ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

1. หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy หรือ pregnancy in adolescent) เป็นเรื่องสำคัญที่นานาประเทศต่างให้ความสนใจ องค์การสหประชาชาติ (United Nation – UN) ได้กำหนดเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) คือการพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ โดยมีตัวชี้วัดสำคัญประการหนึ่งคือการลดอัตรามารดาอายุ 15-19 ปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ในปี 2551 ระบุว่าอัตราการตั้งครรภ์ของผู้หญิงในช่วงอายุ 15-19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของอัตราการเกิดทั่วโลก ซึ่งร้อยละ 95 ของการเกิดจากผู้หญิงในช่วงอายุนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ นอกจากนี้ประเทศในกลุ่มดังกล่าวยังมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่าประเทศที่มีรายได้สูง 2 และ 5 เท่า ตามลำดับ [1]

เมื่อดูในระดับภูมิภาคจะพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนการตั้งครรภ์ในผู้หญิงอายุ 15-19 ปี สูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยข้อมูลจากการสำรวจของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund – UNICEF) ในปี พ.ศ. 2541 พบสัดส่วนของการตั้งครรภ์ในผู้หญิงอายุ 15-19 ปีของประเทศไทย อยู่ที่ 70 คนต่อผู้หญิง 1,000 คน [2] นอกจากนี้จากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 ยังพบว่าการตั้งครรภ์ในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา [3] ซึ่งข้อมูลทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี อยู่ที่ร้อยละ 12.9, 13.4 และ 13.6 และมารดาที่อายุน้อยกว่า 15 ปี อยู่ที่ ร้อยละ 0.36, 0.38 และ 0.42 ในปี พ.ศ. 2548, 2550 และ 2552 ตามลำดับ [4] เมื่อดูจากรายงานสุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552 จะเห็นได้ว่าปัญหาที่ทำให้วัยรุ่นในช่วงอายุ 13-18 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2550 มากที่สุดคือภาวะอันเกี่ยวเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 68,127 ครั้ง และยังมีรายงานการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากภาวะดังกล่าวในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-12 ปี ในปีเดียวกันถึง 207 ครั้ง [5]

วัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันไปในเรื่องของการมีคู่ครอง เช่น ประเทศในแถบเอเชียใต้ ตะวันออกกลาง หรือแอฟริกาเหนือ ที่นิยมแต่งงานเมื่ออายุยังน้อย ดังนั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงไม่ได้ถูกมองว่าเป็นปัญหา [6] แต่หากมองเรื่องผลกระทบทางสุขภาพแล้ว จะเห็นถึงความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพมารดาและทารกกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างชัดเจน โดยรายงานวิจัยหลายฉบับได้ระบุถึงความสัมพันธ์โดยตรงของอายุมารดาที่ต่ำลงกับการคลอดก่อนกำหนด

(preterm หรือ premature birth)[1] และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย[2] (low birth weight – LBW) การคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่าง เช่น พัฒนาการของปอดที่ไม่เต็มที่ ปัญหาพัฒนาการของสมอง หรือภาวะโลหิตจาง [7-12] โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ที่น้อยลงขณะคลอด ทั้งนี้ยังมีหลักฐานทางวิชาการระบุไว้ว่าการท้องซ้ำในมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าครรภ์แรกอีกด้วย [13] นอกจากนี้ปัญหาทารกน้ำหนักตัวน้อยก็เป็นปัญหาหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคลอดก่อนกำหนด [8, 10, 14-16] อีกทั้งน้ำหนักตัวแรกคลอดของทารกยังส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในระยะยาวและเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของโอกาสการมีชีวิตรอด การเจริญเติบโต สุขภาพทางกายและทางจิต [5, 14] จากข้อมูลน้ำหนักทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. 2551 จำแนกตามกลุ่มอายุของมารดา พบว่าร้อยละ 11.8 และ 19.5 ของทารกแรกจากมารดากลุ่มอายุ 15-19 และ ต่ำกว่า 15 ปี ตามลำดับ เป็นทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย [17] เมื่อติดตามต่อในระยะยาวพบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมักมีสุขภาพแย่กว่าเด็กที่เกิดจากมารดาในช่วงอายุ 20-21 ปี [18]

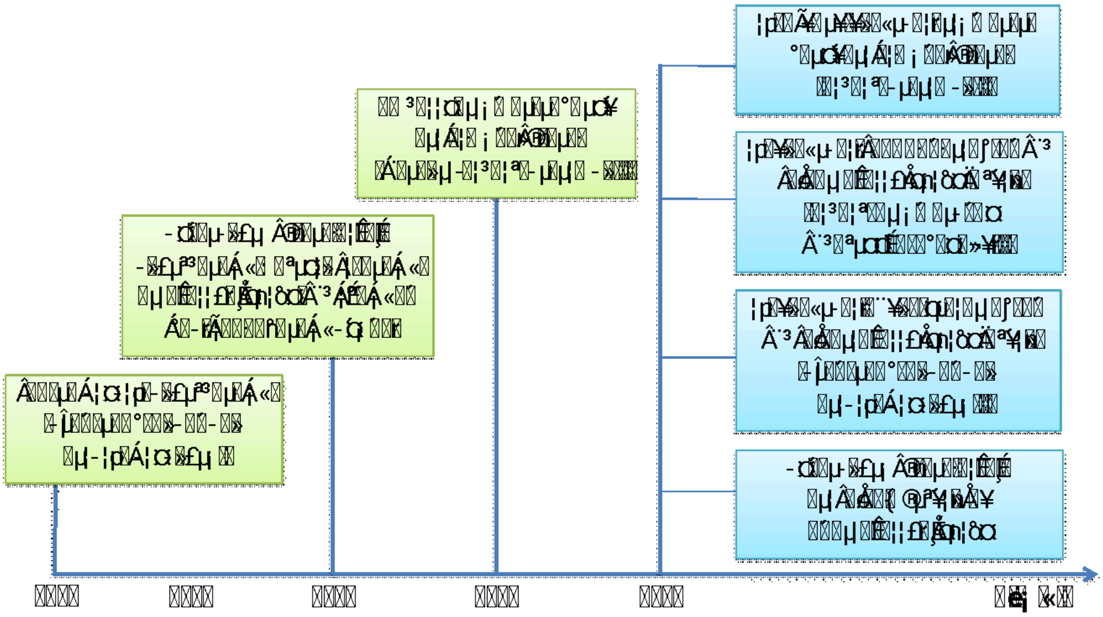
ไม่เพียงแต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาในด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย โดยพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักออกหรือถูกให้ออกจากโรงเรียน [1, 19] ซึ่งหลังจากออกจากโรงเรียนแล้วนักเรียนหญิงกลุ่มนั้นมักจะไม่ได้กลับมาศึกษาต่อ [20] การได้รับการศึกษาน้อยส่งผลโดยตรงต่อ เศรษฐานะและการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีรายงานในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมีสัดส่วนในการออกจากโรงเรียนกลางคันและเรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษามากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาในช่วงอายุ 20-21 ปี และเด็กผู้หญิงที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะให้กำเนิดบุตรในอายุที่ต่ำกว่า 18 ปี เมื่อเทียบกับเด็กที่เกิดจากมารดาอายุ 20-21 ปีอย่างมีนัยสำคัญ [18] ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นส่วนมากไม่เป็นที่ต้องการ อันนำไปสู่เรื่องการทำแท้งโดยเฉพาะการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยหรือการทำแท้งเถื่อน ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดอาการแทรกซ้อนตามมาอีกมาก เช่น การตกเลือด การติดเชื้อ ที่นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผลิตภาพในการทำงาน เศรษฐกิจ รวมถึงผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว [21] โดยพบว่าในวัยรุ่นที่เคยทำแท้งมาก่อนมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งต่อไปมากขึ้น [22] ผลจากการสำรวจเรื่องการทำแท้งในประเทศไทย พ.ศ. 2542 พบว่า ร้อยละ 30 เป็นผู้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 24.7 ของผู้ที่ทำแท้งมีสถานภาพเป็นนักเรียนนักศึกษา [5] และไม่เพียงแต่การทำแท้งเท่านั้น แต่ครรภ์ที่ไม่ต้องการยังก่อให้เกิดปัญหาการทอดทิ้ง

[1] การคลอดก่อนกำหนด (preterm หรือ premature birth) คือการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ *อ้างอิงจาก International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/)

[2] ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight, LBW) คือทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม *อ้างอิงจาก International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/)

ทารกไว้ตามที่ต่างๆ อีกด้วย ประเด็นทั้งหมดข้างต้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก ทั้งต่อบุคคลคือตัวมารดาวัยรุ่นเอง ซึ่งจากการศึกษาของอิศรานุรักษ์และคณะ รายงานว่ามารดาวัยรุ่นมีปัญหาเรื่องรายได้และที่อยู่อาศัยมากกว่ากลุ่มมารดาทั่วไป และต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ [23] โดยประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ด้วยโรคที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นจำนวนเงิน 316 ล้านบาท โดยเป็นรองแค่ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากอุบัติเหตุเท่านั้น [5]

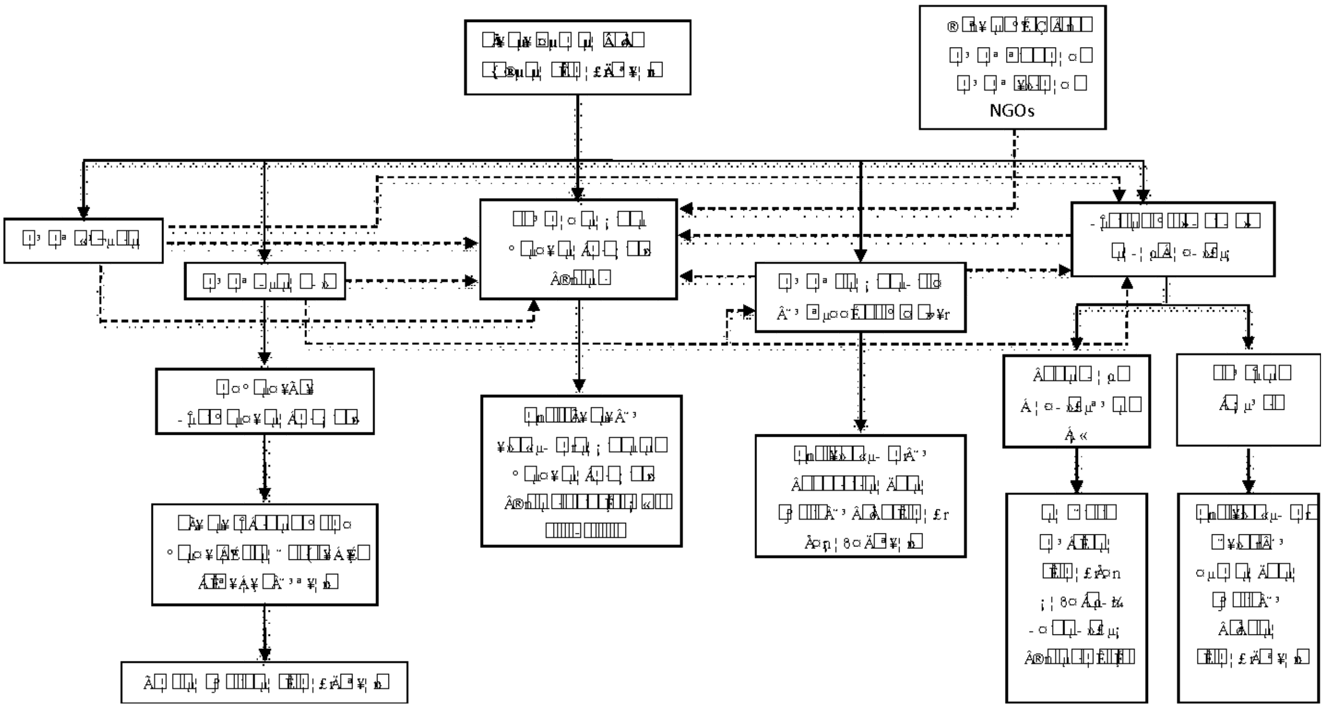
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่หลายหน่วยงานให้ความสนใจและพยายามหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งได้มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้มาแล้วระยะหนึ่ง



รูปที่ 1 นโยบายและมาตรการระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากการทบทวนเอกสารพบว่า ในปัจจุบันสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานภาครัฐอย่างน้อย 3 หน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้พัฒนานโยบายและมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่านโยบายหรือมาตรการที่พัฒนาขึ้นโดยบางหน่วยงานมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในภาพรวมและการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม มิได้ระบุอย่างชัดเจนว่าเป็นนโยบายหรือมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยตรง นอกจากนี้นโยบายและมาตราการเหล่านั้นยังขาดความเป็นเอกภาพ รวมถึงมีความขัดแย้งกันเองในบางครั้ง ซึ่งถึงแม้จะมีนโยบายและมาตรการออกมาจากหลายหน่วยงาน แต่หากมองที่เนื้อหาของนโยบายและมาตรการดังกล่าวแล้ว จะพบความทับซ้อนของประเด็นต่างๆ อยู่มาก ทั้งในส่วนของเนื้อหาเองหรือในเชิงปฏิบัติ รวมถึงยัง

ขาดหน่วยงานที่จะทำหน้าที่ประสานหรือตัวเชื่อมสำคัญที่จะทำให้นโยบายและมาตรการเหล่านี้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน



รูปที่ 2 ความเชื่อมโยงของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและมาตรการระดับประเทศ

แม้ปัจจุบันจะมีหลายหน่วยงานพยายามเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนานโยบายและมาตรการคือการขาดซึ่งข้อมูลที่จะใช้สนับสนุนการดำเนินการ ซึ่งข้อมูลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีอยู่ในปัจจุบันได้มาจากฐานข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจมีค่าที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ในกรณีที่มารดาวัยรุ่นนั้นไม่ได้แจ้งเกิดทารกเป็นบุตรของตนเอง อีกทั้งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่ได้รวมถึงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แต่ไม่ได้คลอดทารก ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งมาจากสถิติการเกิดของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธาณสุข โดยข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากฐานข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ทำให้ขาดข้อมูลที่อาจเป็นตัวเลขสำคัญของผู้ที่มารับบริการจากสถานบริการของเอกชน จากรายละเอียดข้างต้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ส่วนมากที่มีอยู่มักมีค่าที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นข้อมูลที่ได้มาจากวิธีการเก็บข้อมูลและการคำนวนที่หลากหลาย จึงทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ อีกทั้งข้อมูลบางอย่างที่แม้จะมีอยู่แต่ก็สามารถเข้าถึงได้ยาก ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การพัฒนาระบบติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ประเทศไทยยังขาดตัวชี้วัดสำคัญ ที่จะสามารถบอกได้ถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทุกรายอาจไม่ได้ถูกมองว่าเป็นปัญหา การทราบแต่เพียงจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึง

สามารถบอกได้เพียงแค่ขนาดของสถานการณ์เท่านั้น แต่ไม่ได้ทำให้ทราบถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงในสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลในสังคมได้ตระหนักและให้ความสำคัญ อันจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขอย่างจริงจัง

จากนโยบายและมาตรการระดับประเทศของหน่วยงานข้างต้น ได้แสดงให้เห็นความสนใจในประเด็นกล่าวของผู้บริหารอย่างชัดเจน ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้บริหารเท่านั้นแต่เรื่องนี้ยังเป็นที่สนใจของสาธารณะอีกด้วย โดยประเด็นการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ได้ถูกผลักดันและพิจารณาเข้าเป็นวาระหนึ่งของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 อีก ทั้งนี้ ในการจัดลำดับความสำคัญหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2553 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายวิจัยอีก 6 หน่วยงาน หัวข้อวิจัยเรื่อง "การลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น" ถูกเสนอเข้าร่วมจัดลำดับความสำคัญจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการจัดให้มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 3 จากหัวข้อวิจัยทั้งหมด 15 เรื่อง อันแสดงให้เห็นถึงความสนใจต่อประเด็นดังกล่าวจากที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ

2. **วัตถุประสงค์**

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์และประเมินผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3.1 การติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์

- เพื่อให้ทราบถึงตัวชี้วัดที่สำคัญ[3] ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นกลุ่มต่าง ๆ
- เพื่อให้ทราบถึงตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ การทำแท้ง และการคลอดในวัยรุ่น
- เพื่อให้ทราบถึงแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดเหล่านั้นที่มีอยู่ในประเทศไทย
- เพื่อพัฒนาระบบและวิธีการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดที่ไม่มีอยู่ในประเทศไทย
- เพื่อสามารถระบุกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์
- เพื่อพัฒนาวิธีการในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลให้เหมาะสมสำหรับใช้ในการกำหนดมาตรการและนโยบายเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น และติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ของมาตรการและนโยบายเหล่านั้น

3.2 การติดตามเฝ้าระวังผลกระทบ

- เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและกระบวนการ ที่ทำให้เกิดผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

[3] ตัวชี้วัดที่สำคัญพิจารณาทั้งด้านคุณภาพของตัวชี้วัด คือสะท้อนสถานการณ์ มีความไว และความจำเพาะ เหมาะสมสำหรับการเฝ้าระวังและติดตาม สามารถทดแทนตัวชี้วัดอื่นๆ ในประเด็นเดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจัดเก็บข้อมูล

- เพื่อประมาณขอบเขตและขนาดของผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ในระดับครัวเรือน ชุมชน จังหวัด ภูมิภาค และประเทศ
- เพื่อพัฒนาระบบและวิธีการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่สำคัญจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการและนโยบายในการลดผลกระทบ ติดตาม และประเมินผลสัมฤทธิ์ของมาตรการและนโยบายเหล่านั้น

3.3 เพื่อพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ โครงสร้าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากร เครื่องมือ นโยบายและมาตรการที่จำเป็นในการติดตามเฝ้าระวัง รวมทั้งการศึกษาความเป็นไปได้ของระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว

3. วิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) ระบบเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย โดยประกอบไปด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่

3.1 การพัฒนาตัวชี้วัดที่สำคัญเพื่อใช้ในการศึกษาสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1) ทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ หรือที่ตีพิมพ์ในรูปแบบรายงานการวิจัย เอกสารประกอบการประชุม รวมทั้งข้อมูลการจดทะเบียนหรือข้อมูลทางสถิติ ทั้งจากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ โดยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
    - ตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์
    - ปัจจัยและกระบวนการที่ทำให้เกิดผลกระทบ
    - ขอบเขตและขนาดของผลกระทบ
    - ระเบียบวิธีวิจัยในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
2) นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมแก่ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องทั้งจากระบบสุขภาพ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เพื่อพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
    - คัดเลือกตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ที่มีความเหมาะสมกับบริบทและเป็นไปได้ในประเทศไทย
    - กำหนดกรอบและขอบเขตของการประเมินผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ในประเทศไทย

3) สำรวจการมีอยู่ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดที่คัดเลือกในขั้นตอนที่ 2) จากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพิจารณาตัวชี้วัดที่มีความไว ความจำเพาะ และสามารถสะท้อนสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม
4) นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นและผลการวิเคราะห์ต่อ นักวิชาการ ผู้เกี่ยวข้อง และผู้รับผิดชอบฐานข้อมูล เพื่อพิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของข้อมูลเหล่านั้น

3.2 การสำรวจสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

1) วางแผนและเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยการสำรวจผ่านขอบเขตที่ได้จากขั้นตอนที่ 3.1 โดยใช้ตัวชี้วัดที่ได้จากขั้นตอนเดียวกัน รวมถึงรวบรวมข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดที่มีอยู่ในประเทศไทยแต่ไม่มีคุณภาพ โดยใช้การศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) และการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ตามความเหมาะสมของแต่ละตัวชี้วัด
2) วางแผนและเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การเก็บข้อมูลในส่วนนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางร่วมกับการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire survey) อีกทั้งยังใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) เช่น การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อประกอบกับผลที่ได้จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหาผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระดับจุลภาค คือผลกระทบที่เกิดกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์หรือมารดาวัยรุ่นเองและครอบครัว และในระดับมหภาค คือผลกระทบในภาพรวมที่เกิดขึ้นต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศ

3.3 การศึกษาหาความเป็นไปได้ของระบบเฝ้าระวังสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

1) นำเสนอข้อมูลจากขั้นตอนที่ 3.1 และ 3.2 ที่ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้วต่อผู้บริหารและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากระบบสุขภาพ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เพื่อขอคำแนะนำและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดและข้อมูลที่เก็บได้จากตัวชี้วัดเหล่านั้น โดยข้อคิดเห็นที่ได้จากการนำเสนอนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์และการประเมินผลกระทบ

2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาถึงแนวทางและความเป็นไปได้ของระบบเฝ้าระวังสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

4. **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1) มีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการประเมินผลกระทบ ที่เป็นที่ยอมรับและใช้ประโยชน์ได้จริงในระดับประเทศ
2) มีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และผลกระทบจากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีการจัดเก็บและรวบรวมอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และทันสมัย
3) มีข้อมูลสำหรับการกำหนดมาตรการและนโยบายเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

5. **ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา**

การศึกษานี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 13 เดือน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรม	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
1. ทบทวนวรรณกรรม	■	■	■										
2. ประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง				■									
3. สำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่				■	■	■							
4. วางแผนและเก็บข้อมูลปฐมภูมิ						■	■	■	■				
5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล									■	■			
6. ประชุมผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตัวชี้วัด											■		
7. สัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้แทนองค์กรที่เกี่ยวข้อง											■	■	
8. เขียนรายงานฉบับสมบูรณ์													■

6. **งบประมาณ**

งบประมาณทั้งสิ้น 2,904,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรม	รายละเอียด	งบประมาณ (บาท)
1. ทบทวนวรรณกรรม	ค่าตอบแทนนักวิจัย 3 คน คนละ 30,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน	270,000
	ค่าฐานข้อมูลสำหรับการทบทวนวรรณกรรม 50,000 บาท	50,000
2. ประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง	ค่าตอบแทนผู้เข้าร่วมประชุม คนละ 3,000 บาท จำนวน 50 คน	150,000
	ค่าจัดประชุม 50,000 บาท	50,000
3. สำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่	ค่าตอบแทนนักวิจัย 3 คน คนละ 30,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน	270,000
	ค่าเดินทางและค่าติดต่อประสานงาน 100,000 บาท	100,000
4. วางแผนและเก็บข้อมูลปฐมภูมิ	ค่าตอบแทนนักวิจัย 3 คน คนละ 30,000 บาท เป็นเวลา 4 เดือน	360,000
	ค่าใช้จ่ายในการสำรวจและเก็บข้อมูลเดือนละ 200,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน	600,000
5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล	ค่าตอบแทนนักวิจัย 3 คน คนละ 30,000 บาท เป็นเวลา 1 เดือน	90,000
6. ประชุมผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตัวชี้วัด	ค่าตอบแทนผู้เข้าร่วมประชุม คนละ 3,000 บาท จำนวน 30 คน	90,000
	ค่าจัดประชุม 100,000 บาท	100,000
7. สัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้แทนองค์กรที่เกี่ยวข้อง	ค่าตอบแทนนักวิจัย 3 คน คนละ 30,000 บาท เป็นเวลา 2 เดือน	180,000
	ค่าเดินทางและติดต่อประสานงาน 100,000 บาท	100,000
8. เขียนรายงานฉบับสมบูรณ์	ค่าตอบแทนนักวิจัย 1 คน คนละ 30,000 บาท เป็นเวลา 1 เดือน	30,000
	ค่าจัดพิมพ์รายงานเล่มละ 300 บาท จำนวน 1,000 เล่ม	300,000
9. ค่าบริหารจัดการ	ค่าบริหารจัดการและค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด	264,000
รวม		**3,004,000**

<u>แหล่งงบประมาณ</u>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้แผนงานประเมินเทคโนโลยีและนโยบายเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ

7. **คณะผู้วิจัยและหน่วยงานผู้ร่วมศึกษา**

การศึกษานี้เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง 3 หน่วยงาน

1) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล รองผู้อำนวยการสถาบันประชากรและสังคม

2) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

นพ.กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

3) มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

นายทรงยศ พิลาสันต์	นักวิจัยหลัก
น.ส.จอมขวัญ โยธาสมุทร	นักวิจัยร่วม
ภก.สุรชัย โกติรัมย์	นักวิจัยร่วม
น.ส.รุ่งนภา คำผาง	นักวิจัยร่วม
ภญ.จรพร สิริวีรโรจน์	นักวิจัยร่วม
ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	นักวิจัยร่วม
ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	นักวิจัยร่วม

8. เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Adolescent pregnancy: fact sheet. 2008 [cited 6 July 2010]; Available from: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html

[2] United Nations Children's Fund. The progress of nations. New york; 1998.

[3] โครงการจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2. ร่างรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 26 พฤษภาคม 2553.

[4] ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สภาวะการตั้งครรภ์และคลอดบุตรก่อนวัยอันควร. [cited 6 july 2010]; Available from: http://childpregnancy.m-society.go.th

[5] คณะทำงานโครงการวิเคราะห์สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

[6] World Health Organization. Adolescent pregnancy: WHO discussion papers on adolescence. 2004 [cited 7 July 2010]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf

[7] Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. The New England journal of medicine. 2008 Jul 17;359(3):262-73.

[8] Banerjee B, Pandey G, Dutt D, Sengupta B, Mondal M, Deb S. Teenage pregnancy: a socially inflicted health hazard. Indian J Community Med. 2009 Jul;34(3):227-31.

[9] Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: a retrospective study. International journal of nursing studies. 2007 Sep;44(7):1158-64.

[10] Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. International journal of epidemiology. 2007 Apr;36(2):368-73.

[11] Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyanont S, Chotigeat U. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. Jan;93(1):1-8.

[12] Ho JJ, Subramaniam P, Henderson-Smart DJ, Davis PG. Continuous distending pressure for respiratory distress syndrome in preterm infants. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2002(2):CD002271.

[13] Partington SN, Steber DL, Blair KA, Cisler RA. Second births to teenage mothers: risk factors for low birth weight and preterm birth. Perspectives on sexual and reproductive health. 2009 Jun;41(2):101-9.

[14] Wilcox AJ. On the importance--and the unimportance--of birthweight. International journal of epidemiology. 2001 Dec;30(6):1233-41.

[15] Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2006 Oct;89 Suppl 4:S118-23.

[16] Odberg MD, Sommerfelt K, Markestad T, Elgen IB. Growth and somatic health until adulthood of low birthweight children. Archives of disease in childhood. May;95(3):F201-5.

[17] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. 2551 [cited 7 July 2010; Available from: http://bps.ops.moph.go.th/HEALTH2.HTML
[18] FSU Center for prevention & early intervention policy. The children of teen parents. 2005 [cited 7 July 2010]; Available from: http://www.cpeip.fsu.edu/resourceFiles/resourceFile_78.pdf
[19] World Health Organization. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva; 2006.
[20] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2553: วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
[21] World Health Organization. Facts on induced abortion worldwide: fact sheet. 2007 [cited 7 July 2010]; Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion_facts.pdf
[22] Reime B, Schücking B, Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. BMC Pregnancy Childbirth. 2008;8(4).
[23] Isaranurug S, Mo-Suwan L, Choprapawon C. Differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2006 Feb;89(2):145-51.