นๆ มีปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้มงวดในครอบครัว และการอบรมสั่งสอนให้รักนวลสงวนตัว วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์น้อยกว่าวัยรุ่นที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีลักษณะตรงกันข้าม

ความคิดเห็นข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า การที่วัยรุ่นอาศัยอยู่กับครอบครัวขยาย (extended family) ทำให้มีคู่ครองช้าลง เนื่องจากมีญาติคอยดูแลไม่ให้ประพฤตินอกกลุ่มนอกทาง [Jahan 2008] และกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักถูกเลี้ยงดูแบบไม่ใช้เหตุผล ผู้ปกครอง

มีอาชีพไม่มั่นคง มีการศึกษาและรายได้ต่ำ และมีการหย่าร้างในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้รายได้รวมของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา รูปแบบการเลี้ยงดู ประวัติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของมารดาและญาติ ความสัมพันธ์กับพี่น้องของวัยรุ่นในกลุ่มที่ตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ 2552]

อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาบทบาทของปัจจัยด้านครอบครัวกับปัจจัยส่วนบุคคลไปพร้อมกัน กลับพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวบางปัจจัยมีความสำคัญรองลงมาหรือไม่พบว่ามีความสำคัญ เช่น การศึกษาของ Podhisita และคณะ (2004) ที่ชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาและรายได้ของพ่อแม่ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่หรือพี่น้อง และความเข้มงวดของครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือการศึกษาของ Manopaibul และคณะ (2003) ที่ศึกษาเฉพาะนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงราย พบว่าลักษณะโครงสร้างครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการแยกมาอยู่คนเดียว การแยกกันอยู่ของพ่อแม่ และความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับคนในครอบครัว ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3.3 ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมหลายปัจจัยมีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ [ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ 2552] การคบเพื่อนที่ชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุ [ปิงปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ 2556] การมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง ซึ่งมีประเพณีและความเชื่อของคนในท้องถิ่น เทศกาลต่างๆ (เช่น วันวาเลนไทน์ เทศกาลแข่งเรือ สลากภัตร หรือวันปีใหม่) [สุรเดช บุญเวทย์ และคณะ 2551] นอกจากนี้บางการศึกษายังพบว่า ความรุนแรง การถูกบังคับขืนใจ (sexual coercion) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย เช่นเดียวกัน [Manopaiboon et al. 2003; อนงค์ ประสานนวนกิจ และคณะ 2552] ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมยังมีส่วนกำหนดให้มีการแต่งงานในเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ดังจะเห็นได้จากการที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของหญิงที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อนอายุ 18 ปี สูงกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 23.5 และ 23.8 ตามลำดับ) และเกือบร้อยละ 30 ของหญิงที่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี อยู่ในครัวเรือนที่พูดภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทย [สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549]

แม้ว่ามีการวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ก็พบว่ามิชอบจำกัดในด้านจำนวนและคุณภาพ งานวิจัยที่นำมาทบทวนนี้ส่วนหนึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยหรือการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเขตตำบล/อำเภอ

ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งหากเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมและดำเนินการวิจัยอย่างมีคุณภาพก็อาจเป็นประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ สำหรับการศึกษาในระดับประเทศอย่างเป็นระบบนั้น ส่วนหนึ่งเป็นการสำรวจความคิดเห็นของคนกลุ่มต่างๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้นการศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าวควรได้รับการพัฒนาต่อไปในอนาคต เพื่อให้มีข้อมูลที่สำคัญในการกำหนดนโยบายเพื่อจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 4

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในมุมมองของสังคม

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านสังคม ครอบครัว และพฤติกรรมส่วนบุคคล การที่จะป้องกันและจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในสังคม ทั้งในการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติ ซึ่งส่วนหนึ่งถูกกำหนดด้วยทัศนคติ มุมมอง และความคิดเห็นของผู้นำหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความรู้สึกรู้สึกนึกคิดต่อสภาพปัญหาและแนวทางการแก้ไขของสาธารณชน คนในชุมชนสมาชิกในครอบครัว และที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ตัววัยรุ่นเอง หากคนในสังคมมีความเห็นร่วมกันว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญ จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร็ว การผลักดันให้ผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่รับผิดชอบแสวงหามาตรการที่เหมาะสม หรือดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งก็ย่อมประสบผลสำเร็จได้โดยง่าย อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากประชาชนกลุ่มต่างๆ ในขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในทางตรงกันข้าม หากคนส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และการทำแท้งในวัยรุ่น อีกทั้งไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ก็ยากที่จะจัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อนเช่นนี้

4.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: มุมมองของผู้ปกครอง

การศึกษาในประเทศไทยชี้ว่า พ่อแม่ของวัยรุ่นรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญในสังคมไทย และไม่เห็นด้วยที่ลูกสาวของตนจะตั้งครรภ์หรือลูกชายจะทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ ผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งรู้สึกอับอายที่ลูกหลานของตนมีความประพฤติที่เสื่อมเสีย [Nicaise et al. 2000; Jahan 2008] ในขณะเดียวกันผู้ปกครองคิดว่า ในสภาพสังคมปัจจุบัน รัฐไม่สามารถควบคุมข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ ได้ และพ่อแม่ผู้ปกครองไม่มีเวลาที่จะดูแลลูกอย่างใกล้ชิด เป็นไปได้น้อยมากที่จะห้ามไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ จึงพยายามให้คำแนะนำแก่ลูกหลานให้รู้จักระมัดระวังป้องกันตัวจากการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อเอชไอวี [Rhucharoenpornpanich et al. 2012]

ในการจัดทำรายงานนี้ นักวิจัยสัมภาษณ์ผู้ปกครองของวัยรุ่นชาย-หญิงจำนวน 3 คน และพบมุมมองที่สอดคล้องกับผลการศึกษาข้างต้น นอกจากนี้ยังพบความคิดเห็นเพิ่มเติมในกรณีสมมติที่ว่าลูกของตนตั้งครรภ์ กล่าวคือ เห็นว่าพ่อแม่ของวัยรุ่นรายนั้นๆ ควรให้โอกาสให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือแก่ลูก เนื่องจากพ่อแม่ก็มีส่วนที่ทำให้เกิดปัญหา อย่างไรก็ตามในเรื่องของการทำแท้ง ผู้ปกครองมีความเห็นแตกต่างกัน บางรายไม่เห็นด้วยที่จะให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไปทำแท้ง เนื่องจากเป็นบาปและอาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ แต่บางรายคิดว่าการทำแท้งอาจจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยเฉพาะในรายที่หากปล่อยให้ตั้งครรภ์จนคลอดแล้วแม่วัยรุ่นไม่มีความสามารถที่จะเลี้ยงดูลูกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังเช่นข้าราชการชายรายหนึ่งอายุ 54 ปี ซึ่งมีลูกชาย 1 คน ได้ให้ความคิดเห็นในกรณีสมมติว่าหากตนมีลูกสาว และลูกสาวของตนตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น

“ถ้าผมมีลูกสาวท้องมา ผมก็ไม่ว่าอะไร แต่เราคือครอบครัว ยังไงก็ต้องให้โอกาสเขา เขาเป็นลูกเรา เมื่อพลัดมา เมื่อมีปัญหา เราต้องช่วยอุ้มชูแก้ไข ผมมองว่าพ่อแม่มีส่วนผิด ... เรื่องการทำแท้งนี้คนอื่นเขา มองว่าเป็นบาป แต่ผมว่ามันไม่ใช่เสมอไป ผมคิดว่าเราต้องพิจารณาความพร้อม บางคนสภาพบ้านก็แย่ เด็กเกิดในสภาพเลวร้าย ถ้าปล่อยให้เขาเกิดมา ผมว่าบาปกว่าทำแท้งอีก”

[ผู้ปกครองของวัยรุ่นชายอายุ 18 ปี, 15 สิงหาคม 2556]

ในขณะที่ผู้ให้สัมภาษณ์อีกคนหนึ่งเป็นพนักงานธนาคาร เพศหญิง โสด อายุ 50 ปี ซึ่งเป็นญาติ และรับเป็นผู้ปกครองของวัยรุ่นหญิงอายุ 14 ปี หลังจากพ่อแม่แยกทางกันและย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด ผู้ให้สัมภาษณ์มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นรายนี้เพิ่งคลอดลูกเมื่อไม่นานมานี้

“... หนังสือนิยาย เรื่องสั้นออนไลน์ ละคร พระเอกนางเอกมีอะไรกันคนดูก็ชอบ เห็นการมีอะไรกันก่อนแต่งงานเป็นเรื่องธรรมดา เด็กมันคิดไม่ได้ทุกคน ก็เอาอย่าง ... แถวบ้านเราท้องกันเยอะ เท่าที่เคยเจอมา เด็กไม่คิดมาก เครียดเป็บเดียวว่าจะบอกพ่อแม่ยังไง พอบอกแล้วก็จบ ไม่คิดว่าเป็นเรื่องใหญ่ ท้องแล้วก็คลอด คลอดออกมาก็เลี้ยงเหมือนเล่นตุ๊กตา เป๋อก็ไปหาเพื่อน ไปชั๊รตเที่ยว ... ย่ายายเห็นเด็กตาดำๆ ก็เลี้ยงให้ อย่างเราก็อดไม่ไหว เลี้ยงให้ไม่ให้ทำแท้งหรอก มันบาปมาก”

[ญาติของวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์อายุ 14 ปี, 15 สิงหาคม 2556]

ความคิดเห็นอีกส่วนหนึ่งเป็นของพยาบาล ผู้เป็นแม่ของวัยรุ่นชายและหญิงวัย 19 ปี และ 18 ปี ตามลำดับ ซึ่งเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับผลต่อสุขภาพจากการทำแท้ง ปัญหาของครอบครัวในยุคปัจจุบัน และความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างคนในครอบครัว

“มันไม่เหมาะสมนะ อายุ ความคิด ยังไม่มีความรับผิดชอบเลย ... สมัยนี้ ทั้งบ้านมีแค่พ่อแม่ ลูก พ่อแม่ไปทำงานไม่ค่อยมีเวลาให้ลูก ลูกมีปัญหาที่ไม่มีที่ปรึกษา หรือมีพฤติกรรมเป่ียงเบน ทำอะไรไม่ดี พ่อแม่ก็ไม่รู้ แต่ถ้ามีญาติผู้ใหญ่อยู่ในครอบครัวด้วย ก็ได้ช่วยดูแล เป็นหูเป็นตา ... ยายากให้แต่ละครอบครัวได้ใกล้ชิด พุดคุย มีกิจกรรมร่วมกัน ลูกจะได้มองเห็นพ่อแม่เป็นที่ปรึกษา ... ไม่งั้นเด็กวัยรุ่นติดเพื่อน มีอะไรก็คุยกับเพื่อน ไม่กล้าบอกพ่อแม่ เพื่อนก็วัยรุ่นด้วยกันอาจจะแนะนำทางที่ผิด ให้คำปรึกษาผิดๆ อย่างท้องก็ไปทำแท้ง แนะนำที่ทำแท้งเถื่อนอันตราย การทำแท้งนี้ทำลายร่างกาย เสียสุขภาพมาก”

[แม่ของวัยรุ่นอายุ 18 ปีและ 19 ปี, 13 สิงหาคม 2556]

4.2 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: มุมมองของครู

ครู อาจารย์เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่อยู่ใกล้ชิดกับวัยรุ่นเท่าๆ กับผู้ปกครอง หรืออาจจะมีความให้กับนักเรียนวัยรุ่นบางรายมากกว่าผู้ปกครอง อีกทั้งยังมีหน้าที่อบรมสั่งสอนวัยรุ่นทั้งด้านวิชาการ ทักษะชีวิต และความประพฤติ ครูบางกลุ่ม เช่น ครูประจำชั้นและครูแนะแนว ส่วนใหญ่เข้าใจลักษณะนิสัยและพฤติกรรมของนักเรียนที่อยู่ในความดูแล รวมทั้งรับรู้แนวโน้มที่จะเกิดปัญหากับวัยรุ่นโดยทั่วไปเป็นอย่างดี ในการจัดทำรายงานนี้ ครู 2 ท่าน จากสถาบันการศึกษาสายสามัญ และสายอาชีพได้ให้ข้อมูลในการให้สัมภาษณ์ว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ย่าตายาย แทนที่จะเป็นพ่อแม่ จึงไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งสองท่านไม่เห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน เนื่องจากไม่เหมาะสม แต่หากมีนักเรียนตั้งครรภ์ ผู้ที่เป็นครูก็ควรให้ความช่วยเหลือและแนะนำให้แก้ไขปัญห โดยเฉพาอย่างยิ่งต้องสนับสนุนให้แม่วัยรุ่นได้รับการศึกษาต่อไป เพื่อให้สามารถทำงานเลี้ยงตัวเองได้

“การตั้งครรภ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องไม่เหมาะสมอย่างแน่นอน แต่เมื่อเกิดเหตุขึ้นมาแล้ว เราต้องให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหา ในฐานะที่เป็นครูมัธยม นักเรียนวัยรุ่นทั้งนั้น อยากรู้ อยากลอง แต่เด็กที่ท้องส่วนมากไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ อาศัยกับปู่ย่าตายาย คนแก่ไม่ทันเด็กหรือช่องว่างระหว่างวัยสูง ... พอท้อง เกิดเรื่องขึ้นมาบางคนเขาก็ลาออกไปเอง แต่ตัวครูเองถ้าเห็นหรือรู้ว่าเด็กคนนี้ท้อง ก็จะทำเป็นไม่รู้ไม่ชี้ ถึงกำหนดคลอดเด็กจะลาป่วยไปประมาณ 1 สัปดาห์ เขาก็กลับมาเรียนใหม่ ครูก็รู้ว่าเขาไปคลอดลูก บางคนเขาเรียน ม.6 แล้ว ยังไงก็อยากให้เขาจบ มีวุฒิการศึกษา ก็ต้องช่วย”

[อดีตครูโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำจังหวัด, 11 สิงหาคม 2556]

“เขาเรียนหนังสืออยู่ เขาท้อง คือมันผิดช่วงวัยแล้ว เป็นเรื่องที่ผิด แล้วเรายังจะตอกย้ำด้วยการไล่ออกจากโรงเรียนอีกหรือ ... ถ้าให้เขาเรียนจนจบยังเอาวิชาความรู้ไปหางานทำได้ บางคนไม่ยอม อาย จะลาออก ครูต้องบังคับ เธอลาออกแล้วจะไปทำอะไรได้ ... มีทุกปี มีอยู่เรื่อยๆ เราจะสังเกตดูรูปร่าง คนนี้ทำไมมันอ้วนผิดปกติ ... เราก็เรียกมาซักถาม พอรู้ว่าท้องแน่ ก็คำนวณว่ากี่เดือน มันจะทันวันสอบไหม ... ถ้าไม่เห็นท้องชัดก็ให้มาเรียนได้ทุกวัน ... แต่ถ้ามันเห็นชัดว่าท้องก็พักการเรียน คลอดแล้วกลับมาเรียนใหม่ มีหลายคนไปคลอดแล้วก็กลับมาเรียนจนจบ ทั้ง ปวช. ปวส.”

[อาจารย์วิทยาลัยเทคนิค, 16 สิงหาคม 2556]

4.3 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: มุมมองของวัยรุ่น

มีการวิจัยในประเทศไทยจำนวนมากที่ศึกษาความคิดเห็นและทัศนคติของวัยรุ่นในสถานศึกษาประเภทต่างๆ และวัยรุ่นที่อยู่นอกสถานศึกษา ต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของคนในวัยเดียวกัน ผลการวิจัยชี้ว่า วัยรุ่นจำนวนมากโดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนเห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากยังไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูลูก นอกจากนี้การตั้งครรภ์ยังทำให้เกิดความอับอาย ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมไทย และเป็นการทำลายอนาคตของตนเอง ในบางการศึกษาพบว่าวัยรุ่นถึงร้อยละ 60 มีทัศนคติที่ดีต่อการทำแท้ง [Fengxue et al. 2003] อย่างไรก็ตาม การศึกษาเดียวกันชี้ว่า วัยรุ่นจำนวนหนึ่งเห็นว่าการทำแท้งเป็นการทำลายศีลธรรมในสังคม และวัยรุ่นไม่ควรมีสิทธิไปทำแท้ง แต่บางส่วนเห็นว่าการทำแท้งเป็นทางออกเพื่อไม่ให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ต้องออกจากโรงเรียน และเกิดปัญหาเศรษฐกิจกับครอบครัว อีกทั้งยังช่วยไม่ให้เกิดการทอดทิ้งทารก อีกการศึกษาหนึ่งชี้ว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์โดยยังไม่ได้แต่งงาน เนื่องจากเป็นการลดทอนคุณค่าของตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่า และเมื่อคลอดลูกก็จะทำให้ชีวิตวัยรุ่นต้องสิ้นสุดลง ไม่สามารถไปเข้ากลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อนวัยเดียวกันได้ เพราะต้องดูแลลูก [Muangpin et al. 2010] ความคิดเห็นที่กล่าวมาเหล่านี้ บางส่วนสอดคล้องกับความเห็นของวัยรุ่น 2 คน ที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายซึ่งได้ให้สัมภาษณ์กับผู้จัดทำรายงานนี้

“... ทำไมเขาคิดไม่ได้ เพราะครูก็สอน พูดถึงปัญหา มีโฆษณาในทีวี มีการอบรม เขาน่าจะคิดได้ว่าไม่เหมาะสม วัยเราคือเรียนหนังสือ คนจะต้องได้ต้องเรียนจบ เป็นผู้ใหญ่สามารถเลี้ยงลูกได้ หนูว่าเป็นเพราะอยากรู้ อยากลอง แต่พลาดไป แต่หนูก็ไม่ได้รังเกียจนะคะ ก็ให้กำลังใจ หนูไม่เห็นด้วยถ้าโรงเรียนจะไล่ออก ให้พักการเรียนไปจัดการเรื่องต่างๆ ก็พอ แต่ก็ไม่ใช่ให้อุ้มท้องมาเรียนได้ คนจะท้องหรือไม่ท้องเขาก็มีสิทธิเรียนเท่าๆ กัน เรื่องการทำแท้งไม่เคยคิดเลยคะ ก็คือการฆ่าคนใช้ไหมคะ เราเป็นคนทำให้เขาเกิดขึ้นมา ถึงจะไม่ตั้งใจ แต่ก็ต้องรับผิดชอบชีวิตเขา”

[นักเรียนหญิงวัย 15 ปี, 16 สิงหาคม 2556]

“ตอนใกล้จบ ม. 6 มีเพื่อนในห้องท้อง หนูตกใจมาก เพราะห้องเรามีแต่เด็กตั้งใจเรียน เป็นห้องเก่งของโรงเรียน ไม่คิดว่าจะมีเรื่องแบบนี้ แล้วก็รู้ว่าเขาไปเอาเด็กออก สำหรับหนูมันร้ายแรงมาก หนูคิดว่าชีวิตนี้เขาไม่มีวันจะดีได้ ทั้งทำผิดแล้วยังทำบาปอีก”

[นักเรียนหญิงวัย 18 ปี, 16 สิงหาคม 2556]

ในขณะที่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในขณะที่เป็นนักเรียน วัยรุ่นชายส่วนหนึ่งมองว่า การมีคู่รักและมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ และการมีความสัมพันธ์ทางเพศเป็นการให้และการได้ของแต่ละฝ่าย [ศิริพร จิรวัฒนกุล และคณะ 2556] วัยรุ่นหญิงบางส่วนเห็นว่า การยินยอมมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรัก ความจริงใจ และต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นหรือผูกมัดฝ่ายชาย [Tangmunkongvorakul et al. 2011] ในบางการศึกษาแสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นหญิงจำนวนไม่น้อยตั้งใจที่จะมีลูกเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับฝ่ายชาย หรือต้องการให้ฝ่ายชายให้ความสนใจ เอาใจใส่ [ศิริพร จิรวัฒนกุล และคณะ 2555]

4.4 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: มุมมองของสื่อมวลชน

สื่อมวลชนเป็นสถาบันที่มีอิทธิพลอย่างมากในการชี้นำสังคม เนื่องจากมีความครอบคลุมกว้างขวาง ทั้งในแง่จำนวน ประเภทของผู้รับสาร และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ด้วยคุณลักษณะบางประการทำให้สื่อมวลชนเป็นตัวกลางในการเผยแพร่ข้อมูลที่หลากหลายที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการทำแท้งในวัยรุ่น จากการสำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครปฐมพบว่า ประมาณร้อยละ 97 ได้รับข้อมูลในเรื่องดังกล่าวจากสื่อมวลชน ในขณะที่ได้รับข้อมูลจากพ่อแม่เพียงร้อยละ 70 [Fengxue et al. 2003]

การที่ประชาชนโดยเฉพาะวัยรุ่นจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง ไม่ถูกยั่วยุ ชี้นำไปในทางที่จะทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายการคัดเลือกข้อมูลข่าวสาร และกำหนดเนื้อหาของรายการ/บทความที่จะนำมาเผยแพร่โดยผู้บริหารหน่วยงานที่ทำหน้าที่สื่อมวลชน เช่น พลโท ฉัตรชัย สาริกัลยะ ผู้อำนวยการสถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบก ช่อง 5 ได้กล่าวไว้เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงนโยบายการนำเสนอเรื่องเพศของสถานีโทรทัศน์

“ช่อง 5 ของตนนำเสนอข่าวเชิงสร้างสรรค์ เพราะผมคิดว่าข่าวแบบนี้ไม่เป็นประโยชน์กับสังคม แม้จะทำเรตติ้งก็ไม่ขอนำเสนอ ... เนื้อหาของละครตอนนี้น่าจะเห็นว่าละครเกาหลีฮิตกันเหลือเกิน มีคนดูมาก และไม่มีฉากโป๊เปลือย แต่ทำไมติดตลาดได้ ดังนั้นมันอาจไม่ใช่บทสรุปว่าละครที่คนดูต้องจับจ้องหรือโป๊เปลือยเท่านั้น”

อย่างไรก็ตามสื่อมวลชนที่มีนโยบายที่แสดงความรับผิดชอบต่อผู้บริโภคและสังคมเช่นนี้มีอยู่ไม่มากนัก

บุคคลที่มีชื่อเสียงในวงการบันเทิงเป็นคนอีกกลุ่มหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิด ค่านิยม และการประพฤติปฏิบัติตัวของวัยรุ่นในปัจจุบันไม่มากนักน้อย จากการทบทวนเอกสารพบว่า ดารา นักร้อง นักแสดง และพิธีกรในรายการต่างๆ รวมทั้งที่เข้าร่วมในโครงการรณรงค์ที่เผยแพร่

ผ่านสื่อมวลชน ได้เผยแพร่ข้อมูลให้กับวัยรุ่นและสาธารณชน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในสังคมไทยและผลกระทบที่จะตามมา

พิมพ์มาดา บริรักษ์ศุภกร นักแสดง ได้ให้ข้อคิดในพิธีเปิดกิจกรรม Love Say Yes Sex Say No : คิดให้ได้ รักให้เป็น โครงการ STOP TEEN MOM หยุด! การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ว่า

“ในฐานะเป็นตัวแทนของผู้หญิง อยากจะขอฝากว่า น้องๆ วัยเรียนทั้งหลายเริ่มเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น เริ่มมีความรัก แต่การจะรักอย่างไรให้ถูกวิธี เป็นเรื่องที่ครอบครัวและทุกคนต้องใส่ใจให้ข้อคิดและความรู้ความเข้าใจกับน้องๆ ด้วย ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรนับวันยิ่งทวีความรุนแรง จึงอยากให้น้องๆ ทุกคนตระหนักถึงผลลัพธ์ที่ตามมา”

ในงานเดียวกันนั้น ภาคิน คำวิลัยศักดิ์ (โตโน่ เดอะสตาร์) ก็ได้นำเสนอมุมมองว่า

“ในสังคมเราทุกวันนี้ มีสิ่งเร้ามากมายที่ทำให้วัยรุ่นวัยคะนองพลั้งผิดกันอยู่เสมอ แต่การให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อปลูกฝังเยาวชนรุ่นใหม่ให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ และที่สำคัญการรู้จักที่จะรักตัวเอง เสริมสร้างสายใยแห่งความรัก การดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัวก็จะเป็นเกราะป้องกันจากสื่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัวเราได้ ส่วนตัวอยากบอกน้องผู้ชายทุกๆ คนว่า เราเป็นผู้ชายต้องรู้จักให้เกียรติสุภาพสตรี การมีความรักเป็นเรื่องสวยงาม แต่ขณะนี้อยู่ในวัยเรียนก็ควรรับผิดชอบส่วนนี้ให้ดีที่สุดก่อน คิดให้ได้ รักให้เป็นครับ”

นอกจากนี้ พัชรศรี เบญจมาศ พิธีกรและนักเขียนชื่อดัง ได้เขียนถึงปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไว้ว่า

“ทุกวันนี้สถานการณ์วัยรุ่นไทยของเราน่าเป็นห่วงจริงๆ โดยเฉพาะเรื่องท้องในวัยเรียน! อันดับ 1 ในเอเชีย และอันดับ 2 ของโลก มันไม่ใช่สถิติที่น่าชื่นชมโอ้อวด หรือวางเฉย คุณจะไม่รู้สักอะไรหรอกถ้าลูกหลานคุณเรียนอยู่ ม.2-3 ก็ท้อง มันเกิดได้ง่ายๆ ในบ้านคุณนั่นแหละ เด็กบอกเลยว่ามีเพศสัมพันธ์กันครั้งแรกก็ในบ้านตัวเอง ไม่ก็บ้านเพื่อน ใช้ถุงยางไม่ถึงครึ่ง ติดโรคมากขึ้น ท้องมากขึ้น และอายุน้อยลงเรื่อยๆ มันไม่ใช่แค่ท้องแล้วจบ เมื่อไม่มีเงินเลี้ยงดูตัวเอง และลูกที่เกิดมา เรื่องลี้กวีงชิงปล้นก็จะมีมากขึ้น เมืองไทยจะมีเยาวชนที่เป็นกำลังที่ดีของชาติ อาจไม่ถึงครึ่ง” [คอลัมน์ชายตาหาข่าวเปลือก มติชนสุดสัปดาห์ ฉบับประจำวันที 8-14 มีนาคม 2556]

4.5 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: มุมมองของนักการเมือง

มุมมองต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีตำแหน่งในคณะรัฐมนตรี เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความตระหนักต่อปัญหา ทิศทาง และแนวคิดในการกำหนดมาตรการที่เหมาะสม รวมทั้งความเข้มงวดในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้การบังคับบัญชา จากการทบทวนเอกสารพบว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถูกหยิบยกขึ้นมา

พิจารณาและนำเสนอต่อสังคมในฐานะที่เป็นประเด็นเชิงนโยบายระดับชาติมาอย่างต่อเนื่อง ในหลายรัฐบาล ทศนคติและความคิดเห็นต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในประชากรกลุ่มนี้ทั้งในแง่ขนาดของปัญหา สาเหตุ ผลกระทบ วิธีการที่จะใช้จัดการป้องกันและให้การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่ง

นับตั้งแต่รัฐบาลของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ที่ได้กล่าวมอบนโยบายเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 ว่า

“ปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาสำคัญ ... หัวใจการทำงานอยู่ในพื้นที่ ... การรณรงค์ไปสู่กลุ่มเสี่ยงยังเข้าไปไม่ถึง จึงต้องให้คณะกรรมการคุ้มครองเด็กระดับจังหวัดและเอกชนเข้ามาร่วมทำงานมากขึ้น ... ศึกษาธิการกับพัฒนาสังคมฯ ร่วมกันเข้าไปช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาดังครรภ์ไม่พร้อม ให้โอกาสกลับเข้าไปเรียนต่อทั้งในโรงเรียนและการศึกษานอกระบบ แรงงานช่วยแม่วัยเยาว์ที่อยากจะทำงาน ได้เข้าอบรมวิชาชีพและจัดหางานให้ทำ ... ขอให้ทุกหน่วยงานผลักดันยุทธศาสตร์นี้อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม โดยไม่มองว่า เด็กสร้างปัญหา แต่ต้องคิดว่าเด็กเป็นผู้ประสบปัญหาและเป็นความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ที่จะต้องป้องกันและแก้ปัญหา ทำให้เด็กไทยที่ผิดพลาดกลับมาใช้ชีวิตที่ดี ช่วยป้องกันปัญหาสังคมอื่นๆ”

มาจนถึงปัจจุบัน รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากนายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า

“ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากใช้วิธีคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้ป้องกันขาดความรู้ และมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศ คิดว่าร่วมเพศครั้งเดียวไม่ตั้งครรภ์ หรือหากใช้ถุงยางจะขัดขวางความรู้สึกทางเพศ นอกจากนี้วัยรุ่นยังไม่กล้าเข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิด ส่งผลให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้” [แนวหน้า ฉบับวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2556]

ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2556 นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ ในฐานะประธานคณะกรรมการ ได้กล่าวถึงปัญหาท้องไม่พร้อม

“คณะกรรมการฯ เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายที่ต้องเข้าไปดูแล คือ กลุ่มเยาวชนในระบบการศึกษา ... และต้องทำความเข้าใจกับผู้ใหญ่ว่าการมีเซ็กซ์ในวัยรุ่นคงห้ามไม่ได้ในยุคนี้ แต่ทำอย่างไรให้มีการป้องกันและเข้าถึงการคุมกำเนิด ควรนำโซเซียลมีเดียมาใช้เป็นตัวช่วยตอบคำถามที่เยาวชนอยากรู้ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากัน อีกทั้งช่องทางบริการท้องไม่พร้อมที่มีอยู่ ต้องพัฒนาช่องทางให้ออกมาข้างนอก เช่น คลินิก ให้ภาคประชาชนมีส่วนเกี่ยวข้องมากขึ้น ส่วนการเข้าถึงถุงยางอนามัยก็แจกผ่านตู้หรือส่งทางอินเทอร์เน็ต โดยภาครัฐควรจะมีร่วมมือกันและดึงกลุ่มเป้าหมาย คือ เยาวชน ผู้ใช้แรงงาน มาร่วมด้วย มาช่วยคิดวางแผน”



นางปวีณา หงสกุล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมพูดคุยในรายการ The Chat Room เกี่ยวกับประเด็นการทำงานเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

“การป้องกันท้องไม่พร้อมนี้เป็นเรื่องที่ต้องทำงานบูรณาการร่วมกัน กระทรวงศึกษาธิการ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความรู้ แต่ตัวดิฉันเองไม่อยากให้สอนเรื่องทั่วไปกระตุ้นให้เด็กเรียนรู้ทางเพศ แนวทางที่จะสอนให้วัยรุ่นรู้จักการใช้ถุงยางอนามัยนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องสอนอย่างมีกระบวนการทางจิตวิทยาพอสมควร ไม่เช่นนั้นเด็กจะอยากเอาไปลองใช้ และต้องปลูกฝังเรื่องการรักนวลสงวนตัว การให้เกียรติผู้หญิงควบคู่ไปด้วย เพื่อให้วัยรุ่นรู้จักยับยั้งชั่งใจ ... พ่อแม่ยุคใหม่ควรมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น บางบ้านห้ามลูกคบเพื่อนต่างเพศ ห้ามพูดถึงเรื่องเพศเลย ควรรับฟังปัญหา รับฟังความคิดเห็นของลูก มากกว่าการสั่งให้ทำ เพราะจะทำให้ลูกอึดอัด และแสดงอาการต่อต้าน พ่อแม่ต้องเปิดใจรับเรื่องเพศมากกว่านี้” [รายการ The Chat Room สถานีโทรทัศน์ voice TV ประจำวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2556]

จากมุมมอง ความคิดเห็น ที่มีต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งในแง่ของอัตราวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ผลกระทบต่อตัวบุคคลและสังคมทุกระดับ และมุมมองที่มีต่อการจัดการปัญหาดังกล่าว เป็นไปในทิศทางของการให้อภัยและให้โอกาส ไม่ว่าทางออกของปัญหาจะเป็นการตั้งครรภ์ต่อไปหรือยุติการตั้งครรภ์ คนในสังคมต่างรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศ เป็นปัญหาสังคม การจัดการสาเหตุของปัญหาโดยป้องกันไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ในสมัยนี้อาจไม่ได้ผลนัก ควรเน้นให้ความรู้การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ไปจนถึงการจัดการที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แล้ว การทำแท้งที่ปลอดภัย หรือการเป็นแม่วัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ เพื่อที่จะเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม เป็นการยับยั้งการหมุนเวียนปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์จากรุ่นสู่รุ่น

บทที่ 5

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การที่วัยรุ่นคนหนึ่งตั้งครรภ์นั้นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม ผลเสียบางอย่างมีความสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ เช่น การลาออกจากโรงเรียนกลางคันเป็นเหตุให้วัยรุ่นขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการประกอบอาชีพที่ทำให้เกิดรายได้เพียงพอในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ผลผลิตทางเศรษฐกิจรวมทั้งมูลค่าภาษีที่แม่วัยรุ่นจะพึงจ่ายให้รัฐเพื่อนำไปพัฒนาประเทศก็ย่อมจะลดน้อยลงกว่าที่ควร นอกจากนี้ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นบางรายถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ ขาดความอบอุ่นและความรู้สึกมั่นคงในชีวิต เมื่อทารกเติบโตขึ้นอาจทำให้เป็นเด็กมีปัญหา ก่อความเดือดร้อนให้กับสังคม ซึ่งสะท้อนว่าผลกระทบจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอาจมีการถ่ายทอดต่อไปยังคนอีกรุ่นหนึ่ง บทนี้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทางด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

5.1 ผลกระทบด้านสุขภาพ

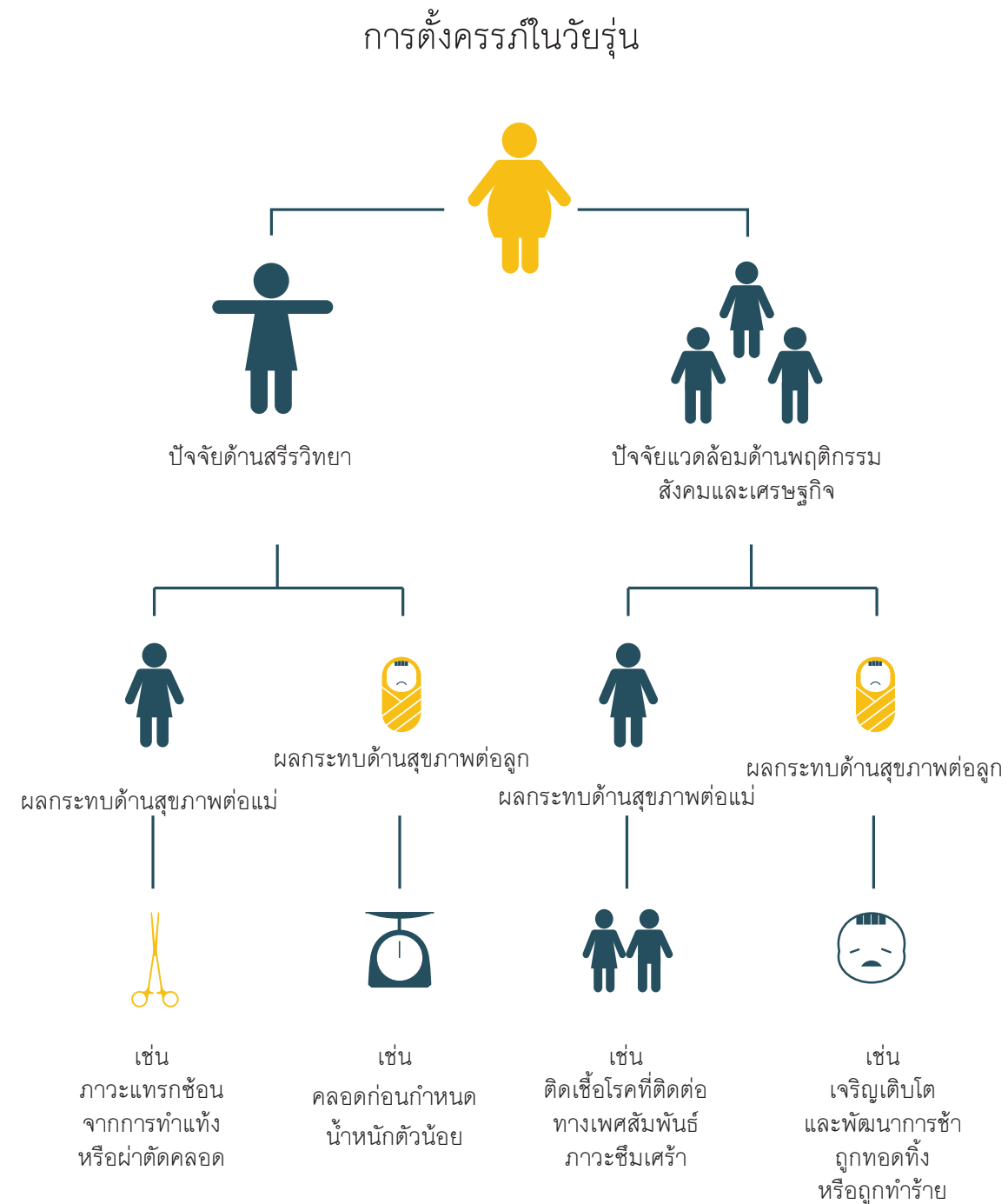
การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นกับทั้งแม่และทารกอย่างปราศจากอคตินั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะไม่สามารถออกแบบการศึกษาในลักษณะการทดลองแบบสุ่มไปข้างหน้าได้ (prospective randomized control trial) ด้วยข้อจำกัดด้านจริยธรรมและอื่นๆ ดังนั้นการศึกษาในปัจจุบันส่วนใหญ่จึงเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง และไม่สามารถหลีกเลี่ยงอคติจากตัวแปรกวนต่างๆ เช่น ระดับการศึกษาหรือเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการดูแลตนเองก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และภายหลังการตั้งครรภ์ ที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของแม่และทารก ในขณะเดียวกันปัจจัยเหล่านี้ก็มีความสัมพันธ์กับโอกาสการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วย [Isaranurug et al. 2006; Wanakosit 2012; ชวม์ย สืบบุญรัตน์ 2544; วีรพล กิตติพิบูลย์ 2555]

สำหรับผลกระทบด้านสุขภาพที่มีหลักฐานค่อนข้างชัดเจนว่า เกิดจากปัจจัยทางชีววิทยาของการมีลูกตั้งแต่อายุน้อยของแม่ (biological effect of young age) พอสรุปได้ว่าการตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุน้อยกว่า 17 ปี ก่อให้เกิดผลเสียแก่ทารกโดยเพิ่มโอกาสการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และการเสียชีวิตของทารกประมาณ 1.2-2.7 เท่า เมื่อเทียบกับแม่ที่มีอายุมากกว่า 20-24 ปี [Cunnington 2001] สำหรับผลกระทบด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น ภาวะเลือดจางในแม่ การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือการคลอดทารกแฝด ยังไม่มีหลักฐานที่สามารถให้ข้อสรุปที่ชัดเจนได้ นอกจากนี้การศึกษาหลายชิ้นยังระบุถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เอชไอวี หนองใน ซิฟิลิส ร่วมกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในวัยอื่นๆ [Meade and Ickovics 2005]

นอกเหนือจากปัจจัยด้านชีววิทยาของผู้เป็นแม่ พบว่าแม่วัยรุ่นมักไม่ได้รับการดูแลฝากครรภ์ที่เหมาะสม มีโอกาสสูงในการผ่าตัดคลอดหรือคลอดด้วยหัตถการต่างๆ รวมทั้งการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการคลอด (postnatal depression) [Thaithae and Thato 2011; Kaewjanta 2012] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางสรีรวิทยาของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ แต่เกิดจากปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น การศึกษาหรือเศรษฐกิจระดับที่ได้กล่าวไปแล้ว สำหรับกรณีที่วัยรุ่นตั้งครรภ์และตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งนั้น ในประเทศที่การทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมายเช่นประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาแทรกซ้อนซึ่งนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าประเทศที่การทำแท้งเป็นเรื่องถูกกฎหมายอย่างชัดเจน [Jones et al. 1985; Miller 2000] แต่ไม่มีหลักฐานยืนยันได้ว่าการทำแท้งในวัยรุ่นจะทำให้มีโอกาสดังกล่าวมากกว่าการทำแท้งในหญิงที่มีอายุมากกว่า อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเน้นประเมินผลกระทบด้านชีววิทยาและสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงไม่สามารถสรุปเชื่อมโยงไปถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น การเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่วัยรุ่น

สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นในระยะกลางและระยะยาว พบว่า เด็กเหล่านี้มีโอกาสได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสมทั้งด้านโภชนาการและการกระตุ้นพัฒนาการ ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ที่ด้อยกว่าเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น [Jones et al. 1985] ประกอบกับมีรายงานว่า แม่วัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากกว่าแม่ที่มีอายุมากกว่า ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรง เช่น ทารกในครรภ์ได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ หรือได้รับควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของแม่ หรือผลกระทบต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น ถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้ายร่างกาย เมื่อแม่มีอาการมีเมามาขาดสติ เป็นต้น [Corcoran 1998; Kearney and Levine 2012]

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลกระทบด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นเกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยด้านชีววิทยาและปัจจัยแวดล้อมด้านพฤติกรรม สังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ ของแม่ที่ส่งผลต่อแม่และลูกดังแสดงในรูปที่ 6 โดยผลกระทบเหล่านี้อาจเกิดได้ขณะตั้งครรภ์ คลอด ไปจนถึงผลกระทบภายหลังการคลอดทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ผลกระทบเหล่านี้บางกรณีมีความรุนแรงถึงขั้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น การคลอดก่อนกำหนด หรือบางกรณีทำให้ทุพพลภาพในด้านร่างกายหรือจิตใจไปตลอดชีวิต เช่น การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ล่าช้าของทารก เป็นต้น

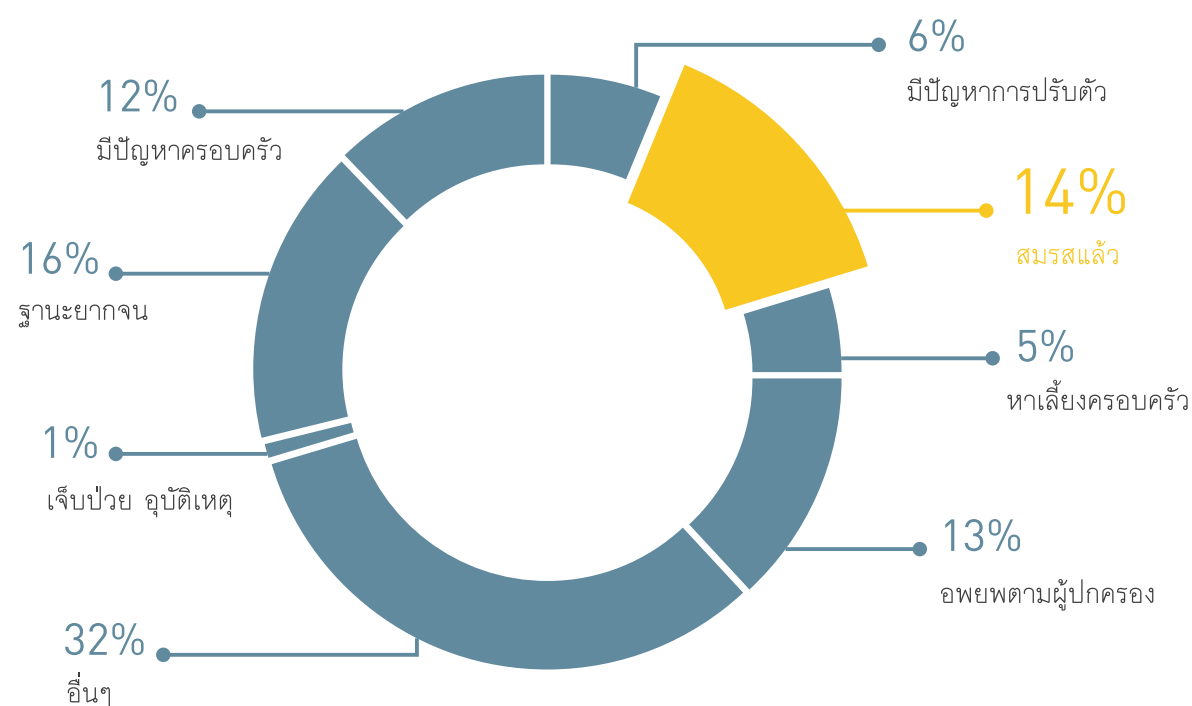


รูปที่ 6 : ผลกระทบด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นที่ส่งผลต่อแม่และลูก

5.2 ผลกระทบด้านสังคม

5.2.1 ผลกระทบต่อการศึกษาของแม่วัยรุ่น

การแต่งงานและ/หรือการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียน [Jahan 2008; Suwansuntorn and Laeheem 2012] ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะส่วนหนึ่งของวัยรุ่นเหล่านี้จำเป็นต้องหาเลี้ยงตัวเอง (ส่วนหนึ่งยังคงอาศัยอยู่กับพ่อแม่ของตนหรือครอบครัวของสามี) รวมทั้งการตั้งครรภ์ของนักเรียนไม่ได้รับการยอมรับในสังคมไทย [Nicaise et al. 2000] อย่างไรก็ตาม ไม่มีสถิติที่ชัดเจนว่ามีนักเรียนจำนวนเท่าใดที่ออกจากโรงเรียนด้วยเหตุดังกล่าว มีเพียงข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ระบุว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 มีนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ลาออกจากโรงเรียนกลางคันรวม 135,342 คน ในจำนวนนี้มีสาเหตุจากการสมรสแล้วถึง 19,178 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14 ของจำนวนนักเรียนที่ลาออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งหมด (รูปที่ 7) และพบว่าการลาออกจากโรงเรียนด้วยสาเหตุนี้ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ทั้งหญิงและชาย เป็นร้อยละ 3, 6, 8, 6, 10 และ 11 ของการออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งหมดในแต่ละชั้น ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวไม่ครอบคลุมการลาออกของนักเรียนในโรงเรียนเอกชน โรงเรียนอาชีวศึกษา และโรงเรียนอื่นๆ บางประเภท ในกรณีของนักเรียนที่ไม่ได้แต่งงาน แม้จะไม่มีข้อห้ามไม่ให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน แต่การตั้งครรภ์เป็นเหตุให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของครอบครัว ทำให้รู้สึกอับอาย เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้แต่งงานเป็นพฤติกรรมที่ผิดจารีตทางสังคม ผู้ปกครองมักไม่ต้องการให้นักเรียนไปโรงเรียนในขณะที่ตั้งครรภ์ นักเรียนจึงต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียนไปโดยปริยาย [Suwansuntorn and Laeheem 2012; คณะกรรมการการศึกษาธิการ สาธารณสุข วุฒิสภา 2554]



รูปที่ 7 : อัตราการลาออกจากโรงเรียนเนื่องจากสาเหตุต่างๆ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2548-2552

แหล่งข้อมูล : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

5.2.2 ผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการประกอบอาชีพ

นอกเหนือจากการให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ลาออกจากโรงเรียน ผู้ปกครองบางรายเลือกที่จะจัดการแต่งงานให้บุตรหลานเพื่อเป็นการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรักษาชื่อเสียงของตนและวงศ์ตระกูล [Suwansuntorn and Laeheem 2012] ซึ่งพบว่า ชีวิตครอบครัวของพ่อแม่วัยรุ่นมักประสบปัญหาหลายประการทั้งปัญหาการดำเนินชีวิตโดยทั่วไปและปัญหาในการเลี้ยงดูลูก อันเนื่องมาจากความไม่พร้อม ขาดการเตรียมตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขาดวุฒิภาวะ ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ขาดชีวิตอิสระ นอกจากนี้การที่ฝ่ายหญิงเลิกเรียนตั้งแต่อายุน้อย ยังส่งผลให้ไม่สามารถหางานที่ดี มีรายได้สูงตามที่ต้องการได้ ซึ่งการเลิกเรียนกลางคันนี้จะส่งผลต่อเนื่องต่อชีวิตของแม่วัยรุ่นในระยะยาว หากฝ่ายชายมีอายุใกล้เคียงกันก็อาจจะยังคงเป็นนักเรียนและไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ทำให้เกิดปัญหาการเงินในครอบครัว เป็นภาระของพ่อแม่ของทั้งสองฝ่าย [สมคิด สมศรี และคณะ 2554] ในกรณีที่แม่วัยรุ่นไม่ได้รับความช่วยเหลือจากพ่อแม่หรือเครือญาติของตน หรือฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ ทอดทิ้ง ก็จะทำให้เกิดความเครียด มีการทะเลาะเบาะแว้งกันและมีการใช้ความรุนแรงตามมา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ทำให้พ่อแม่และญาติผู้ใหญ่ของวัยรุ่นคนนั้นรู้สึกผิดหวัง เสียใจ และอับอาย หากการตั้งครรภ์นั้นไม่เป็นที่ยอมรับของพ่อแม่ของฝ่ายชาย แต่แม่วัยรุ่นต้องแต่งงานและย้ายเข้าไปอยู่ที่บ้านของฝ่ายชาย ก็จะทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างรุนแรง

5.2.3 การทำแท้ง และการทอดทิ้งทารก/เด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น

การตัดสินใจทำแท้งเป็นการสะท้อนความสับสน คับข้องใจ และความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นกับแม่วัยรุ่นเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ การศึกษาเมื่อหลายปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า เกือบครึ่งหนึ่งของหญิงที่ทำแท้งในประเทศไทยมีอายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 30 ของการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายเป็นการทำแท้งในวัยรุ่น [Warakamin et al. 2004] ซึ่งร้อยละ 24 ของวัยรุ่นที่ทำแท้งนี้เป็นนักเรียน [Intaraprasert and Pattarachai 2006] และมีวัยรุ่นเป็นจำนวนมากที่ได้รับอันตรายจากอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้ง การศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงรายพบว่า ในจำนวนการตั้งครรภ์ทั้งหมด 153 ราย นักเรียนกลุ่มนี้เลือกที่จะทำแท้งถึงร้อยละ 90 [Manopaiboon et al. 2003] ในทำนองเดียวกัน การศึกษาหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2550 ชื่อว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์กว่าร้อยละ 90 ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และประมาณร้อยละ 70 ชื่อว่าทำแท้งมาใช้ด้วยตนเอง (self-prescribed aborticide) ทั้งที่เป็นยาเหน็บ ยาเม็ด ยาน้ำสำหรับรับประทานเพื่อขับเลือด หรือแอลกอฮอล์ หรือไปรับบริการจากคลินิกทำแท้งเถื่อน ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่ต้องการลาออกจากโรงเรียน และไม่ต้องการให้พ่อแม่ทราบว่าตั้งครรภ์ [Anusornteerakul et al. 2008] การค้นพบซากทารกถึง 2,002 ราย

ที่เสียชีวิตจากการทำแท้งเถื่อน ในวัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เมื่อปลายปี พ.ศ. 2553 ก็เป็นหลักฐานยืนยันว่าการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายยังเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม [ไทยรัฐออนไลน์ 2553] ในขณะเดียวกันก็สะท้อนถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยในประเทศไทย [Chaturachinda 2011]

การทอดทิ้งเด็กเป็นประเด็นหนึ่งที่ปรากฏในรายงานข่าวผ่านสื่อมวลชนไทยอยู่เป็นระยะๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีผู้พบทารกแรกเกิดถูกทิ้งไว้ในที่สาธารณะ ก็มักจะมีการตั้งสมมติฐานว่าเป็นทารกที่เกิดจากแม่ที่อายุน้อย อย่างไรก็ตามจำนวนการทอดทิ้งเด็กที่มีการรายงานผ่านสื่อนี้ น่าจะน้อยกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากยังมีทารกแรกเกิดและเด็กเล็กถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาล และสถานสงเคราะห์โดยไม่เป็นข่าว รวมทั้งกรณีการทอดทิ้งเด็กไว้กับปู่ย่าตายายญาติ หรือผู้ดูแลประเภทอื่น โดยไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่จากพ่อแม่เท่าที่ควร เนื่องจากทั้งพ่อและแม่ต้องไปประกอบอาชีพในจังหวัดอื่น [ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย 2553] แต่ก็ไม่มีสถิติที่ชัดเจนว่า เป็นการทอดทิ้งเด็กโดยแม่วัยรุ่นมากน้อยเพียงใด และแนวโน้มเป็นอย่างไร มีเพียงการให้ข้อมูลในภาพรวมโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น เว็บไซต์ ‘สถานการณ์เด็ก เยาวชน และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม’ ของสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.)² ซึ่งว่า มีเด็กกำพร้า 88,730 คน ถูกทอดทิ้งตามโรงพยาบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก และที่สาธารณะ โดยมีสาเหตุจากแม่ที่อยู่ในวัยเรียน และแม่ที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกได้ นอกจากนี้มีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ว่า เด็กที่ถูกทอดทิ้งส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องพัฒนาการ ทั้งทางร่างกายจิตใจ และสติปัญญาที่ล่าช้ากว่าเด็กทั่วไป

5.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

‘The price of adolescent pregnancy is lost potential’ UNFPA, 2007

ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ [Hoffman 2006] ได้แก่ (ก) ผลกระทบที่เกิดกับแม่และพ่อที่มีลูกตั้งแต่วัยรุ่น ได้แก่ ต้นทุนค่าเสียโอกาสที่แม่วัยรุ่นและพ่อจะมีความสามารถในการจ่ายภาษีให้กับประเทศชาติลดลงตลอดช่วงชีวิตของคนทั้งสอง รวมทั้งต้นทุนที่รัฐต้องจัดสวัสดิการทางสังคมให้กับแม่วัยรุ่น และ (ข) ผลกระทบที่เกิดกับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ได้แก่ ต้นทุนที่รัฐต้องจัดสวัสดิการทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดบริการทางสังคมและการศึกษาพิเศษให้กับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ต้นทุนการบังคับใช้กฎหมายกับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่ก่อปัญหาสังคมเมื่อโตขึ้น



(มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ลูกชายของแม่อายุ 17 ปีหรือน้อยกว่า มีโอกาสก่ออาชญากรรมและถูกคุมขังมากกว่าลูกชายของแม่ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ถึง 2.2 เท่า) และต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เด็กซึ่งเกิดจากแม่วัยรุ่นจะมีความสามารถในการจ่ายภาษีอากรให้กับประเทศชาติลดลงตลอดช่วงชีวิต

ทั้งนี้ ผลกระทบค่าเสียโอกาสในการจ่ายภาษีอากรให้กับประเทศชาติลดลงตั้งอยู่บนหลักฐานสำคัญที่ว่า การตั้งครรภ์ตั้งแต่วัยรุ่นส่งผลให้แม่วัยรุ่นและพ่อของทารกมีโอกาสทางการศึกษาลดลง มีทางเลือกในการทำงานอาชีพและรายได้น้อยลง และการที่แม่หรือพ่อกำลังศึกษา น้อย ส่งผลให้ลูกมีโอกาสทางการศึกษาน้อยลงตามไปด้วย [Dillard and Pol 1982] ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่คำนวณจำนวนปี (โดยเฉลี่ย) ที่อยู่ในระบบการศึกษาของแม่ในกลุ่มอายุต่างๆ และจำนวนปีที่แม่เหล่านั้นต้องออกไปจากระบบการศึกษา ก่อนวัยอันควร ทั้งนี้พบว่าหากแม่ตั้งครรภ์ที่อายุ 24 ปีหรือมากกว่า จะไม่มีการสูญเสียโอกาสทางการศึกษาเลย

²<http://www.qlf.or.th/Home/Details?ContentId=147> (ปรับปรุงเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2555)

อายุของแม่ที่ตั้งครรภ์	จำนวนปีที่อยู่ในระบบการศึกษา โดยเฉลี่ย	จำนวนปีที่ออกต้องไปจากระบบ การศึกษาก่อนวัยอันควร
15 ปี หรือน้อยกว่า	8.9	4.0
16 - 17	10.5	2.4
18	11.3	1.6
19 - 20	11.9	1.0
21 - 23	12.7	0.2
24 หรือมากกว่า	13.5	+0.6

ตารางที่ 1 : ประมาณจำนวนปีที่ต้องออกไปจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควรของแม่ที่ตั้งครรภ์ในวัยต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา

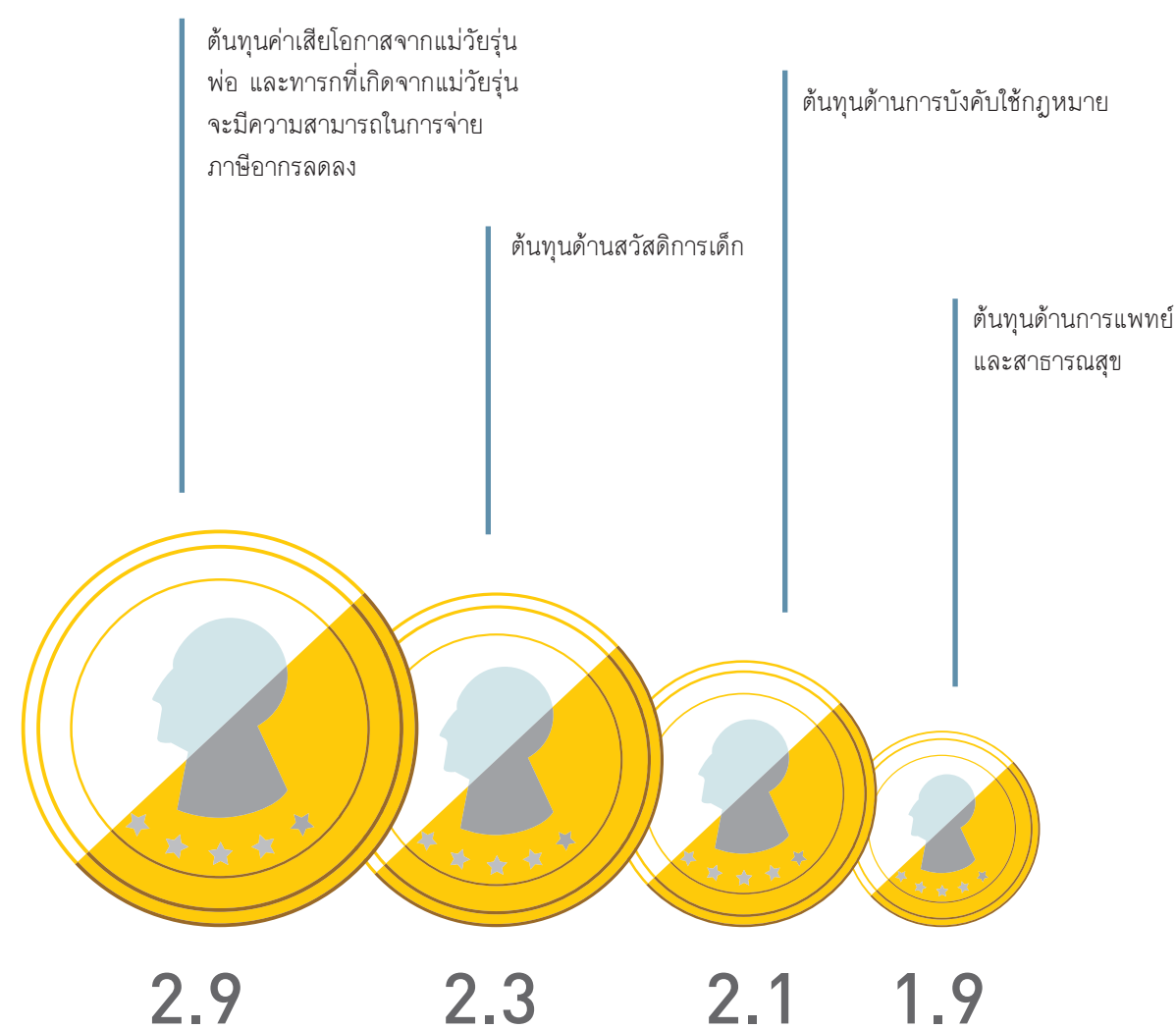
แหล่งข้อมูล : Dillard and Pol 1982

นอกจากนี้การศึกษาวิจัยบางเรื่องยังพิจารณาถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นระหว่างรุ่น (inter-generational impact) เช่น มีหลักฐานสนับสนุนว่าลูกสาวของแม่วัยรุ่นมีโอกาสตั้งครรภ์และกลายเป็นแม่วัยรุ่นเช่นกัน สูงถึงร้อยละ 33 สำหรับลูกสาวที่เกิดจากแม่อายุ 17 ปี หรือน้อยกว่า และร้อยละ 17 สำหรับลูกสาวที่เกิดจากแม่อายุ 18-19 ปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 11 กรณีลูกสาวที่เกิดจากแม่อายุ 20 ปีหรือมากกว่าจะตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [Dillard and Pol 1982; Corcoran 1998]

สำหรับการศึกษาด้านทุนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมระดับประเทศยังมีการศึกษาน้อยมาก พบเพียงการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเท่านั้นซึ่งมีพฤติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงที่สุดในบรรดาประเทศที่พัฒนาแล้ว การศึกษาเหล่านี้ระบุว่าจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกาซึ่งเกิดขึ้นปีละ 760,000 ราย และการคลอดในแม่วัยรุ่นปีละ 420,000 ราย ทำให้เกิดต้นทุนกับรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา รัฐบาลของรัฐต่างๆ และรัฐบาลท้องถิ่น รวมกันกว่า 9.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี ค.ศ. 2004 หรือคิดเป็นมูลค่า 1,430 เหรียญ ต่อทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นหนึ่งราย [Hoffman 2006] และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 11.1 พันล้านเหรียญ ในปี ค.ศ. 2006 นอกจากนี้รายงานฉบับดังกล่าวยังได้ระบุอีกว่า ต้นทุนทางสังคมของการตั้งครรภ์และคลอดของแม่น้อยกว่า 17 ปี มีมูลค่าสูงกว่ากรณีที่มีแม่มีอายุ 18-19 ปีอย่างมาก โดยผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยเฉลี่ยของการคลอดบุตรของแม่ที่อายุน้อยกว่า 17 ปี คิดเป็น 4,080 เหรียญต่อทารกหนึ่งคน และคิดเป็น 104 เหรียญต่อทารกหนึ่งคนในกรณีที่แม่มีอายุ 18-19 ปี

หากนำตัวเลขดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อคำนวณคร่าวๆ ถึงต้นทุนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย³ จะพบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นน่าจะก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อสังคมไทยประมาณ 3,088 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2554 โดยต้นทุนทางสังคมของการตั้งครรภ์

³ใช้การปรับค่าเงินจากเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2547 เป็นเงินบาทในปี พ.ศ. 2554 ด้วยอัตราแลกเปลี่ยน Purchasing Power Parity ของธนาคารโลกและค่าอัตราเงินเฟ้อของประเทศไทย แทนที่จะใช้อัตราแลกเปลี่ยนทั่วไป (exchange rate) เพราะต้องการแก้ไขประเด็นเรื่องกำลังซื้อของเงิน ซึ่งสะท้อนในรูปของค่าครองชีพพื้นฐานที่ไม่เท่ากันในระหว่างสองประเทศนี้ ซึ่งพบว่าการคลอดบุตรในแม่น้อยกว่า 17 ปี มีต้นทุนทางสังคมมูลค่า 88,367 บาท และการคลอดบุตรในแม่อายุ 18-19 ปี มีต้นทุนทางสังคม 2,252 บาท เมื่อบริการคำนวณกับจำนวนการคลอดบุตรในแต่ละช่วงวัยที่มีจำนวน 34,088 ราย ในกรณีแม่น้อยกว่า 17 ปี และ 33,890 ราย ในกรณีแม่อายุ 18-19 ปี ทำให้ได้ต้นทุนทางสังคมในปี พ.ศ. 2544 มูลค่า 3,088 ล้านบาท



รูปที่ 8 : ส่วนประกอบของต้นทุนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา (หน่วย : พันล้านเหรียญสหรัฐ ค.ศ. 2004)

แหล่งข้อมูล : Hoffman 2006

ในวัยรุ่นนี้เป็นการประมาณอย่างหยาบ โดยอาศัยการศึกษาต้นทุนที่ละเอียดในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีสวัสดิการทางสังคมสำหรับแม่วัยรุ่นมากกว่าประเทศไทย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ระบุว่าการศึกษานี้ได้ประมาณการต้นทุนทางสังคมอย่างต่ำ (conservative estimation) ซึ่งสถานการณ์จริงในสหรัฐอเมริกาอาจมีมูลค่าสูงกว่านี้ ดังนั้นหากต้องการทราบค่าดังกล่าวสำหรับประเทศไทย จำเป็นต้องดำเนินการศึกษาวิจัยในบริบทของประเทศเป็นการเฉพาะ

สำหรับการคำนวณผลกระทบทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากสหรัฐอเมริกา พบเพียงรายงานเดียวในประเทศอังกฤษที่ศึกษาเฉพาะต้นทุนที่เกิดขึ้นกับระบบประกันสุขภาพซึ่งคิดเป็นมูลค่า 69 ล้านปอนด์ ในปี ค.ศ. 2008 [Frances 2008] ทั้งนี้ในรายงานฉบับดังกล่าวยังระบุว่าการลงทุนป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า กล่าวคือทุกๆ 1 ปอนด์ที่ใช้ลงทุนสามารถสร้างผลตอบแทนกลับมาเป็นมูลค่าเงินสูงถึง 4 ปอนด์ ซึ่งสอดคล้องกับประมาณการในสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่า งบประมาณที่ใช้ในศูนย์วางแผนครอบครัวทั่วประเทศกว่า 2 พันล้านเหรียญ สามารถสร้างผลตอบแทนเป็นมูลค่าเงินได้ถึง 7 พันล้านเหรียญ จากการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ [Sonfield et al. 2011]

บทที่ 6

นโยบายและมาตรการป้องกัน
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

หน่วยงานระดับชาติและองค์กรระหว่างประเทศได้พยายามแสวงหามาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนรายงานวิจัยและเอกสารอื่นๆ พบว่า หลายมาตรการที่ดำเนินการกันอยู่ในปัจจุบัน ขาดหลักฐานที่เชื่อถือได้ที่ชี้ว่าเป็นมาตรการที่มีประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้จริง มีเพียงบางประเทศที่มีการวิเคราะห์ประเมินผลนโยบายและโครงการที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ซึ่งทำให้ทราบประสิทธิผล และองค์ประกอบ กิจกรรมที่ควรได้รับการปรับปรุง งานวิจัยที่มีการนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลโครงการที่ใช้มาตรการที่ซับซ้อน หรือใช้หลายมาตรการร่วมกัน (multi-faceted interventions) รวมทั้งทำการศึกษามาตรการหนึ่งๆ ในหน่วยงานหรือสถานที่ที่แตกต่างกัน ทำให้หาข้อสรุปได้ยากว่า มาตรการใดบ้างที่มีประสิทธิผล และปัจจัยใดที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์และแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งนักวิจัยผู้ทบทวนการศึกษาเหล่านั้นให้ความเห็นว่า เป็นการยากที่จะนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้กับประเทศอื่นๆ แม้จะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยกันก็ตาม [Trivedi et al. 2007]

6.1 การทบทวนมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยหน่วยงานระดับนานาชาติ

The Cochrane Collaboration เป็นองค์การความร่วมมือทางวิชาการระหว่างหน่วยงานวิจัยและสถาบันการศึกษาหลายพันแห่งทั่วโลก ที่จัดให้มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ของรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมาตรการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารนานาชาติที่เชื่อถือได้ โดยใช้วิธี (methodology) ที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ในปี พ.ศ. 2553 The Cochrane Collaboration ได้ทบทวนการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomised controlled trials, RCT) ของมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่น รวม 41 การศึกษา [Oringanje et al. 2010] ประกอบด้วยมาตรการที่มุ่งเพิ่มความรู้และทักษะของวัยรุ่นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ส่งเสริมให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ และลดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ การทบทวนนี้พบว่า การให้สุขศึกษา การให้การศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การส่งเสริมการคุมกำเนิด และการให้การศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดร่วมกับการส่งเสริมการคุมกำเนิด สามารถลดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจลงได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญอย่างชัดเจน ข้อจำกัดของการทบทวนนี้ได้แก่ การที่การศึกษาที่นำมาทบทวนขึ้นอยู่กับรายงานพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ และจุดอ่อนด้านวิธีวิจัย หากจะนำผลการทบทวนนี้มาใช้ในประเทศไทย ประเด็นที่ควรพิจารณานอกจากข้อจำกัดที่นักวิจัยได้ระบุไว้แล้ว ได้แก่ การที่ The Cochrane Collaboration เลือกทบทวนเฉพาะการศึกษาแบบ RCT ทำให้ไม่ครอบคลุม

การศึกษาในสาขาสังคมศาสตร์ ซึ่งอาจชี้ให้เห็นประสิทธิผลของมาตรการบางชนิดที่ไม่สามารถใช้การศึกษาแบบ RCT ได้ นอกจากนี้ การศึกษาที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีจำนวนน้อยมากที่เป็นการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา

ในปี พ.ศ. 2554 WHO ได้จัดทำ Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries [WHO 2011] โดยมีเป้าประสงค์เพื่อระบุแนวทางที่มีประสิทธิผลในการลดการแต่งงานในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ลดการตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ลดการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากการถูกบังคับ และลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งการเพิ่มการเข้าถึงมาตรการคุมกำเนิดและบริการดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอดที่มีคุณภาพในกลุ่มวัยรุ่น ในประเทศกำลังพัฒนา โดยการทบทวนรายงานการวิจัยอย่างเป็นระบบ และคำนึงถึงคุณภาพของหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ แม้ว่ายังจะมีข้อจำกัดของเอกสารหลักฐานสนับสนุนการดำเนินมาตรการตามแนวทางดังกล่าวในบางประเด็น แต่คณะผู้เชี่ยวชาญที่พัฒนาแนวทางนี้ได้พิจารณาหลักฐานทางวิชาการร่วมกับปัจจัยอื่นๆ และตัดสินใจให้คำแนะนำบนคุณภาพของหลักฐาน การเปรียบเทียบประโยชน์กับอันตรายต่อสุขภาพ ค่านิยม ความชอบ (preferences) และต้นทุนสำหรับการดำเนินมาตรการนั้นๆ อย่างไรก็ตาม คำแนะนำตามเอกสารนี้ส่วนใหญ่เป็นแนวทางกว้างๆ โดยไม่ชี้ชัดว่าควรดำเนินการอย่างไร เช่น คำแนะนำให้ใช้มาตรการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของครอบครัวและชุมชนในการชะลอการแต่งงานของวัยรุ่นหญิงออกไปจนกว่าจะมีอายุ 18 ปี และการเพิ่มความพยายามที่จะให้วัยรุ่นหญิงคงอยู่ในโรงเรียนทั้งระดับประถมและมัธยมศึกษา เป็นต้น

The State of World Population Report 2013 ที่จัดทำโดย UNFPA ได้ให้คำแนะนำดังต่อไปนี้แก่รัฐบาล ผู้กำหนดนโยบาย สมาชิกรัฐสภา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่นๆ เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งระยะสั้นและระยะยาว ผ่านปฏิบัติการที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน และสร้างความเข้มแข็งให้กับเด็กผู้หญิง และช่วยให้คนกลุ่มนี้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง

1) ลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ในการศึกษาของวัยรุ่นหญิง เนื่องจากมีหลักฐานว่าการศึกษาคือจะช่วยชะลอการแต่งงานและการตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจดำเนินการโดยยกเว้นการเก็บค่าเล่าเรียน สนับสนุนเครื่องแบบนักเรียนและหนังสือเรียน ให้อาหารกลางวันฟรีและให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนที่มีฐานะยากจน เป็นต้น สำหรับนักเรียนที่ตั้งครรภ์ สนับสนุนให้กลับมาเรียนต่อจนจบการศึกษา หรือให้การศึกษาทางเลือกหรือให้การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะด้านต่างๆ ให้บริการดูแลทารก สนับสนุนด้านการเงิน และให้คำปรึกษา

2) ใช้กลวิธีต่างๆ ที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน และเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เช่น การจัดให้มีกลไกสำหรับการรายงาน การสอบสวน และฟ้องร้องในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีประสิทธิผล และ

มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการมีอยู่และการทำงานของระบบดังกล่าวให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ทราบ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยลดสาเหตุต่างๆ ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และการแต่งงานในเด็ก

3) ขยายการเข้าถึงเพศศึกษาอย่างรอบด้าน (comprehensive sexuality education) ซึ่งรวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุ พัฒนาบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นให้สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่น ด้วยการฝึกอบรมบุคลากรผู้ให้บริการให้สามารถทำงานกับวัยรุ่น รักษาความลับ และให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพให้กับวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยบริการฝากครรภ์ ผู้ให้บริการทำคลอดที่มีทักษะ และบริการภายหลังการทำแท้ง

4) ป้องกันการแต่งงานในเด็ก การเกิดความรุนแรงทางเพศ และการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ด้วยการดำเนินมาตรการต่างๆ ทั้งด้านการบังคับใช้กฎหมาย การให้บริการสุขภาพและบริการสังคม การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาและทักษะชีวิต

5) สนับสนุนโครงการที่มีหลากหลายมิติ (multidimensional programs) ซึ่งมุ่งจัดการกับทุกสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กผู้หญิงอย่างรอบด้าน เช่น ด้านสุขภาพ การศึกษา และความเปราะบาง ทั้งที่เป็นการดำเนินโครงการเพื่อเสริมสร้างสภาพของบุคคลกลุ่มนี้ที่บ้าน ในครอบครัว ในชุมชน และในส่วนที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างช่วงอายุ รายได้ ถิ่นที่อยู่อาศัย และปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้ต้องบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้สนับสนุนซึ่งกันและกันจนเกิดประสิทธิผลสูงสุด

6.2 โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในต่างประเทศ : กรณีศึกษา Teenage Pregnancy Strategy ประเทศอังกฤษ

ในช่วงทศวรรษ 1970 ถึง 1980 ประเทศอังกฤษมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในยุโรป รัฐบาลในขณะนั้นจึงมอบให้ Social Exclusion Unit (SEU) ศึกษาปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ [Social Exclusion Unit 1999] เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายที่เหมาะสม โดยดำเนินการในระยะเวลา 10 ปี มีเป้าหมายที่จะลดจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงร้อยละ 50 และขยายจำนวนพ่อ-แม่วัยรุ่นที่ได้รับการศึกษาและได้รับการจ้างงานเป็นร้อยละ 60 ภายในปี ค.ศ. 2010 ผลการศึกษา นำมาซึ่งการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ‘Teenage Pregnancy Strategy 1999’ ซึ่งเน้นการทำงาน 4 ด้านคือ การรณรงค์ในระดับประเทศ (national campaign) การทำงานโดยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (joint-up action) ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่น (better prevention) และการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์หรือพ่อ-แม่วัยรุ่น (better support)

การประเมินผลภายหลังจากดำเนินโครงการมา 4 ปี พบว่า แม้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีลดลง แต่จำนวนการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศอังกฤษยังนับว่าสูงอยู่เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในยุโรป และไม่พบว่าการลดลงของอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการดำเนินกิจกรรมในโครงการในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาดของการวัดและประเมินผล หรืออาจเป็นเพราะช่วงเวลาที่ทำการประเมินสั้นเกินไป [Teenage Pregnancy Strategy Evaluation research team 2005] จากผลการประเมินในช่วงต้นของโครงการ ได้นำไปสู่การพัฒนาและปรับเปลี่ยนการดำเนินโครงการในแต่ละยุทธศาสตร์ การประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการ [Hadley 2012] พบว่า ปัจจัยที่ทำให้โครงการนี้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายประกอบด้วย

1) มียุทธศาสตร์ในการดำเนินการที่เหมาะสม เช่น มีผู้สนับสนุนหลักต้นระดับอาวุโส (senior champions) ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2) มีข้อมูลในพื้นที่ที่ถูกต้องชัดเจน รวมทั้งข้อมูลการรับรู้ปัญหาของประชาชนเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการดำเนินงานในโครงการ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3) จัดให้มีการสอนเพศศึกษาที่มีเนื้อหาชัดเจน ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในการสอนวิชาด้าน Personal, social, health and economic (PSHE) ของทุกโรงเรียน

4) สนับสนุนให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง พูดคุยแลกเปลี่ยนกับลูกในเรื่องเพศและความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงอย่างเหมาะสม

5) เน้นการใช้มาตรการคุมกำเนิดและการให้บริการสุขภาพทางเพศ โดยเป็นบริการที่ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากกลุ่มวัยรุ่น และเป็นที่รู้จักของบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับวัยรุ่น และการมีส่วนร่วมของ

6) ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กในสถานสงเคราะห์ เด็กในสถานพินิจฯ เด็กเร่ร่อน เด็กที่พึ่งพิงสวัสดิการรัฐ กลุ่มพ่อแม่วัยรุ่น เป็นต้น

7) จัดอบรมการให้คำปรึกษาเรื่องเพศและความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นเยาวชน เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ในโครงการที่เกี่ยวข้อง

8) สนับสนุนทรัพยากรอย่างเป็นระบบและได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการทำงาน

ของหน่วยงานอาสาสมัครที่ทำงานด้านวัยรุ่น การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงงานด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคม

9) จัดโครงการสร้างแรงบันดาลใจให้กับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง โดยการนำเสนอแรงจูงใจและทางเลือกในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

10) ดำเนินการสื่อสารด้วยเนื้อหาชัดเจน กระชับ รัดกุม กับเยาวชน พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสื่อในพื้นที่

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความแตกต่างกันไปตามบริบท ดังนั้นการศึกษาวิจัยและการมีข้อมูลในเชิงลึกของพื้นที่นั้นๆ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง [Wellings 2012]

สิ่งที่ประเทศไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้คือ ขั้นตอนและกรอบการดำเนินการ ซึ่งประเทศอังกฤษให้ความสำคัญเรื่องการทบทวนความรู้ที่มีอยู่เดิม ก่อนที่จะพัฒนานโยบายและแผนงานในระดับประเทศอันตั้งอยู่บนหลักฐานที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย และที่สำคัญคือการวางแผนการติดตามและประเมินผลโครงการไปพร้อมกับการดำเนินโครงการ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญและเป็นรูปแบบการทำงานที่ประเทศไทยอาจนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินนโยบายแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรการต่างๆ นั้น ประเทศไทยอาจไม่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งหมดในทันที เพราะมาตรการของอังกฤษพัฒนาขึ้นจากการวิจัยเก็บข้อมูลขนาดของปัญหาและความซับซ้อนของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายในประเทศ สำหรับประเทศไทยควรดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างมีคุณภาพเพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานที่ชัดเจนสำหรับประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเมินมาตรการเพื่อประกอบการพัฒนานโยบายและแผนงานก่อนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ชุมชน และกลุ่มประชากร

6.3 นโยบายและมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

ในช่วงระยะเวลา 5-6 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งผลกระทบที่จะตามมา จึงพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ และติดตามเร่งรัดให้มีการบังคับใช้นอกจากนี้ประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังถูกนำเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมและเวทีอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระดับชาติ เช่น การประชุมที่จัดโดยคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ในปัจจุบัน ประเด็นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ถูกระบุไว้ในนโยบายและยุทธศาสตร์หลายฉบับ อาทิ

6.3.1 นโยบายและยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในการพัฒนางานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นคือการส่งเสริมเจตคติที่เหมาะสมเรื่องการสร้างครอบครัว สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ รวมทั้งยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความรู้ เจตคติและความสามารถในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ตามมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น [กระทรวงสาธารณสุข 2553]

6.3.2 ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม พ.ศ. 2553

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้พัฒนายุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อเป็นกรอบในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายของยุทธศาสตร์นี้คือเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 20 ปี โดยมีกลุ่มเสี่ยงที่ระบุไว้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้น เด็กและเยาวชนในชุมชนแออัด เด็กและเยาวชนที่พักอยู่ในหอพัก โดยเฉพาะหอพักที่ไม่ได้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติหอพัก พ.ศ. 2507 เด็กและเยาวชนที่ทำงานในโรงงาน และเด็กเร่ร่อน ในยุทธศาสตร์นี้ได้ระบุมาตรการในการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเพื่อป้องกัน ส่งเสริมบทบาทครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การควบคุมและขจัดสิ่งยั่วยุ การเสริมสร้างบทบาทและองค์ความรู้แก่ผู้นำทางความคิดของเด็กและเยาวชน กรณีที่เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมจะมีมาตรการให้ความช่วยเหลือระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และมาตรการช่วยเหลือให้กลับไปศึกษาต่อหรือทำงานหลังคลอด

6.3.3 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ถูกเสนอเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 เรื่อง สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 เรื่อง การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบมติสมัชชาฯ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบดำเนินการร่วมกับการแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติและยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปสู่การปฏิบัติ [สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี 2554] โดยเน้นการพัฒนาการเรียนการสอน

เพศศึกษา จริยธรรม และศีลธรรมให้นักเรียน เสริมสร้างทัศนคติทางเพศที่ดีให้แก่ครูผู้สอน และนักเรียน และการจัดระบบรองรับด้านการศึกษาให้แก่นักเรียนที่ตั้งครรภ์ และส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดตั้งกลไกร่วมในการดำเนินการแปลงนโยบายระดับประเทศไปเป็นแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกระดับ รวมทั้งจัดทำมาตรการเร่งด่วนในการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการภายในปี พ.ศ. 2554

จากการทบทวนเอกสารในข้อ 6.3.1, 6.3.2 และ 6.3.3 พบว่า ประเทศไทยมีนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่รอบด้านครอบคลุมมาตรการที่จำเพาะเจาะจงไปที่สาเหตุอันเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของวัยรุ่น รวมทั้งมาตรการจัดการปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม การลดการใช้ความรุนแรงและการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีมาตรการดูแลสุขภาพและมาตรการเชิงสังคม เพื่อลดผลกระทบจากการตั้งครรภ์ที่จะเกิดกับวัยรุ่นที่เป็นแม่และทารก การให้คำปรึกษาและบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ตลอดจนมีมาตรการด้านการศึกษาแก่แม่วัยรุ่นและสนับสนุนการเลี้ยงดูทารก ซึ่งทั้งหมดนี้สอดคล้องกับคำแนะนำจากหน่วยงานระดับนานาชาติ เช่น WHO และ UNFPA ที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น อีกทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์เหล่านี้ได้ถูกแปลงสู่การปฏิบัติผ่านโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการโดยหน่วยราชการและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น

- ศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 (One Stop Crisis Center: OSCC) เป็นโครงการตามนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2556 เพื่อให้ความช่วยเหลือประชาชนใน 4 ปัญหาหลัก ได้แก่ การกระทำความรุนแรงต่อเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส การกระทำความรุนแรงทางเพศ ปัญหาท้องไม่พร้อมและคุณแม่ไว้อาลัย การใช้แรงงานเด็ก และการค้ามนุษย์ โดยดำเนินการให้มีจุดรับแจ้งเหตุที่เข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทุกพื้นที่ ผ่านการแจ้งโดยตรงต่อหน่วยงานราชการ เลขหมาย 1300 และเว็บไซต์ www.osccthailand.go.th ศูนย์ช่วยเหลือสังคมนี้เป็นการดำเนินการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน มูลนิธิและเครือข่ายภาคประชาชน

- โครงการ ‘Up to me’ (พ.ศ. 2554) โดยกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์การแพธ (PATH) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของวัยรุ่นให้เกิดความเข้าใจในเรื่องเพศ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ ทำแบบทดสอบ ชมภาพยนตร์ ตลอดจนทำกิจกรรมสร้างเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ ในสถานการณ์จำลอง โครงการนี้ได้ดำเนินการในเขตพื้นที่การศึกษา 242 แห่ง ใน 22 จังหวัด และกำลังอยู่ระหว่างการขยายผลไปสู่สถาบันการศึกษาอื่นๆ ทั่วประเทศ [บัลลังก์ โรหิตเสถียร และนางศิรินี โสมิกะ 2554]

- โครงการ ‘แม่ไว้อาลัย’ โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกอบด้วย ศูนย์ 3 วัยสานสายใยแห่งครอบครัว (กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็ก วัยแรงงาน และผู้สูงอายุ

มี 42 ศูนย์ใน 40 จังหวัด) โครงการคาราวานเสริมสร้างเด็ก ช่วงอายุ 0-18 ปี และโครงการเด็กไทยรู้รักษ์ ห่วงใยตนเอง (กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กเยาวชนในสถานศึกษา)

- โครงการ ‘อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์’ (ตุลาคม พ.ศ. 2555) โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและบูรณาการงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ระหว่างครอบครัว สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอ และสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยเหลือการมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีระบบช่วยเหลือดูแลหากเกิดการตั้งครรภ์ ที่ผ่านมามี 12 อำเภอ ผ่านการคัดเลือกเป็นอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ [สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ 2555]

- การรณรงค์เรื่องเพศเชิงบวกในชุมชน โดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศและศูนย์สื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สสส. มีกิจกรรมเปิดประเด็นพูดคุยเรื่องเพศในชุมชนและการผลิตสื่อการเรียนรู้ เพื่อปรับทัศนคติเรื่องเพศในสังคมไทยจากที่มองเรื่องเพศเป็นเรื่องสกปรก อันตรายไม่ควรเรียนรู้ ให้เป็นทัศนคติเชิงบวก

- โครงการ ‘รักเป็น ปลอดภัย’ (Young Love) โดย PATH มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สถานีโทรทัศน์ช่อง 3 และ UNFPA ดำเนินการใน 12 จังหวัด [UNFPA Thailand 2013]

6.4 ประสิทธิผลของนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

แม้จะมีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างรอบด้าน แต่การที่ปัญหาดังกล่าวยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามนโยบายเหล่านี้ไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคหลายประการในการขับเคลื่อนให้เกิดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานที่ไม่เป็นระบบ ขาดกลไกการบูรณาการระหว่างกิจกรรมและโครงการต่างๆ ขาดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวง และระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ระดับจังหวัด กับระดับท้องถิ่น ตลอดจนการที่ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างจริงจัง [กฤติยา อาชวนิชกุล 2551; เบญจพร ปัญญา 2553; คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา 2554] แม้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การแก้ปัญหาระดับวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม จะเป็นฉันทามติของภาคส่วนต่างๆ ที่เข้าร่วมในสมัชชาฯ และต่อมาได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แต่การปฏิบัติตามมติก็ประสบกับปัญหาเช่นเดียวกับนโยบายอื่นๆ ส่วนหนึ่งเกิดจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของมติ จึงไม่มีความพยายามดำเนินการอย่างจริงจัง [จิตาพร ยังกง และคณะ 2556] สำหรับโครงการหลากหลายประเภทและขนาด เช่น โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ต่างๆ ที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งโครงการวิจัยโดยนักวิชาการในสถาบันการศึกษาเพื่อทดลองพัฒนามาตรการใหม่ๆ และโครงการ

วิจัยเพื่อประเมินมาตรการที่ภาครัฐทำอยู่นั้น ไม่พบว่ามีภาวะวิเคราะห้บทวนหลักฐานทางวิชาการอย่างเป็นระบบเพื่อชี้ว่ามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับมาตรฐานระดับนานาชาติ มีการนำไปใช้ในโรงเรียนเพียงบางแห่ง มีการเรียนการสอนที่ไม่สม่ำเสมอ เน้นแต่การควบคุมพฤติกรรมทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเท่านั้น โดยไม่ครอบคลุมประเด็นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์บางประเด็น เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวก่อนมีประจำเดือน และการสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ เป็นต้น ซึ่งทำให้การสอนเพศศึกษาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร [Thaweessit and Boonmongkon 2009] แม้ในปัจจุบันจะมีช่องทางสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่การสอนเพศศึกษาอย่างจริงจังก็ยังไม่ครอบคลุมวัยรุ่นที่สำเร็จการศึกษาภาคบังคับและออกไปประกอบอาชีพ ทั้งที่เป็นแรงงานอิสระและผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการ รวมทั้งวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง เช่น ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ผู้ที่ติดเชื่อเอชไอวี และกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น สำหรับกลุ่มที่อยู่ในสถานประกอบการ อาจจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์บ้างเพียงบางประเด็น โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการป้องกันโรคเอดส์ การแก้ไขปัญหา ยาเสพติด การป้องกันการค้าบริการทางเพศ และการป้องกันอาชญากรรมทางเพศ

6.4.1 การสอนเพศศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการและองค์กรพัฒนาเอกชนได้ร่วมมือกันพัฒนาหลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษามาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ซึ่งทำให้มีผู้เห็นความสำคัญและได้รับการยอมรับมากขึ้น แต่ก็ยังพบปัญหาอุปสรรคที่ทำให้มาตรการดังกล่าวไม่สอดคล้องกับมาตรฐานระดับนานาชาติ มีการนำไปใช้ในโรงเรียนเพียงบางแห่ง มีการเรียนการสอนที่ไม่สม่ำเสมอ เน้นแต่การควบคุมพฤติกรรมทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเท่านั้น โดยไม่ครอบคลุมประเด็นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์บางประเด็น เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวก่อนมีประจำเดือน และการสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ เป็นต้น ซึ่งทำให้การสอนเพศศึกษาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร [Thaweessit and Boonmongkon 2009] แม้ในปัจจุบันจะมีช่องทางสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่การสอนเพศศึกษาอย่างจริงจังก็ยังไม่ครอบคลุมวัยรุ่นที่สำเร็จการศึกษาภาคบังคับและออกไปประกอบอาชีพ ทั้งที่เป็นแรงงานอิสระและผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการ รวมทั้งวัยรุ่นที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง เช่น ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ผู้ที่ติดเชื่อเอชไอวี และกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น สำหรับกลุ่มที่อยู่ในสถานประกอบการ อาจจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์บ้างเพียงบางประเด็น โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการป้องกันโรคเอดส์ การแก้ไขปัญหา ยาเสพติด การป้องกันการค้าบริการทางเพศ และการป้องกันอาชญากรรมทางเพศ

การศึกษาของ Vuttanont และคณะ (2006) พบว่า หลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนในประเทศไทยแต่ละแห่งแตกต่างกันมาก โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านชีววิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง มากกว่าการให้ความรู้ที่จำเป็นในทางปฏิบัติ เช่น วิธีใช้ถุงยางอนามัย อีกทั้งแทบจะไม่มีการสอนเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความรัก ความสัมพันธ์ และทักษะการต่อรอง ข้อมูลที่อยู่ในสื่อการสอนไม่ครอบคลุมประเด็นที่นักเรียนต้องการทราบ แม้บุคลากรสาธารณสุขจะสนับสนุนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แต่ก็เป็นการสนับสนุนในหลักการ และมีเพียงส่วนน้อยที่ทำงานร่วมกับโรงเรียนหรือให้คำปรึกษาแนะนำต่อโรงเรียนอย่างจริงจัง

นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากครูสอนเพศศึกษา เช่น ครูบางท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะสอนวิชานี้ รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนหลักสูตรด้วยตนเองในหลายประเด็น



และบางประเด็นได้ถูกตัดออกไป ซึ่งการตัดสินใจกระทำเช่นนั้นเป็นผลมาจากค่านิยมส่วนตัว (เป็นการผิดศีลธรรมที่จะกล่าวถึงเรื่องเพศ) ความเชื่อ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อที่ว่า การสอนเพศศึกษาจะกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์) และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของครูผู้สอนเอง [Vuttanont et al. 2006]

ในอีกการศึกษาหนึ่ง ได้ทดลองโครงการสอนเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยให้วัยรุ่นเป็นผู้นำ (Youth-led educational program) ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือของไทย เป็นเวลา 3 เดือน [Fongkaew et al. 2011] พบว่า แม้จะมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประเด็นเชิงบวกของการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็ไม่ได้ช่วยปรับปรุงทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ข้อควรระวังในการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และความสามารถในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

6.4.2 บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

การศึกษาของ Anusornteerakul และคณะ (2008) แสดงให้เห็นข้อจำกัดของบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในมุมมองของนักเรียนอาชีวศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้เวลานานในการรอรับบริการ ระยะเวลาให้บริการสั้นเกินไป มีบริการที่ไม่ครบถ้วน ไม่มีกิจกรรมที่จะช่วยให้คลายจากความวิตกกังวล การให้บริการโดยบุคลากรเพศชาย และความไม่รู้สึกคุ้นเคยกับบุคลากรที่ให้บริการ เป็นต้น สถานการณ์เช่นนี้อาจเพิ่มความเสี่ยงที่วัยรุ่นจะหาวิธีทำแท้งด้วยตนเองหรือไปรับบริการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย [UNICEF 2010] แม้จะมีการผลักดันให้มีข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยหลักเกณฑ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2548 และเงื่อนไขตามที่ระบุในข้อบังคับฉบับนี้เอื้อให้กับการแก้ไขปัญหานาอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับหนึ่ง แต่ก็ถูกวิจารณ์ว่าไม่สามารถลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากหญิงที่ต้องการทำแท้งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการที่ให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ จึงไปใช้บริการทำแท้งเถื่อนและได้รับอันตรายเป็นจำนวนมาก [ณัฐยา บุญภักดี 2551]

ในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ แม้ว่าจะตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ ในคนกลุ่มนี้ แต่ก็ยังคงมีอุปสรรคในการให้ข้อมูลและบริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ทำให้ไม่สามารถให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้แต่งงาน [Tangmunkongvorakul et al. 2006] นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคอื่นๆ ทั้งในระดับสถานบริการและระดับนโยบาย เช่น การขาดความเป็นส่วนตัวในสถานบริการ ระยะเวลาารอรับบริการและเวลาเปิดให้บริการที่

ไม่เหมาะสม ทัศนคติที่ไม่ดีของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน อีกทั้งบุคลากรบางคนไม่เข้าใจต่อความยากลำบากในการบอกเล่าประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการเก็บรักษาความลับ และการที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการของวัยรุ่นเหล่านี้ สำหรับอุปสรรคระดับนโยบายนั้น ประกอบด้วยการที่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนว่าสามารถให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดแก่หญิงที่ไม่ได้แต่งงานได้หรือไม่ การทำรายงานที่ต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ เช่น ชื่อ ที่อยู่ และใช้เวลานานเกินไปในการทำรายงาน ระบบส่งต่อที่ไม่มีคุณภาพ ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างแผนกภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลกับโครงการที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก

6.4.3 ประเด็นอื่นๆ

นอกจากการสอนเพศศึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว การให้โอกาสนักเรียนที่ตั้งครรภ์ได้เรียนต่อไปในระบบโรงเรียนก็ยังพบช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ แม้กระทรวงศึกษาธิการจะมีนโยบายให้โรงเรียนอนุญาตให้นักเรียนกลับมาเรียนได้ หรือให้เรียนที่บ้านด้วยตนเอง โดยมีครูแนะแนวติดตามสนับสนุน ให้กลับมาสอบจนจบการศึกษาภาคบังคับ แต่ก็เป็นการสั่งการในการประชุมผู้บริหารโดยไม่มีลายลักษณ์อักษร ทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไปด้วย [คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา 2554] ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงเรียน ครู และสมาคมผู้ปกครอง [สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2554]

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาและพัฒนาโครงการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยนำหลายมาตรการมาใช้ร่วมกัน เช่น การพัฒนาตัวแบบในโรงเรียนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น [Chaikoolvatana et al. 2013] การบูรณาการกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นเข้าสู่เครือข่ายที่มีอยู่แล้วในชุมชน [ศิริพร จีรวัดนกุล และคณะ 2554] ซึ่งหากจะนำมาเป็นตัวแบบเพื่อขยายไปดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ ก็จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม รวมทั้งติดตามผลในระยะยาว

6.4.4 การปฏิบัติตามนโยบายแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด : กรณีศึกษา ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี

ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี เป็น 1 ใน 5 โรงพยาบาลนำร่องในโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญคือ เมื่อจัดตั้งทีมงานซึ่งประกอบด้วยประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

และนักสังคมสงเคราะห์แล้ว โรงพยาบาลดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และจัดการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์บริการ เพื่อให้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเข้าใจระบบ ขั้นตอน และเงื่อนไขการส่งต่อการช่วยเหลือ

ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี มีจุดเด่นที่บุคลากรของโรงพยาบาลมีความเข้าใจและทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง มีการประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในเครือข่าย ตามแนวทางการป้องกัน การช่วยเหลือ การแก้ไข และการบำบัดฟื้นฟู สามารถจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาท้องไม่พร้อมได้อย่างครบวงจร นอกจากนี้ยังให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมและกฎหมายจากทิมสหวิชาชีพเพื่อให้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์สามารถแก้ปัญหาและกลับเข้าสู่สังคมปกติ จุดเด่นอีกประการหนึ่ง คือ การให้บริการให้คำปรึกษา ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์และญาติเข้าใจและสามารถเผชิญกับปัญหา โดยมีข้อมูลทางเลือกที่หลากหลายและถูกต้องเพียงพอต่อการตัดสินใจ แล้ววัยรุ่นจึงเป็นผู้ตัดสินใจเองด้วยความรู้สึกร่วมและรับทราบผลที่ตามมา

เมื่อวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มาขอรับบริการที่โรงพยาบาล พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจะคัดกรองการตั้งครรภ์เพื่อตรวจสอบอายุครรภ์และความพร้อม หากพบว่าไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์จะส่งตัวไปยังศูนย์พึ่งได้ หากเป็นกรณีที่ตั้งครรภ์จากการละเมิดทางเพศ หรือการใช้ความรุนแรง หน่วยงานที่รับผิดชอบก็จะส่งต่อมาให้ศูนย์พึ่งได้โดยตรง หลังจากให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ในกรณีใด หากวัยรุ่นตัดสินใจจะตั้งครรภ์ต่อ เจ้าหน้าที่จะนำวัยรุ่นเข้าสู่บริการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการวางแผนครอบครัว เมื่อคลอดแล้ว หากแม่วัยรุ่นไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูลูก ก็จะส่งไปรับบริการจากหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ เช่น บ้านพักที่อยู่ในเครือข่ายของจังหวัด หากวัยรุ่นตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่จะนำวัยรุ่นเข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งมีทั้งบริการของโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน

ปัญหาและอุปสรรคของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่พบที่ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี ได้แก่

(1) การจัดบริการศูนย์พึ่งได้เป็นบริการพิเศษที่ผนวกเข้ากับบริการปกติของโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษา ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากการยอมรับว่าไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์อาจเกิดขึ้นได้ในทุกระยะการเข้ารับบริการตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์ หลังคลอด และฟื้นฟู นอกจากนี้ ผู้รับบริการบางรายต้องใช้เวลาให้คำปรึกษามากและใช้การประสานงานไปที่หลายหน่วยงาน

(2) ขาดการทำงานเชิงรุก เนื่องจากกำลังเจ้าหน้าที่และงบประมาณไม่เพียงพอในการทำงานป้องกัน และขาดเทคโนโลยีในการยุติการตั้งครรภ์

(3) มีปัญหาการบริหารจัดการระหว่างเครือข่าย และการประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน แม้ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี จะมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง แต่ยังมีระบบการทำงานที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น การจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

(4) ระเบียบกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ไม่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น ‘ระบบบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ใกล้ใจ’ ไม่สอดคล้องกับความต้องการรับบริการ การคุมกำเนิด การดูแลการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการขอยุติการตั้งครรภ์อย่างไม่เปิดเผย วัยรุ่นจึงไปขอรับบริการจากโรงพยาบาลที่อยู่นอกพื้นที่ที่ตนมีสิทธิประโยชน์ ทำให้วัยรุ่นหรือครอบครัวต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย

5) การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จากการใช้ความรุนแรง ค่าใช้จ่ายสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีนี้จะเป็นความรับผิดชอบของผู้กระทำผิด ซึ่งในความเป็นจริงอาจไม่สามารถเรียกร้องได้ เนื่องจากตามจับผู้กระทำผิดไม่ได้ หรือผู้กระทำผิดมีฐานะยากจน หรือผู้กระทำผิดเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น เป็นบิดาของแม่วัยรุ่น เป็นต้น วิธีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า คือ การตั้งกองทุนช่วยเหลือระหว่างสมาชิกเครือข่าย แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ผลการทบทวนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการสำหรับการแก้ปัญหาและลดผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งกรณีศึกษาตามที่น่าสนใจในบทนี้ชี้ว่า การกำหนดนโยบายที่ประกอบด้วยมาตรการต่างๆ อย่างรอบด้านไม่ว่าจะเป็นมาตรการที่แนะนำโดยองค์กรระหว่างประเทศ และ/หรือได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในประเทศอื่นๆ ไม่สามารถประกันความสำเร็จในการป้องกันปัญหาและจัดการบรรเทาผลกระทบ สิ่งที่ควรพิจารณาก็คือการประเมินมาตรการเหล่านั้นก่อนการตัดสินใจนำมาใช้ในระดับประเทศและท้องถิ่น เพื่อการกำหนดนโยบายได้อย่างเหมาะสมอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ นอกจากนี้ยังพบว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในประเทศไทยเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบายที่ขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประสบกับปัญหาอุปสรรคมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขาดการกำกับติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง

บทที่ 7

บทสรุปและข้อเสนอ
เชิงนโยบาย

จากการทบทวนข้อมูลตั้งแต่บทที่ 1-6 พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดขึ้นจากหลายปัจจัยที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม สร้างผลกระทบในวงกว้างซึ่งมีได้จำกัดเฉพาะต่อสุขภาพของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และลูก แต่ยังส่งผลกระทบต่อโอกาสทางการศึกษา อาชีพ และชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ คู่ครอง และลูก ผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ข้ามไปยังคนอีกรุ่นหนึ่งที่เป็นลูกของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ตลอดจนกลายเป็นภาระของหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐ ซึ่งปัญหานี้มีแนวโน้มที่จะขยายขนาดต่อไปในอนาคต อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ถึงแม้หลายประเทศจะเห็นความสำคัญและเริ่มให้ความสนใจแก้ไขปัญหานี้จริงจัง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการหรือสูตรสำเร็จทางนโยบายที่จะรับมือปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับทุกบริบทของสังคม

ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายพึงตระหนักว่า ถึงแม้การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังทั้งจากนายกรัฐมนตรี ผู้บริหารระดับสูง สื่อมวลชน และประชาชนทั่วไป จนถือได้ว่ามีความสำคัญในระดับที่เป็น ‘วาระแห่งชาติ’ ก็ไม่ได้หมายความว่านโยบายและยุทธศาสตร์ที่เขียนไว้จะสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการลดปัญหาและผลกระทบได้ หากนโยบายและยุทธศาสตร์เหล่านั้นขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเมื่อนำไปปฏิบัติ และไม่เป็นที่ยอมรับในเชิงสังคมจริยธรรม ประเทศไทยมีนโยบายสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ‘หลายชุดของนโยบาย’ ซึ่งนโยบายแต่ละชุดรับผิดชอบโดยหน่วยงานต่างกันโยบายเหล่านี้มีองค์ประกอบบางส่วนที่ซ้ำซ้อนกัน และมีหลายแผนงานโครงการที่ต้องการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่นเดียวกับความต้องการหลักฐานที่ยืนยันความเป็นไปได้ ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพของมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะได้หลักฐานเหล่านี้มาจากการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินมาตรการก่อนและหลังนำมาตราการมาใช้จริง แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีการติดตามประเมินผลโครงการและกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่แล้วอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขส่วนที่ยังมีข้อบกพร่องหรือเป็นจุดอ่อน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะกล่าวในรายงานนี้จึงแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อเสนอแนะในภาพกว้างที่มุ่งแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างเป็นระบบและมีความยั่งยืนในระยะยาว และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเฉพาะกรณีเพื่อมุ่งลดขนาดของปัญหาและผลกระทบในระยะสั้นเนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ให้ผลเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับข้อเสนอแนะในส่วนแรก อย่างไรก็ตาม ผู้เสนอแนะมิได้มีความตั้งใจให้เลือกดำเนินการตามมาตรการส่วนใดก่อนหรือหลัง รวมทั้งไม่จำเป็นต้องเลือกดำเนินการตามมาตรการที่ละส่วน ผู้บริหารควรพิจารณาดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้ โดยผสมผสานตามความเหมาะสมของสถานการณ์และทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ข้อเสนอแนะเหล่านี้ประกอบด้วย

ข้อเสนอแนะที่มุ่งแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างเป็นระบบและยั่งยืนในระยะยาว

1) จัดตั้งกลไกบูรณาการการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่างหน่วยงานราชการและระหว่างหน่วยงานราชการกับองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชนและชุมชน โดยมีแผนปฏิบัติงานระดับประเทศและระดับจังหวัด นอกจากนี้ควรมอบหมายรองนายกรัฐมนตรีด้านสังคมให้เป็นผู้นำและรับผิดชอบการปฏิบัติงานตามนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2) ผลักดันร่างพระราชบัญญัติอนามัยการเจริญพันธุ์ให้ได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา ซึ่งกฎหมายดังกล่าวจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการคุ้มครองสิทธิของวัยรุ่นในการได้รับการสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในด้านการป้องกันการคุมกำเนิด เข้าถึงการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด รวมทั้งการท่าแท้งที่ปลอดภัย ได้รับการปกป้องจากการคุกคามทางเพศ และการคุ้มครองสิทธิในการได้รับการศึกษา

3) กลไกบูรณาการและหน่วยงานรับผิดชอบทุกระดับให้ความสำคัญกับการใช้หลักฐานข้อเท็จจริงในการกำหนดนโยบาย ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล โดยลงทุนให้เกิดระบบสำคัญดังต่อไปนี้

3.1) พัฒนารฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับประเทศและระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมขนาดและแนวโน้มของปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้อง ผลกระทบด้านต่างๆ และผลการดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการที่มีอยู่ โดยอาจเป็นฐานข้อมูลเดียว หรือเป็นระบบที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลในหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละประเด็น ทั้งนี้ต้องมีการออกแบบฐานข้อมูลและวางแผนการบริหารจัดการข้อมูลเป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยอยู่เสมอ

3.2) พัฒนาระบบการประเมินนโยบายและมาตรการสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อสนับสนุนข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ และผลด้านอื่นๆ ให้กับผู้บริหารได้ใช้ประกอบการตัดสินใจคัดเลือกมาตรการและออกแบบโครงการที่เหมาะสม นอกจากนี้ ควรดำเนินการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อให้มีการนำบทเรียนและประสบการณ์ในพื้นที่หนึ่งไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการและกิจกรรมในอีกพื้นที่หนึ่ง

3.3) พัฒนาระบบติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เช่น อัตราการตั้งครรภ์ อัตราการคลอด อัตราการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ประเภทต่างๆ ของวัยรุ่น จำนวนโรงเรียนที่มีการดำเนินมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและมาตรการให้ความช่วยเหลือดูแลนักเรียนที่ตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด เป็นต้น รวมทั้งกำหนดเป้าหมายสำหรับทุกตัวชี้วัดและนำข้อมูลผลการปฏิบัติงานตามนโยบายมาพิจารณาประกอบการปรับเป้าหมายในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเฉพาะกรณี

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยความร่วมมือจากคนในชุมชน และให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมายไม่เฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยตรง เช่น การบังคับ ล่อลวงหรือมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ แต่รวมไปถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยสนับสนุนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในเด็กและวัยรุ่น การนำเสนอบทความ คำพูด และภาพที่ไม่เหมาะสมผ่านสื่อมวลชน เป็นต้น

2) กระทรวงศึกษาธิการและสถาบันการศึกษาในสังกัดดำเนินการต่างๆ ให้วัยรุ่นหญิงเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียนนานที่สุดซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพของเด็กหญิงและวัยรุ่นหญิง ให้เติบโตขึ้นอย่างเห็นคุณค่าของตนเอง มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการประกอบอาชีพ พึ่งพาตนเอง และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาชีวิตอย่างเหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่การเป็นเหยื่อขององค์กรอาชญากรรม การมีทักษะเจรจาต่อรองเพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา สังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งหน่วยงานสื่อสารสาธารณะกำหนดนโยบายและร่วมกันดำเนินการในการสื่อสารกับประชาชนกลุ่มต่างๆ ในสังคม เพื่อให้ข้อมูลและสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อปัญหาและการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยพัฒนาวิธีการให้ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ แสวงหาแนวทางและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ความรู้ด้านเพศศึกษาที่เหมาะสมแก่เด็กและวัยรุ่น

4) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพพัฒนานโยบาย มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งนี้มาตรการดังกล่าวควรมีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและชีวิตประจำวันของวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันสามารถเฝ้าระวัง และติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนด้วย เช่น ประเมิน ประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของการจัดบริการถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดทุกรูปแบบโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแก่วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทั้งภายในและนอกสถานพยาบาล โดยการขึ้นทะเบียนทางอินเทอร์เน็ตและลงบันทึกด้วยรหัสลับทุกครั้งที่มีการใช้บริการเพื่อการติดตามผลการดำเนินงาน เป็นต้น

5) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ พัฒนางานด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม ขจัดอุปสรรคต่างๆ เช่น ที่เกิดจากกฎระเบียบเรื่องสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการประกันสุขภาพ รวมถึงการตรวจ และยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

6) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบการดูแลแม่วัยรุ่นและทารก เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ปัจจุบันและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซ้ำในอนาคต เช่น จัดระบบการศึกษาที่เป็นที่ยอมรับของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ หรือการให้บริการให้คำปรึกษา เพื่อนำไปสู่การคุมกำเนิดที่เหมาะสมภายหลังคลอด

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะทั้งหมดข้างต้นไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากประกอบด้วยกระบวนการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องการงบประมาณ ความร่วมมือและความตั้งใจจริง ในการปฏิบัติ กำกับติดตาม และประเมินผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อย่างไรก็ตาม หากไม่เริ่มต้นตามแนวทางดังกล่าวสังคมไทยคงไม่สามารถแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้สำเร็จ ต้องตกอยู่ในวังวนของการถกเถียงที่หาข้อสรุปไม่ได้เพราะขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ เกิดการดำเนินงานที่ไม่เกิดประโยชน์ซ้ำไปซ้ำมา รวมทั้งไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับเด็กและวัยรุ่น ทำให้สังคมโดยรวมต้องแบกรับผลกระทบอันสืบเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างไม่จบสิ้น

เอกสารอ้างอิง

Anusornteerakul, S., K. Khamanarong, et al. (2008). “The Influence Factors That Affect Thailand’s Management of Youth Reproductive Health Service.” *Journal of Diversity Management* 3: 27-32.

Blum, R. and K. Mmari (2004). Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries : an analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world. Geneva, WHO.

Chaikoolvatana, C., A. Powwattana, et al. (2013). “Development of a School-based Pregnancy Prevention Model for Early Adolescent Female Thais” *Pacific Rim Int J Nurs Res* 17: 191-147.

Chantrapanichkul, P. and S. Chawanpaiboon (2013). “Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age.” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120: 160-164.

Chaturachinda, K. (2011). “2002 fetal remains and our College.” *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology* 19: 37-39.

Corcoran, J. (1998). “Consequences of adolescent pregnancy/parenting: a review of the literature.” *Soc Work Health Care* 27(2): 49-67.

Cunnington, A. J. (2001). “What’s so bad about teenage pregnancy?” *J Fam Plann Reprod Health Care* 27(1): 36-41.

Dillard, D. and L. G. Pol (1982). “Dillard D & Pol L. The Individual Economic Costs of Teenage Childbearing.” *Family Relations* 31: 249-259.

Fengxue, Y., et al. (2003). “Attitudes toward adolescent pregnancy, induced abortion and supporting health services among high school students in Phuttamonthon district, Nakhon Pathom province, Thailand.” *Journal of Public Health and Development* 1: 25-32.

Fongkaew, W., et al. (2011). “Effectiveness of a Youth-led Educational Program on Sexual and Reproductive Health for Thai Early Adolescents.” *Pacific Rim Int J Nurs Res* 15: 81-96.

Frances, G. (2008). Annual report 2008 from Teenage Pregnancy Independent Advisory Group. England.

Hadley, A. (2012). Teenage Pregnancy Strategy for England... lessons from the last 10 years. London, Department of Education.

Haque, M. and A. Soonthornhdada (2009). “Risk Perception and Condom-use among Thai Youths: Findings from Kanchanaburi Demographic Surveillance System Site in Thailand.” *Journal of Health, Population and Nutrition* 27: 772-783.

Hoffman, S. D. (2006). By the Numbers: The Public Costs of Teen Childbearing. Washington, DC, The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Intaraprasert, S. and S. Pattarachai (2006). Teens’ problems in modern society: unplanned and unwanted pregnancy. 1st ed. . Bangkok, The Royal College of Thai Pediatricians.

Isaranurug, S., et al. (2006). "Differences in Socio-Economic Status, Service Utilization, and Pregnancy Outcomes between Teenage and Adult Mothers." *J Med Assoc Thai* 89(2): 145-151.

Jahan, N. (2008). "Teenage Marriage and Educational Continuation in Thailand." *Journal of Population and Social Studies* 17: 135-156.

Jones, G. F., et al. (1985). "Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications." *Fam Plann Perspect* 17(2): 53-63.

Kaewjanta, N. (2012). "Depression in Teenage Pregnancy: Factors, Affect and Prevention." *Journal of Nursing Science & Health* 35(1): 83-90.

Kanato, M. and K. Saranrittichai (2006). "Early Experience of Sexual Intercourse - A Risk Factor for Cervical Cancer Requiring Specific Intervention for Teenagers." *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 7: 151-153.

Kearney, M. S. and P. B. Levine (2012). "Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter?" *J Econ Perspect* 26(2): 141-166.

Kongsri, S., et al. (2011). "Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national Reproductive Health Survey data, 2006 and 2009." *Reproductive Health Matters* 19: 86-97.

Manopaiboon, C., et al. (2003). "High rates of pregnancy among vocational school students: results of audio computer-assisted self-interview survey in Chiang Rai, Thailand." *J Adolesc* 26: 517-530.

Meade, C. S. and J. R. Ickovics (2005). "Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy." *Soc Sci Med* 60(4): 661-678.

Miller, F. C. (2000). "Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium." *J Pediatr Adolesc Gynecol* 13(1): 5-8.

Muangpin, S., et al. (2010). "Northeastern Thai Adolescents' Perceptions of Being Unmarried and Pregnant." *Pacific Rim Int J Nurs Res* 14(2): 149-161.

Nicaise, I., et al. (2000). *School dropout in Thailand: causes and remedies*. Leuven, HIVA, University of Leuven.

Oringanje, C., et al. (2010). *Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review)*, The Cochrane Collaboration.

Podhisita, C., et al. (2004). "The risk of premarital sex among Thai youth: individual and family influences." *Journal of Population and Social Studies* 12: 1-31.

Rhucharoenpornpanich, O., et al. (2012). "Parent-Teen Communication about Sex in Urban Thai Families." *Journal of Health Communication* 17: 380-396.

Social Exclusion Unit. (1999). "Teenage pregnancy : report by the Social Exclusion Unit presented to Parliament by the Prime Minister by command of Her Majesty, June 1999." Retrieved 15th July, 2013, from <http://dera.ioe.ac.uk/15086/1/teenage-pregnancy.pdf>.

Sonfield, A., et al. (2011). “The Public Costs of Births Resulting from Unintended Pregnancies: National and State-Level Estimates.” *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 43(2).

Suwansuntorn, P. and K. Laeheem (2012). The Social Effects on Pregnant Teenagers in Na Mom district, Songkhla Province. The 4th International Conference on Humanities and Social Sciences, Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University.

Tangmunkongvorakul, A., et al. (2011). “Sexual perceptions and practices of young people in Northern Thailand.” *Journal of Youth Studies* 14: 315-339.

Tangmunkongvorakul, A., et al. (2006). “Providers’ Perspectives in Addressing Adolescents’ Sexual and Reproductive Health Needs in Northern Thailand.” *CMU Journal* 5: 103-119.

Teenage Pregnancy Strategy Evaluation research team. (2005). “Final report synthesis.” Retrieved 10th July, 2013, from webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/RW38.pdf.

Thaithae, S. and R. Thato (2011). “Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand.” *J Pediatr Adolesc Gynecol* 24(6): 342-346.

Thaweesit, S. and P. Boonmongkon (2009). *Sexuality Education and Sexual Harassment: Two Critical Issues on Sexual Reproductive Health and Rights in Thailand*. Kuala Lumpur, The Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW).

Trivedi, D., et al. (2007). Update on review of reviews on teenage pregnancy and parenthood. Hertfordshire, Centre for Research in Primary and Community Care, University of Hertfordshire.

UNFPA (2012). *By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights and Development UNFPA State of World Population 2012*. New York.

UNFPA (2012). *Marrying too young*. New York: 76.

UNFPA Thailand (2011). *Impact of demographic change in Thailand*. G. Jones and W. Im-em. Bangkok.

UNFPA Thailand (2013). *Minutes of the Selected Stakeholder Consultation on the Issue of Adolescent Pregnancy in Thailand*, 11th June 2013. Bangkok, Sukosol Hotel.

UNICEF. (2010). “Annual Report for Thailand.” Retrieved June 7, 2013, from http://www.unicef.org/about/annualreport/files/Thailand_COAR_2010.pdf.

Vuttanont, U., T. Greenhalgh, et al. (2006). ““Smart boys” and “sweet girls”—sex education needs in Thai teenagers: a mixed-method study.” *Lancet* 368: 2068-2080.

Wanakosit, S. (2012). “Pregnancy outcomes between teenage pregnancy and adult pregnancy at Lahansai Hospital.” *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 29(4): 283-292.

Warakamin, S., et al. (2004). “Induced abortion in Thailand: current situation in public hospital and legal perspective.” *Reproductive Health Matters* 12: 147-156.

Wellings, K. (2012). *Strategies to prevent teenage pregnancy: elements and evaluation*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

WHO. (2008). “Adolescent pregnancy: fact sheet.” Retrieved 6 July, 2010, from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html.

WHO (2011). Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva.

WHO. (2012). “Adolescent health.” Retrieved 30 June, 2012, from http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). “นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-257).” Retrieved 18 สิงหาคม, 2553, from http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/rh_policy.pdf.

กฤติยา อาชวนิชกุล, บรรณาธิการ. (2551). ความก้าวหน้าในรอบหนึ่งปีของข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน. ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข ... ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม. นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติพงษ์ อุบลสะอาด. (2552). “การพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว เยาวชน และโรงเรียนในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์.” from http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/123456789/2603/3/6.PPT_Kittipong_Uboonsaart.pdf.

คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (2556). รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2556 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2556.

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2554). รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร.

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2554). สรุปผลการสัมมนาเรื่อง เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและด้านการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.

ชวัมย์ สืบบุญการณ (2544). “ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์” วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 26(1): 124-138.

ณัฐยา บุญภักดี, บรรณาธิการ. (2551). การตั้งท้องไม่พร้อมและข้อเสนอเชิงนโยบาย. ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข...ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม. นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไทยรัฐออนไลน์. (2553, 2 มีนาคม 2553). “ตะลึงซากทารก 2002 ศพ ดีแต่วิกฤตสังคมเสื่อมทราม.” Retrieved 8 กรกฎาคม 2556, from http://www.tja.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=2310%3A-2554-2002-&catid=130%3A-2553&Itemid=7.

ไทยรัฐออนไลน์. (2556). “ท่วงวัยรุ่นไทยตั้งครรภ์สูงสุดในเอเชีย-อันดับ 2 โลก.” Retrieved 18 สิงหาคม, 2556, from <http://www.thairath.co.th/content/edu/238104>.

บัลลังก์ โรหิตเสถียร, นงศิริณี โมลิกะ. (2554). “Up to me ธารรงค์ ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น.” Retrieved 18 สิงหาคม, 2556, from <http://www.moe.go.th/webasm/2011/jan/027.html>.

เบญจพร ปัญญา (2553). การทบทวนองค์ความรู้ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ปึงปอนด์ รักอำนวยกิจ, และคณะ. (2556). แม่วัยใส: สถานการณ์และบริบทในสังคมไทย. โครงการสำรวจและศึกษาเพื่อเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมรอบที่ 1 (มิถุนายน-สิงหาคม 2556). กรุงเทพมหานคร, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มติชนออนไลน์. (2554). “น่าห่วง! ปัญหาแม่วัยเยาว์ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม สูงเป็นอันดับที่สองของโลก อันดับหนึ่งของเอเชีย.” Retrieved 15 กรกฎาคม, 2556, from http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1314352220&grpId=&catid=19&subcatid=1904.

วีรพล กิตติพิบูลย์ (2555). “ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 27(1): 97-106.

ศิตาพร ยังก และคณะ (2556). การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554. นนทบุรี, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

ศิริพร จิรวัดน์กุล, และคณะ. (2555). “สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น : การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัดของประเทศไทย” วารสารวิชาการสาธารณสุข 21: 865-877.

ศิริพร จิรวัดน์กุล, และคณะ. (2556). “การรับรู้ของวัยรุ่นชายเกี่ยวกับความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 58: 75-88.

ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ (2554). การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). ขอนแก่น, ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ (2552). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช. จิตวิทยาคลินิก คณะวิทยาศาสตร์. กรุงเทพ, มหาวิทยาลัยมหิดล. ปริญญาโท: 96.

ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย (2553). การศึกษาและพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างหลักประกันความมั่นคงของครอบครัว. นนทบุรี, สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2554). รายงานสุขภาพคนไทย 2554. นครปฐม.

สมคิด สมศรี, และคณะ. (2554). การตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความต้องการความช่วยเหลือในเขตพื้นที่ จังหวัดพิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี และชัยนาท. ลพบุรี, สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 จังหวัดลพบุรี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สมรัฐ ศรีตระกูล (2550). “ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2: 1425-1431.

สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2555). รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 8 การแก้ไขปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม. นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2553). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2 26 พฤษภาคม 2553. กรุงเทพมหานคร, โครงการจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583.กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549). การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552). การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร.

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค (2555). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2554). “มติคณะรัฐมนตรี เรื่องมติ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 8 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการ
ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม” Retrieved 15 พฤศจิกายน, 2555, from [http://
www.cabinet.soc.go.th/soc/Program2-3.jsp?top_ser-
l=99227170&key_word=%B5%D1%E9%A7%A4%C3%C3%CO%C
&owner_dep=&meet_date_dd=&meet_date_mm=&meet_date_
yyyy=&doc_id1=&doc_id2=&meet_date_dd2=&meet_date_
mm2=&meet_date_yyyy2=](http://www.cabinet.soc.go.th/soc/Program2-3.jsp?top_ser-l=99227170&key_word=%B5%D1%E9%A7%A4%C3%C3%CO%C&owner_dep=&meet_date_dd=&meet_date_mm=&meet_date_yyyy=&doc_id1=&doc_id2=&meet_date_dd2=&meet_date_mm2=&meet_date_yyyy2=).

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2555). “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์”
Retrieved 16 สิงหาคม, 2556, from [http://rh.anamai.moph.go.th/
drh.html](http://rh.anamai.moph.go.th/drh.html).

สุรเดช บุญเวทย์ และคณะ (2551). “วิทยาการระบาดและการ
ตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน.” วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข 2: 1231-1242.

อนงค์ ประธานวนกิจ และคณะ (2552). “ความเชื่อเกี่ยวกับเพศ
สัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชน
ในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา.” สงขลานครินทร์เวชสาร 27: 369-380.