

Contraception for adolescents การคุมกำเนิดในสตรีวัยรุ่น

สมสุข สันติเบญจกุล, ฐานิสรา กิจจรัส และ อรรณพ ใจสำราญ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย อุปสรรคต่อการเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาดังกล่าว โดยในบริบทของประเทศไทย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงสนับสนุนให้สตรีวัยรุ่นได้เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วยการเพิ่มช่องทางบริการ เช่น line official account ‘TEEN CLUB’ สายด่วน 1663 วัยรุ่นสามารถตัดสินใจเข้ารับบริการวิธีคุมกำเนิดที่ถนัดได้ด้วยตนเองโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการ ได้แก่ เจตคติ ความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวแต่ละชนิด หลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวแต่ละชนิดที่มีใช้ในปัจจุบันมีความปลอดภัยสูง วิธีคุมกำเนิดถาวรเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงสุด สตรีวัยรุ่นควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง ซึ่งวิธีที่แนะนำได้แก่ ฝังยาอนามัยชาย คู่กับวิธีคุมกำเนิดถาวร เนื่องจากสามารถป้องกันทั้งการตั้งครรภ์และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ **เชียงใหม่เวชสาร 2564; 60(4):801-22. doi: 10.12982/CMUMEDJ.2021.66**

คำสำคัญ: การคุมกำเนิดในสตรีวัยรุ่น การคุมกำเนิดในสตรีอายุน้อย การคุมกำเนิดถาวร ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

บทนำ

นับจากปี พ.ศ. 2513 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยได้ประกาศใช้นโยบายประชากรด้านการวางแผนครอบครัว (1) แนวโน้มอัตราการเจริญพันธุ์สตรีไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (2) ภาวะดังกล่าวส่งผลต่อโครงสร้างประชากร ขณะที่ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มลดลง ประชากรวัยสูงอายุกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้เกิดการแบกรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการเกิดโดยรวมลดลง การตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีวัยรุ่นในประเทศไทยไม่ได้มีแนวโน้มลดลงตาม ภาวะดังกล่าว

ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจต่อทั้งตัวสตรีวัยรุ่นและครอบครัว การชะลอการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นด้วยวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลให้ประชากรไทยที่เกิดและเติบโตมามีคุณภาพมากขึ้น จนสามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้ เนื้อหาในบทนี้ได้รวบรวมสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นไทย อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสม บริบทการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย แนวทาง

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ: สมสุข สันติเบญจกุล, พบ., ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ 10330, ประเทศไทย; อีเมล somsook.s@chula.ac.th



วันรับเรื่อง 18 พฤษภาคม 2564, **วันส่งแก้ไข** 9 สิงหาคม 2564, **วันยอมรับการตีพิมพ์** 14 ตุลาคม 2564

การให้คำแนะนำและเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม ประเด็นความเข้าใจผิดที่สำคัญเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด กิ่งถาวร เช่น ผลของยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม และยาฉีด DMPA ต่อมวลกระดูก

สถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีวัยรุ่นไทย

จากรายงานสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการคลอดบุตรของสตรีช่วงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 1.1 และ 31.3 ต่อสตรีช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คนตามลำดับ จำนวนสตรีอายุ 10-19 ปีที่คลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของสตรีทั้งหมดที่คลอดบุตร นับจากปี พ.ศ. 2555 อัตราการคลอดบุตรและสัดส่วนการคลอดบุตรจากสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างช้า ๆ ทั้งนี้ร้อยละ 8.2 ของการคลอดในสตรีที่ช่วงอายุดังกล่าวเป็นการคลอดซ้ำ (3) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการคลอดบุตรของสตรีช่วงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 17.4 ต่อสตรีช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คน (4) ข้อมูลจากประเทศในทวีปยุโรปและเอเชีย พบว่าอัตราการคลอดบุตรของสตรีในกลุ่มดังกล่าว เท่ากับร้อยละ 27 ต่อสตรีช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คน และข้อมูลทั่วโลก มีอัตราการคลอดบุตรของสตรีช่วงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 41 ต่อสตรีช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คน (5) จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดบุตรของสตรีวัยรุ่นไทยจัดอยู่ในอันดับต้น ๆ ของโลก

ผลกระทบทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ต่อมารดา เช่น ครรภ์เป็นพิษ ติดเชื้อหลังคลอด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และต่อทารก เช่น เด็กทารกน้ำหนักต่ำกว่า

เกณฑ์ มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงระหว่างคลอด เป็นต้น (6,7) สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยพบว่าร้อยละของเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในสตรีช่วงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 19.4 และ 14.3 ตามลำดับ (3) การตั้งครรภ์ดังกล่าวมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (unintended pregnancies) (8) สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ (intimate partner violence) (9) และการทำแท้ง (8) ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคมรอบข้างซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และสุขภาพจิต ส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตรและส่งผลต่อคุณภาพของประชากรรุ่นใหม่ที่เกิดขึ้นมา (10) เนื่องจากการดาวน์รุ่นส่วนหนึ่งต้องหยุดเรียนเพื่อคลอดและเลี้ยงดูบุตรจึงส่งผลต่อการประกอบอาชีพระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยเดียวกันซึ่งไม่ได้ผ่านการเป็นมารดาวัยรุ่น พบว่าสตรีกลุ่มนี้มักมีคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจสถานะที่แย่กว่า (11) ในปี พ.ศ. 2554 ทรงยศ และคณะ ได้ประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในประเทศไทย โดยใช้วิธีคำนวณส่วนประกอบต้นทุน ซึ่งคำนวณจากต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เกิดจากความสามารถในการจ่ายภาษีอากรที่ลดลงของแม่วัยรุ่น ร่วมกับต้นทุนด้านสวัสดิการเด็ก ต้นทุนด้านการบังคับใช้กฎหมาย และต้นทุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผลการประเมินพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยจะก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ คิดเป็นเงินที่ต้องสูญเสียประมาณ 3,088 ล้านบาท (12)

สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การใช้วิธีคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีวัยรุ่นไทย

จากรายงานสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี พ.ศ. 2562 อายุเฉลี่ยนักเรียนไทยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ที่ 15 ปี นับจากปี

พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา อายุเฉลี่ยนักเรียนไทยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกค่อนข้างคงที่ โดยอายุเฉลี่ยนักเรียนหญิงเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกช้ากว่านักเรียนชายเพียงไม่ถึง 1 ปี ร้อยละ 77-80 ของนักเรียนไทยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นับจากปี พ.ศ. 2554 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (3) ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไปเยาวชนสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ และสามารถหาซื้อถุงยางอนามัยได้ง่ายตามร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 67-69 ของนักเรียนหญิงไทยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรัก ร้อยละ 78-80 ของนักเรียนไทยคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เชื่อถือได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรัก (วิธีคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ในรายงานนี้ ได้แก่ ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน) (3) จะเห็นได้ว่านักเรียนไทยส่วนใหญ่เลือกใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีหลักในการป้องกันการตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่อัตราการตั้งครรภ์และการคลอดกลับไม่ได้ลดลงมากนัก (3) ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากประสบการณ์ของผู้ใช้ เนื่องจากถุงยางอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์เฉพาะเมื่อใช้อย่างถูกต้องและใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยาจากกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าสตรีวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี มีอัตราติดเชื้อด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน ฝีมะม่วง เริม หูด และอื่น ๆ) เพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ติดเชื้อเท่ากับ 175.3 ราย ต่อสตรีในช่วงอายุเดียวกัน 100,000 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา (3) ซึ่งข้อมูลนี้สวนทางกับผลสำรวจที่ว่าวัยรุ่นเลือกใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีหลักเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการใช้ถุงยางอนามัยผิดวิธี รวมถึงไม่ได้ใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดังนั้นการให้ความรู้แก่วัยรุ่น ให้มีความเข้าใจถึงทักษะชีวิต เรียนรู้อนามัยเพศศึกษา การเลือกวิธีคุมกำเนิดที่สามารถคุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสอนให้วัยรุ่นสามารถป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงการถูกล่วงละเมิดหากตนเองไม่ต้องการจึงมีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้จัดทำนโยบายการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและรับผิดชอบตนเองได้ ตั้งแต่ระดับโรงเรียนประถมศึกษา (13)

อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว และคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่น

การใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นหนึ่งในวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ (14) อย่างไรก็ตามจากรายงานสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี พ.ศ. 2562 พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เลือกใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการตั้งครรภ์ (3) ซึ่งวิธีดังกล่าวมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นวิธีที่ต้องอาศัยประสบการณ์ผู้ใช้ โดยปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้เป็นอุปสรรคสำคัญของสตรีวัยรุ่นต่อการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

หนึ่ง การรักษาความลับและการขอความยินยอมจากผู้ปกครอง เนื่องจากวัยรุ่นไทยจำนวนหนึ่งมาสถานบริการพร้อมผู้ปกครอง ผู้ให้บริการควรพูดคุยเพื่อประเมินความต้องการของวัยรุ่นตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับคำปรึกษา (15) โดยต้องประเมินว่ารายใดควรถูกชักประวัติเพียงลำพัง หรือรายใดควรให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยในการร่วมตัดสินใจ เนื่องจากผู้รับบริการอาจไม่ต้องการให้ผู้ปกครองรับทราบเรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด ประเด็นเรื่องสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องการรักษาความลับแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา (16) ข้อมูลจากการศึกษา

วิจัยพบว่า การต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้ารับบริการการคุมกำเนิดอาจเป็นอุปสรรคต่อวัยรุ่น โดยวัยรุ่นอาจปฏิเสธการเข้ารับบริการและส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (17) เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอให้มีการสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 ได้มีการออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยให้สิทธิวัยรุ่น สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ต่อมาได้มีการออกกฎกระทรวงกำหนดประเภทของสถานบริการและการดำเนินการของสถานบริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2562 ซึ่งครอบคลุมทั้งบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (long-acting reversible contraception, LARC) ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด (implants) และห่วงอนามัยคุมกำเนิด (intrauterine devices, IUDs) และบริการยุติการตั้งครรภ์ในรายที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ตามเงื่อนไขกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา (18) สตรีวัยรุ่นสามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรโดยไม่จำเป็นต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครอง อย่างไรก็ตามการเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์จำเป็นต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครอง กรณีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี (19)

สอง ค่าใช้จ่าย เนื่องจากการใช้วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ วันที่รับบริการทั้งหมดในครั้งเดียว ปัจจุบันเรื่องราคาทำให้วัยรุ่นมักเลือกวิธีคุมกำเนิดระยะสั้น เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ฮอโมนรวม หรือถุงยางอนามัย ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายเป็นรายครั้งเป็นจำนวนเงินที่น้อยกว่าการเสียค่าใช้จ่าย

ทั้งหมดในครั้งเดียว ถึงแม้ว่าเมื่อคำนวณจากระยะเวลาที่วิธีคุมกำเนิดดังกล่าวออกฤทธิ์ป้องกันการตั้งครรภ์จะมีราคาโดยเฉลี่ยที่สูงกว่า และประสิทธิภาพวิธีคุมกำเนิดกลุ่มนี้ขึ้นกับประสิทธิภาพของผู้รับบริการได้แก่ การใช้อย่างถูกวิธี และสม่ำเสมอ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับสตรีวัยรุ่น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวในปี พ.ศ. 2559 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นด้วยการสนับสนุนค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรให้แก่วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกกรณี (18) โดยวัยรุ่นสามารถเข้ารับบริการใส่ห่วงอนามัยทองแดง หรือฝังยาคุมกำเนิดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นโยบายดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

สาม บุคลากรทางการแพทย์ จากรายงานสังเคราะห์การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยโดยองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) พ.ศ. 2558 ผลการศึกษาระบุว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญซึ่งส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น เนื่องจากมีบุคลากรทางการแพทย์เพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่เสนอบริการการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพให้แก่กลุ่มสตรีวัยรุ่น (20) ความกังวลเรื่องความปลอดภัยและความเข้าใจผิด (misconception) เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวชนิดต่าง ๆ มีผลต่อการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการเสนอบริการต่าง ๆ เหล่านี้ (21) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ พรทิศา และคณะ ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของบุคลากรทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน

เท่ากับ 4.1 (คะแนนเต็ม 10) โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) เท่ากับ 1.8 ในแง่ทัศนคติ ร้อยละ 36.9 ของบุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน และมีเพียงร้อยละ 18.4 ของแพทย์เคยสั่งจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ปัจจัยที่มีผลต่อการสั่งจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ได้แก่ ความกังวลในเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวิธีคุมกำเนิดดังกล่าว (22) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวิธีคุมกำเนิดแต่ละชนิดของผู้ให้บริการส่งผลต่อการให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงปัญหาเรื่องบุคลากรทางการแพทย์กับการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ จึงได้จัดหาช่องทางเสริมในการบริการโดยการจัดทำ line official “TEEN CLUB” โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวัยรุ่นสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์การคุมกำเนิด ตรวจสอบสิทธิในการเข้ารับบริการคุมกำเนิด และค้นหาสถานบริการที่ให้บริการคุมกำเนิดใกล้บ้าน (23) นอกจากนี้ยังมีบริการสายด่วน 1663 ให้คำปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ไม่พร้อม (24)

แรงจูงใจในการเข้ารับคำปรึกษาเรื่องคุมกำเนิดในวัยรุ่น

อย่างที่ได้อธิบายข้างต้น หนึ่งในวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีประสิทธิภาพคือ การคุมกำเนิด (14) พบว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มแรงจูงใจให้วัยรุ่นเข้ารับบริการคุมกำเนิด (25, 26) หนึ่ง เมื่อวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจ ว่าการตั้งครรภ์ในวัยเรียนทั้งผลเสียต่อทั้งสุขภาพ สถานะทางสังคม รวมถึงอาชีพและรายได้ในอนาคต สอง เมื่อวัยรุ่นมีการวางแผนเรื่องการศึกษาในอนาคต สาม เมื่อวัยรุ่นมีวุฒิภาวะ

มากพอ สี่ วัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีมาก่อน และ ห้า วัยรุ่นที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ผู้ปกครองหรือแพทย์ ที่แนะนำส่งเสริมประโยชน์ของการคุมกำเนิด จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นเกือบทุกข้อเป็นปัจจัยที่สามารถได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสถาบันการศึกษา ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวของครอบครัวและบุคลากรในสถาบันการศึกษา น่าจะช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการคุมกำเนิดและจะส่งผลลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้

แนวทางการเลือกวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่เหมาะสมในสตรีวัยรุ่น

คณะกรรมการดูแลสุขภาพวัยรุ่น (Committee on Adolescent Health Care) แห่งวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) ได้เสนอแนวทางการให้คำปรึกษาการคุมกำเนิดในสตรีวัยรุ่น ดังตารางที่ 1 แนะนำให้เริ่มจากวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดก่อนเสมอ ทั้งนี้การคุมกำเนิดด้วยการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (LARC) หรือที่เรียกว่า dual method จัดเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุดในสตรีวัยรุ่น (15,16,27,28) เนื่องจากวิธีดังกล่าวสามารถป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์ (29) มีอัตราการคงใช้ (continuation rates) (30) และการได้รับความพึงพอใจจากผู้รับบริการ (satisfaction rates) สูงกว่าวิธีคุมกำเนิดชั่วคราววิธีอื่น นอกจากนี้ยังมีความปลอดภัยสูงต่อสตรีวัยรุ่น วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มนี้จัดว่าดีและเหมาะสมอย่างยิ่งต่อสตรีวัยรุ่น ตารางที่ 2 ได้เสนอแนวทางการเลือกวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวโดยพิจารณาจากปัจจัยเฉพาะบุคคล (17) ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงประโยชน์อื่น ๆ นอกเหนือจาก

ตารางที่ 1. แนวทางการให้คำปรึกษาการคุมกำเนิดในสตรีวัยรุ่น

- ชักประวัติและประเมินความจำเป็นเรื่องการคุมกำเนิดในผู้รับบริการทุกราย โดยไม่ขึ้นกับอายุ หรือประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์ แนะนำให้ใช้หลักการ 5Ps ได้แก่ ถามเรื่อง partner คู่นอน, practices พฤติกรรมการร่วมเพศ, protection from STIs การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, past history of STIs ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, Pregnancy protection การใช้วิธีคุมกำเนิด (27) ทั้งนี้ให้ประเมินความคาดหวังและความกังวลต่อการใช่วิธีคุมกำเนิดด้วย
- ชักประวัติและประเมินความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมทางเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แนะนำให้ใช้หลักการ GATHER ประกอบด้วย greet ทักทายสร้างความคุ้นเคย, ask ถามความต้องการ, help ช่วยตัดสินใจ, explain อธิบายวิธีคุมกำเนิด และ return นัดตรวจติดตาม (32)
- ให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดฉุกเฉินและการเข้าถึงบริการดังกล่าวในผู้รับบริการทุกราย
- เคารพสิทธิของสตรีวัยรุ่นในการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยตัวเอง โดยปราศจากการบังคับจาก พ่อแม่ ผู้ปกครอง คู่นอน รวมถึงผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามในบางกลุ่ม เช่น สตรีที่อายุต่ำกว่า 14 ปี อาจยังไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมการให้คำแนะนำเรื่องการเลือกวิธีคุมกำเนิด (29)
- เปิดโอกาสให้สตรีวัยรุ่นพูดถึงแผนการการตั้งครรภ์และการใช่วิธีคุมกำเนิดของตนเอง โดยไม่มีพ่อแม่หรือผู้ปกครองอยู่ด้วย
- สตรีวัยรุ่นที่ตัดสินใจเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร ควรเริ่มต้นที่หลังคลอดบุตรหรือหลังแท้ง
- การคุมกำเนิดด้วยการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (dual method) จัดเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุดในสตรีวัยรุ่น เนื่องจากวิธีดังกล่าวสามารถป้องกันได้ทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
- วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (LARC) ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด (implants) และห่วงอนามัยคุมกำเนิด (intrauterine devices; IUDs) มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์ อัตราการคงใช้ (continuation rates) และการได้รับความพึงพอใจจากผู้รับบริการ (satisfaction rates) สูงกว่าวิธีคุมกำเนิดชั่วคราววิธีอื่น นอกจากนี้ยังมีความปลอดภัยสูงต่อสตรีวัยรุ่น ดังนั้นวิธีคุมกำเนิดในกลุ่มนี้จึงว่าดีและเหมาะสมอย่างยิ่งต่อสตรีวัยรุ่น
- ให้คำอธิบายและให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิด (misconception) ที่พบบ่อยเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับวัยของสตรีวัยรุ่น

การคุมกำเนิด (non-contraceptive benefits) การเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้รับบริการใช่วิธีคุมกำเนิดนั้นได้อย่างต่อเนื่อง หากพิจารณาตามเกณฑ์การเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรมและภาวะต่าง ๆ (Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use) ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (31) พบสตรีวัยรุ่นสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวได้ทุกวิธี ทั้งนี้แนวทางการเลือกวิธีคุมกำเนิดไม่แตกต่างกับสตรีวัยอื่น ๆ ปัจจัยด้านอายุและประวัติการคลอดบุตรไม่ได้จัดเป็นข้อห้ามในการเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง

วิธีคุมกำเนิดชั่วคราว ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความเข้าใจผิด และประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยรุ่น

วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (long acting reversible contraception, LARC)

ได้แก่ ยาฝังและห่วงอนามัยคุมกำเนิด เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพสูงใกล้เคียงการคุมกำเนิดถาวร เนื่องจากไม่มีปัญหาเรื่องลืมรับประทานหรือฉีดยา ดังนั้นประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดจึงไม่ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการ ส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์ทั้งในกลุ่มสตรีที่ใช่วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ (perfect use) และใช้อย่างทั่วไป (typical use) ใกล้เคียงกัน โดยสตรีที่ใช่วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร

ตารางที่ 2. แนวทางการเลือกวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวในสตรีโดยพิจารณาจากปัจจัยเฉพาะบุคคล (17)

	ยาเม็ด/แผ่นแปะ/ วงแหวนใส่ช่องคลอด ¹	ยาฝังคุมกำเนิด ²	ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ³	ห่วงอนามัยชนิด ฮอร์โมน ⁴	ห่วงอนามัยชนิด ทองแดง ⁵
อัตราการตั้งครรภ์ ในปีแรก (typical use)	ร้อยละ 9	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 6	น้อยกว่าร้อยละ 1	น้อยกว่าร้อยละ 1
ระยะเวลาที่คง ประสิทธิภาพยา	ทุกวัน (ยาเม็ดคุม กำเนิด) ทุกสัปดาห์ (แผ่นแปะ) ทุกเดือน (วงแหวนใส่ ช่องคลอด)	3-5 ปี	12 สัปดาห์	3-5 ปี	5-10 ปี
ผลต่อประจำเดือน	ปริมาณน้อยลง	ปริมาณน้อยลง รอบไม่สม่ำเสมอ	ปริมาณน้อยลง รอบไม่สม่ำเสมอ	รอบไม่สม่ำเสมอ ใน 6 เดือนแรก จากนั้นปริมาณ น้อยลง	ประจำเดือนมา มากขึ้น โดย เฉพาะในช่วงแรก
เลือดออกกระปริด กระปรอย	มีได้ในช่วงแรก	มีได้ตลอด (33)	มีได้ในช่วงแรก จากนั้นมักขาด ประจำเดือน (33)	มีได้ในช่วงแรก จากนั้นมักขาด ประจำเดือน	มีได้ในช่วงแรก
ข้อควรระวัง	ห้ามใช้ในสตรีที่มีข้อ ห้ามต่อการใช้ฮอร์โมน เอสโตรเจน (34)	ไม่เหมาะกับสตรี ที่ต้องการมี ประจำเดือนทุก เดือน ตรงรอบ	ไม่เหมาะกับสตรี ที่ต้องการมี ประจำเดือนทุก เดือน ตรงรอบ มีประวัติมวล กระดูกต่ำ มีแผน ตั้งครรภ์ทันทีหลัง หยุดยาคุมกำเนิด	ไม่เหมาะกับสตรีที่ ต้องการมีประจำ เดือนทุกเดือนตรง รอบ มีก้อนเนื้องอก มดลูกซึ่งกดเบียด โพรงมดลูก กำลัง ติดเชื้อในอุ้ง เชิงกราน	ไม่เหมาะกับสตรีที่ มีประจำเดือนมา มากหรือปวดประจำ เดือน กำลังติดเชื้อ ในอุ้งเชิงกราน มีภาวะซีดจากการ ขาด ธาตุเหล็ก แพ้ทองแดง
ประโยชน์อื่น ๆ นอกเหนือจากการ คุมกำเนิด	ลดปริมาณประจำ เดือน ลดอาการปวด ท้องประจำเดือน ลดสิว/หน้ามัน	ประสิทธิภาพสูง มาก คุมกำเนิด ได้นาน	ประสิทธิภาพสูง คุมกำเนิดได้นาน	ประสิทธิภาพสูง มาก คุมกำเนิดได้ นาน ลดปริมาณ ประจำเดือน ลด อาการปวดท้อง ประจำเดือน	ประสิทธิภาพสูง มาก คุมกำเนิดได้ นาน สามารถใช้ในรายที่ มีข้อห้ามต่อการ ใช้ยาฮอร์โมน
ผลข้างเคียง/ ภาวะแทรกซ้อน	เพิ่มโอกาสลิ้มเลือด อุดตัน เนื่องจา กในตำแหน่งที่ ไม่ใช้เข็มเร่ง	เจ็บหรือฟกช้ำ บริเวณแผลฝัง ยา	น้ำหนักขึ้น อารมณ์ เปลี่ยนแปลง กระดูกบาง	มดลูกทะลุ ห่วง อนามัยหลุด ปวด เกร็งท้อง	มดลูกทะลุ ห่วง อนามัยหลุด ปวด เกร็งท้อง ติดเชื้อ ในอุ้งเชิงกราน

¹วิธีคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม (combined hormonal contraception) ประกอบด้วย ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม (combined oral contraceptive pills)/แผ่นแปะคุมกำเนิด (contraceptive patch)/วงแหวนใส่ช่องคลอดคุมกำเนิด (contraceptive vaginal ring)

²ยาฝังคุมกำเนิด (contraceptive implants) ที่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ levonorgestrel contraceptive implants และ etonogestrel contraceptive implant; ³DMPA (Depot medroxyprogesterone acetate); ⁴ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (levonorgestrel intrauterine system; LNG - IUS); ⁵ห่วงอนามัยชนิดทองแดง (copper intrauterine devices; copper IUDs)

มีโอกาสตั้งครรภ์ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปีแรกที่ใช้ (15, 35) ยาฝังคุมกำเนิดจะยับยั้งการตกไข่ รวมถึงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเยื่อโพรงมดลูกจนไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวขอ ตัวอ่อน และเปลี่ยนแปลงมูกปากมดลูกจนส่งผลต่อการเคลื่อนที่ของอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก ในขณะที่ห่วงคุมกำเนิดจะรบกวนการปฏิสนธิของไข่และอสุจิและการฝังตัวของตัวอ่อน หากเป็นห่วงคุมกำเนิดชนิดมีฮอร์โมนจะสามารถเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเยื่อโพรงมดลูกและมูกปากมดลูก โดยในช่วงแรกของการใช้ห่วงคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนระดับฮอร์โมนในกระแสเลือดบางช่วงจะมากเพียงพอที่จะยับยั้งการตกไข่ได้ด้วย (28) วิธีดังกล่าวมีอัตราการใช้ที่สูง โดยอัตราการคงใช้ที่ปีแรกของยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัยคุมกำเนิดชนิดทองแดง และห่วงอนามัยคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 84 ร้อยละ 78 และร้อยละ 80 ตามลำดับ (35) ข้อมูลโดย มนต์ชัย และคณะ ซึ่งทำการศึกษาเชิงสังเกตเรื่องอัตราการคงใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวในสตรีไทย 1,880 คน ที่เข้ารับบริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าอัตราการคงใช้ที่ปีแรกของยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยคุมกำเนิดชนิดทองแดง เท่ากับ ร้อยละ 97.8 และร้อยละ 95.7 ตามลำดับ (30)

วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรมีอัตราการคงใช้ที่สูงในกลุ่มสตรีอายุน้อยและสตรีวัยรุ่นเช่นเดียวกับสตรีวัยอื่น ๆ ปี ค.ศ. 2017 Diedrich et al, ได้ทำการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis โดยรวบรวมข้อมูลจากสตรีที่อายุน้อยกว่า 25 ปี จำนวน 4,886 คน ผลการศึกษาพบว่าที่ 1 ปี อัตราการคงใช้วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรเท่ากับร้อยละ 84.0 ค่า 95% confidence interval (CI) เท่ากับ ร้อยละ 79.0-89.0 โดยอัตราการคงใช้ยาฝังคุมกำเนิดเท่ากับร้อยละ 84 ค่า 95% CI เท่ากับ ร้อยละ 77.0-91.0 และอัตราการคงใช้ห่วงอนามัยเท่ากับร้อยละ 74.0 ค่า 95% CI

เท่ากับ ร้อยละ 61.0-87.0 (36) วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรมีผลลดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำ (repeat pregnancy) ในสตรีวัยรุ่น ปี ค.ศ. 2012 Tacca และคณะ ได้ทำการศึกษาเชิงสังเกตไปข้างหน้าเรื่องอัตราการคงใช้ยาฝังคุมกำเนิดและอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 1 ปี โดยเก็บข้อมูลในสตรีวัยรุ่นหลังคลอดบุตร 396 คน การศึกษานี้เปรียบเทียบกับอาสาสมัครที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดทันทีหลังคลอด กับอาสาสมัครที่คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่าอัตราการคงใช้ยาฝังคุมกำเนิดที่ 6 เดือน และ 1 ปีหลังคลอด เท่ากับร้อยละ 96.9 และร้อยละ 86.3 ตามลำดับ โดยที่ 6 เดือนหลังคลอด ไม่พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในอาสาสมัครที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด ในขณะที่พบอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 9.9 ในกลุ่มควบคุม และที่ 1 ปีหลังคลอด ร้อยละ 2.6 ของอาสาสมัครที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดตั้งครรภ์ซ้ำ ขณะที่อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 18.6 (37) การศึกษาแบบ systematic review ในปี ค.ศ. 2021 ซึ่งได้รวบรวมอาสาสมัครจำนวน 1,298 ราย และอาสาสมัครหลังแท้งจำนวน 4,400 ครั้ง ศึกษาเรื่องการยอมรับการเริ่มวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอดและหลังแท้งทันที ผลการศึกษาพบว่าสตรีวัยรุ่นที่มีสิทธิตัดสินใจเรื่องการคุมกำเนิดด้วยตนเองมีแนวโน้มการยอมรับแนวทางดังกล่าว (38)

จากหลักฐานทางวิชาการดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การใช้วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการลดปัญหาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และทำแท้งในสตรีวัยรุ่น โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ซึ่งกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนเรื่องการเข้าถึงการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ทั้งในแง่การขอความยินยอมโดยสตรีวัยรุ่นสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และในแง่ค่าใช้จ่ายโดยสตรีวัยรุ่นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแนวโน้มในปัจจุบันพบว่าสตรีวัยรุ่นเข้ารับบริการฝังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวรเพิ่มขึ้น (39) ยังคงต้องมีการ

ติดตามระยะยาวเพื่อดูว่าอัตราการตั้งครรภ์และ
ทำแท้งในวัยรุ่นจะลดลงเช่นเดียวกับผลการศึกษา
จากต่างประเทศหรือไม่ ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้สตรี
วัยรุ่นเข้ารับบริการคุมกำเนิดก็ถาวรเพิ่มขึ้น ได้แก่
การได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสมและได้รับการสนับสนุน
จากบุคลากรทางการแพทย์ (40) โดยประเด็นความ
เข้าใจผิด และประเด็นสำคัญอื่น ๆ ต่อไปนี้อาจมีผล
ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำเกี่ยว
กับวิธีคุมกำเนิดถาวร

หนึ่ง การใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดเพิ่มความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (pelvic inflammatory disease, PID)

ความเข้าใจผิดเรื่องการใส่ห่วงอนามัยกับการติด
เชื้อในอุ้งเชิงกรานมีที่มาจากผลการศึกษาในอดีตซึ่ง
เป็นการศึกษาเชิงสังเกต พบว่าการใช้ห่วงอนามัยเพิ่ม
ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน อย่างไรก็ตาม
เมื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยพบว่าการศึกษาดังกล่าว
มีข้อจำกัดทำให้การนำข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้มา
ใช้ไม่เหมาะสม หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันสนับสนุน
เรื่องความปลอดภัยของการใช้ห่วงอนามัย ความ
เสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) ในการติดเชื้อในอุ้งเชิง
กรานเพิ่มขึ้นเฉพาะ 20 วันแรกหลังใส่ห่วงอนามัย
จากนั้นความเสี่ยงดังมีแนวโน้มกลับลดลงตามลำดับ
เมื่อพิจารณาความเสี่ยงสัมบูรณ์ (absolute risk) ที่
เพิ่มขึ้นถือว่าต่ำมาก (41) อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการ
ต้องยึดหลักการปลอดเชื้อ (aseptic technique) ทุก
ครั้งที่ทำหัตถการทางการแพทย์และเลือกผู้รับบริการ
อย่างเหมาะสม ห้ามใช้ห่วงอนามัยในสตรีที่กำลังมี
ภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เมื่อสตรีที่เคยติดเชื้อใน
อุ้งเชิงกรานหายเป็นปกติ สามารถใช้ห่วงอนามัยคุม
กำเนิดได้ (31) ทั้งนี้วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐ-
อเมริกาไม่แนะนำให้ยาปฏิชีวนะในผู้รับบริการทุกราย
เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (routine antibiotic prophylaxis)
ขณะใส่ห่วงอนามัย (28) อย่างไรก็ตามอาจ

พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อ
การติดเชื้อ (41) หรือในรายที่ผลตรวจพบเชื้อจาก
การตรวจคัดกรองโดยที่ไม่มีอาการ ในกรณีที่ใส่ห่วง
อนามัยแล้วและตรวจพบว่ามี การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน
สามารถให้ยาปฏิชีวนะได้โดยไม่จำเป็นต้องเอาห่วง
อนามัยออก (28,34)

สอง การใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดในสตรีวัยรุ่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีบุตรยากในอนาคต

หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันไม่พบว่าการใช้
ห่วงอนามัยส่งผลต่อภาวะมีบุตรยาก เมื่อเปรียบเทียบ
สตรีที่เคยใช้ห่วงอนามัยกับสตรีที่เคยใช้วิธีคุมกำเนิด
ชั่วคราววิธีอื่น ๆ ไม่พบว่าการเสี่ยงในการมีบุตรยาก
เพิ่มขึ้น (42,43) รวมถึงระยะเวลาที่ใส่ห่วงอนามัยไม่
ได้มีผลต่อความสามารถในการตั้งครรภ์ โดยจากการ
ศึกษาในปี ค.ศ. 2007 Hov et al, ได้เปรียบเทียบสตรี
205 คน ที่ถอดห่วงอนามัยชนิดทองแดงด้วยเหตุผล
ต่าง ๆ พบว่ามีระยะเวลารอก่อนตั้งครรภ์ไม่ต่างกัน (44)

สาม ไม่ควรใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดในสตรีวัยรุ่น และสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตร

ถ้าพิจารณาจากเกณฑ์การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดใน
สตรีที่มีโรคทางอายุรกรรมและภาวะต่าง ๆ ที่เสนอ
โดยองค์การอนามัยโลก ดังตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า
สตรีวัยรุ่นและสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรไม่ได้ถือเป็นข้อ
ห้ามในการเลือกใส่ห่วงอนามัย (31) อย่างไรก็ตามผู้
ให้บริการอาจกังวลว่าการใส่ห่วงอนามัยในสตรีวัยรุ่น
ที่ไม่เคยคลอดบุตรจะทำได้ยาก เนื่องจากมีหลักฐาน
ทางวิชาการว่า กว่าครึ่งของสตรีวัยรุ่นที่ไม่เคยคลอด
บุตรรู้สึกเจ็บขณะรับบริการใส่ห่วงอนามัย (45) วิทยาลัย
สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำ
ว่าการให้ยาเพื่อลดปวดหรือระงับความรู้สึกขณะรับ
บริการใส่ห่วงอนามัยได้ โดยให้พิจารณาผู้รับบริการ
เป็นรายบุคคล (15) อาจใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่
สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่ม narcotics ยาคลาย
กังวล (anxiolytics) หรืออาจฉีดยาระงับความรู้สึกที่

ปากมดลูก (paracervical blocks) (46) ไม่แนะนำให้ใช้ยา misoprostol ชนิดอมที่กระพุ้งแก้มหรือสอดช่องคลอด 2-3 ชั่วโมงก่อนการใส่ห่วงคุมกำเนิด เนื่องจากไม่พบว่าสามารถลดปวดได้ แต่พบผลข้างเคียงได้แก่ ปวดท้องน้อย และคลื่นไส้ (34,47)

สี่ ห่วงอนามัยคุมกำเนิดมีแนวโน้มหลุด (expulsion) ได้ง่ายในสตรีวัยรุ่นและสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตร

ปี ค.ศ. 2017 Diedrich et al, ได้ทำการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis โดยการศึกษาี้รวบรวมข้อมูลจากสตรีอายุน้อยกว่า 25 ปี จำนวน 4,886 คน ผลการศึกษาพบว่าที่ 1 ปี อัตราการหลุดของห่วงอนามัยเท่ากับร้อยละ 8 โดยมีค่า 95% CI เท่ากับร้อยละ 4-11 (36) ในขณะที่อัตราการห่วงอนามัยหลุดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกกลุ่มอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2-10 (48) ปี ค.ศ. 2020 Keenahan et al, ได้ทำการศึกษาอัตราห่วงอนามัยหลุดในสตรีวัยรุ่นและสตรีอายุน้อยจำนวน 642 ราย โดยสตรีเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.6) ในการศึกษาใช้ห่วงอนามัยฮอโรโมน ผลการศึกษาพบอัตราห่วงอนามัยหลุดเท่ากับร้อยละ 9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหลุดของห่วงอนามัย ได้แก่ ภาวะประจำเดือนมามาก (heavy menstrual bleeding) ภาวะซีด และโรคเลือด (49)

การศึกษาแบบ systematic review เพื่อเปรียบเทียบอัตราการหลุดของห่วงอนามัยคุมกำเนิดชนิดทองแดง เปรียบเทียบสตรีที่ไม่เคยและเคยคลอดบุตร โดย Hubacher et al, ในปี ค.ศ. 2007 พบว่าสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรมีอัตราการหลุดของห่วงอนามัยสูงกว่าสตรีที่เคยคลอดบุตร (50) อย่างไรก็ตามการศึกษาใหม่ ๆ อีกหลายการศึกษา (51-54) พบว่าสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรไม่ได้มีอัตราการหลุดของห่วงอนามัยสูงกว่าสตรีที่เคยคลอดบุตร ดังนั้น ปี ค.ศ. 2017 Lohr et al, ได้รวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้และเสนอ Clinical Guidelines สำหรับการใส่ห่วงคุมกำเนิดในสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตร โดยเสนอว่าจากหลักฐาน

ทางวิชาการที่น่าเชื่อถือในปัจจุบัน สรุปได้ว่าอัตรา การหลุดของห่วงอนามัยในสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตร และสตรีที่เคยคลอดบุตรไม่แตกต่างกัน (55)

กล่าวโดยสรุปคือสตรีวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีการหลุดของห่วงอนามัยมากกว่าสตรีวัยอื่น โดยห่วงอนามัยหลุดมักเกิดใน 3 เดือนแรกหลังใส่ในระหว่างมีประจำเดือน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงอัตราห่วงอนามัยหลุดที่เพิ่มขึ้นพบว่ามีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และประวัติไม่เคยคลอดบุตรไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงของห่วงอนามัยหลุด ผู้รับบริการที่เคยมีการหลุดของห่วงอนามัยควรได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองหลังใส่ห่วงอนามัย โดยเน้นเรื่องอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าอาจมีการหลุดของห่วงอนามัย (56) ทั้งนี้ผู้รับบริการที่เคยมีประวัติห่วงอนามัยหลุดไม่จัดเป็นข้อห้ามในการใช้ห่วงอนามัยในอนาคต (57) แต่ควรได้รับการแนะนำถึงความเสี่ยงการหลุดซ้ำ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 30 (57)

ห้า การใช้ยาฝังคุมกำเนิดส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ปี ค.ศ. 2009 Darney et al, ได้รวบรวมข้อมูลจากการศึกษาแบบ clinical trials ทั้งหมด 11 การศึกษา ซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัคร 942 ราย โดยร้อยละ 9.1 ของอาสาสมัครอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 2.3 ของอาสาสมัครหยุดใช้ (discontinue) ยาฝังคุมกำเนิดเนื่องจากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามรายงานไม่ได้กล่าวถึงน้ำหนักตัวก่อนและหลังเริ่มใช้ยาฝังคุมกำเนิด (58) รวมถึงน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างจากการใช้ห่วงคุมกำเนิด (59) เนื่องจากหลักฐานทางวิชาการที่มีจำกัดและจำนวนอาสาสมัครที่หยุดใช้ยาฝังคุมกำเนิดเนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีจำนวนน้อยมาก จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการใช้ยาฝังคุมกำเนิดส่งผลให้สตรีวัยรุ่นมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ปี ค.ศ. 2019 Romano et al, ได้ทำการศึกษาแบบ case control เปรียบเทียบสตรีวัยรุ่น และ

สตรีอายุน้อยจำนวน 197 ราย ที่ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดชนิด etonogestrel กับสตรีกลุ่มอายุและเชื้อชาติเดียวกันที่มาตรวจสุขภาพประจำปี โดยได้ติดตามประวัติจากเวชระเบียนเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ผลการศึกษาพบว่าสตรีกลุ่มที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3.6 ± 7.8 กก. ในขณะที่สตรีกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3.1 ± 5.9 กิโลกรัม ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (60)

ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA

ยาฉีดคุมกำเนิดจัดเป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์ ถ้าได้รับยาฉีดตามกำหนดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โอกาสตั้งครรภ์ในปีแรกที่ใช้มีเพียงร้อยละ 0.2 ขณะที่อัตราการตั้งครรภ์ที่ปีแรกกรณีใช้อย่างทั่วไป เท่ากับร้อยละ 6 อัตราการคงใช้ที่หนึ่งปีเท่ากับร้อยละ 56 (31) จากการศึกษาของ มนต์ชัย และคณะ ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งศึกษาอัตราการคงใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวในสตรีไทย พบว่าอัตราการคงใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ที่หนึ่งปีในสตรีไทยสูงถึงร้อยละ 91.3 นอกจากนี้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ยังเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ได้รับความนิยมในสตรีไทย จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 พบว่ายานัดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดชนิดยาฮอร์โมนที่ได้รับความนิยมเป็นอันดับสองในสตรีไทย คิดเป็นร้อยละ 14.0 เป็นรองเพียงยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีผู้ใช้คิดเป็นร้อยละ 32.8 ในแนวทางเดียวกัน ยานัดคุมกำเนิดเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในสตรีวัยรุ่น โดยจากการสำรวจในปีเดียวกันพบว่า ร้อยละ 27.7 ของสตรีวัยรุ่นเลือกใชยานัดคุมกำเนิด ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมอันดับสองรองจากยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 34.4) (20)

ปี ค.ศ. 2012 Winner et al, ได้ทำการศึกษาแบบเชิงสังเกตไปข้างหน้า ในอาสาสมัคร 7,486 ราย เพื่อศึกษาประโยชน์ของการใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราว

เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผลการศึกษาพบว่าอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในอาสาสมัครที่อายุต่ำกว่า 21 ปีที่ใช้วิธีคุมกำเนิด DMPA ต่ำกว่าอาสาสมัครที่ใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มฮอร์โมนรวม ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด แผ่นแปะคุมกำเนิด และวงแหวนใส่ช่องคลอดคุมกำเนิด โดยอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในอาสาสมัครที่ใช้วิธีคุมกำเนิด DMPA ไม่แตกต่างจากอาสาสมัครที่ใช้วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (61) จากหลักฐานทางวิชาการที่มีในปัจจุบันสรุปได้ว่ายานัดคุมกำเนิด DMPA มีประสิทธิภาพสูงและลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นได้

กลไกการคุมกำเนิดหลักของ DMPA คือ การยับยั้งไข่ตก และการเปลี่ยนแปลงมูกบริเวณปากมดลูกให้มีลักษณะเหนียวข้น ประโยชน์นอกเหนือจากการคุมกำเนิด (non-contraceptive benefits) ได้แก่ ลดอาการปวดท้องประจำเดือน ลดภาวะอารมณ์แปรปรวนตามรอบเดือน ลดปริมาณเลือดประจำเดือน โดยพบว่าร้อยละ 68 ของผู้ใช้จะขาดประจำเดือนเมื่อใช้นาน 24 เดือน (62) อย่างไรก็ตาม ยังมีส่วนน้อยที่มีประจำเดือนออกผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การหยุดใช้ยานัดคุมกำเนิดประมาณร้อยละ 40-75 ผลข้างเคียงสำคัญที่วัยรุ่นกังวล คือ น้ำหนักขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินอยู่แล้ว (63) จากข้อมูล meta-analysis ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า เมื่อใชยานัดไปนาน 12 เดือน น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นไม่เกิน 2 กก. (64) และหากน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ภายใน 6 เดือนแรก เมื่อติดตามไปอีก 2-3 ปีจะมีแนวโน้มน้ำหนักเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (65,66) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาโดย ปรีญาพร จิระกิตติกุล และคณะ ซึ่งศึกษาสตรีวัยรุ่นและสตรีอายุน้อยจำนวน 231 ราย ที่ใชยานัด DMPA ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 12 ของสตรีมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นที่ 6 เดือนหลังได้รับยานัดเข็มแรก โดยสตรีกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ 1 ปีหลังเริ่มฉีดยา (67) อย่างไร

ก็ตาม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายอย่าง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ที่ต้องแนะนำผู้ป่วยด้วย ข้อเสียอื่น ๆ ได้แก่ การกลับมาตกไข่ได้ช้าหลังจากหยุดยา มีรายงานได้นานที่สุดถึง 18 เดือน โดยไม่ได้ขึ้นกับระยะเวลาที่ใช้ยา แต่ขึ้นอยู่กับน้ำหนักผู้รับบริการ จากเกณฑ์การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรมและภาวะต่าง ๆ ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (31) พบว่ามีโรคทางอายุรกรรมและภาวะต่าง ๆ ที่เป็นข้อห้ามในการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA น้อยมากในสตรีวัยรุ่น ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าสตรีวัยรุ่นที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ได้อย่างปลอดภัย

ผลของยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ต่อการลดลงของมวลกระดูก

ผลของยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ต่อการลดลงของมวลกระดูก เป็นประเด็นซึ่งเป็นข้อถกเถียงเรื่องความปลอดภัยของการใช้วิธีคุมกำเนิดนี้ในสตรีวัยรุ่น เนื่องจากยาฉีดออกฤทธิ์หลักในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยการยับยั้งการหลั่งของ gonadotropins จากต่อมใต้สมอง ภาวะดังกล่าวส่งผลให้เกิดการระงับการตกไข่ และการสร้าง estradiol จากรังไข่ (68) ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่มีระดับ estrogen ต่ำ (hypoestrogenic state) ภาวะดังกล่าวส่งผลให้มีการสลายของมวลกระดูก (bone resorption) มากกว่า การสร้างของมวลกระดูก (bone formation) ซึ่งส่งผลให้มวลกระดูก (bone mineral density, BMD) ลดลง (69) โดยมวลกระดูกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความแข็งแรงของกระดูก ปัจจัยที่ส่งผลต่อมวลกระดูกได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ดัชนีมวลกาย พันธุกรรม การออกกำลังกายที่มีการแบกรับน้ำหนัก (weight bearing exercise) การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดี การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การได้รับยา corticosteroid รวมถึงภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศ เช่น การตั้งครรภ์

การให้นมบุตร วัยหมดประจำเดือน และการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ประกอบด้วยฮอร์โมน เป็นต้น (70)

ค่ามวลกระดูกสูงสุด (peak bone mass) คือระดับมวลกระดูกที่จุดสิ้นสุดของการพัฒนากระดูก (end of skeletal maturation) โดยส่วนใหญ่อยู่ที่อายุราว ๆ 25 ปี และประมาณ 30 ปี ในสตรีไทย (71, 107) ในช่วง puberty อัตราการสะสมของมวลกระดูกทั้งที่บริเวณ lumbar spine และ femoral neck เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเพิ่มขึ้น 4-6 เท่าในช่วงระยะเวลา 3 ปี อัตราการสะสมของมวลกระดูกจะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเด็กสาวเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกไปแล้ว 2 ปี (72) ค่ามวลกระดูกสูงสุดเป็นปัจจัยหลักในการทำนายถึงความเสี่ยงที่จะเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน โดยค่ามวลกระดูกในวัยผู้ใหญ่ในแต่ละช่วง คือส่วนต่างของค่ามวลกระดูกสูงสุดและมวลกระดูกที่สูญเสียไปเมื่ออายุมากขึ้นหรือจากภาวะอื่น ๆ ช่วงตั้งครรภ์มวลกระดูกจะลดลง ร้อยละ 2-8 และช่วงให้นมบุตรมวลกระดูกจะลดลง ร้อยละ 3-5 (73,74) การลดลงของมวลกระดูกในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นการลดลงชั่วคราวภายใน 6-12 เดือน หลังจากคลอดบุตรหรือหยุดให้นมบุตร มวลกระดูกจะกลับคืนสู่ระดับก่อนตั้งครรภ์ (75)

หลักฐานทางวิชาการเรื่องการลดลงของมวลกระดูกในสตรีที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA

การศึกษาแบบ longitudinal study พบว่าการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA สัมพันธ์กับการลดลงของมวลกระดูก ดังนี้ ที่ 1 ปีหลังใช้ยามวลกระดูกที่สะโพกและกระดูกสันหลังลดลงร้อยละ 0.5-3.5 (75,76) ที่ 2 ปีหลังใช้ยามวลกระดูกลดลงร้อยละ 5.7-7.5 (77, 78) และที่ 5 ปีหลังใช้ยามวลกระดูกลดลงร้อยละ 5.2-5.4 (79) อัตราการลดลงของมวลกระดูกกับเวลาที่ใช้ยาฉีดไม่ได้มีความสัมพันธ์กันแบบเส้นตรง โดยอัตราการลดลงของมวลกระดูกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 1-2 ปีแรก ที่เริ่มใช้ยาจากนั้นอัตราการลดลง

ของมวลกระดูกมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ (75,77,78, 80-82) การลดลงของมวลกระดูกจากยาฉีดทำให้เกิดความกังวลว่าการใช้วิธีคุมกำเนิดนี้ในสตรีวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่กำลังมีการเจริญเติบโตของกระดูกอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนในอนาคต อย่างไรก็ตามหลักฐานทางวิชาการที่มีในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าการลดลงของมวลกระดูกจากยาฉีดคุมกำเนิด DMPA เป็นการลดลงเพียงชั่วคราว เมื่อหยุดใช้ยาฉีดมวลกระดูกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราการเพิ่มกลับคืนและระดับของมวลกระดูกหลังหยุดยาฉีดขึ้นกับระยะเวลาที่ใช้ยาฉีดและขึ้นกับตำแหน่งของกระดูก การกลับคืนของมวลกระดูกเริ่มที่ กระดูกสันหลังก่อนที่บริเวณสะโพก (77,79,82-86) ปี ค.ศ. 2008 Kaunitz et al, ได้ทำการศึกษาแบบ systematic review เพื่อศึกษาการเพิ่มกลับคืนของมวลกระดูกในสตรีที่ใช้ยาฉีด DMPA ผลการศึกษาพบว่าหลังหยุดใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA มวลกระดูกเพิ่มสูงขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงนี้พบในสตรีทุกอายุ มวลกระดูกในสตรีที่เคยใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA และสตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดวิธีนี้ไม่แตกต่างกัน (87) กล่าวโดยสรุปคือจากหลักฐานทางวิชาการที่มีในปัจจุบันสรุปได้ว่า ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ส่งผลต่อการลดลงของมวลกระดูกขณะที่ใช้ และหลังจากหยุดฉีดยามีการเพิ่มกลับคืนมาของมวลกระดูก ถึงแม้ว่าความหนาแน่นของมวลกระดูกที่ต่ำสัมพันธ์กับการเกิดกระดูกหักในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือน (70) อย่างไรก็ตามความหนาแน่นของมวลกระดูกอาจไม่ใช่ตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดในการทำนายความเสี่ยงต่อการกระดูกหักในอนาคตสำหรับกลุ่มสตรีวัยรุ่น มีข้อเสนอแนะให้สตรีที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA รับประทานแคลเซียมอย่างเพียงพอเพื่อเสริมกระดูก โดยสตรีอายุ 25 ปีขึ้นไป ควรรับประทานแคลเซียม 1,000 มก. และวัยรุ่น ควรรับประทาน 1,200 มก./วัน (88)

หลักฐานทางวิชาการเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักในสตรีที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA

ในปี ค.ศ. 2017 Kyvernitakis et al, ได้ทำการศึกษาแบบ case control เปรียบเทียบสตรี 4,189 ราย ที่มีประวัติกระดูกหัก กับสตรีกลุ่มควบคุมจำนวน 4,189 ราย ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า **หนึ่ง** เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่เคยใช้ DMPA สตรีอายุน้อยกว่า 30 ปี ที่กำลังใช้ DMPA (มากกว่า 10 เข็ม) มีค่า adjusted odds ratio (OR) และ 95% CI ของการเกิดกระดูกหักเท่ากับ 3.04 (1.36-6.81) **สอง** เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่เคยใช้ DMPA สตรีที่กำลังใช้และเคยใช้ DMPA มากกว่า 3 เข็ม มีแนวโน้มจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามค่า OR ของความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงบางค่า (89) กล่าวโดยสรุปจากการศึกษานี้คือ สตรีอายุน้อยที่กำลังใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA มีความสัมพันธ์กับการเกิดกระดูกหักเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 2020 Raine-Bennett et al, ได้ทำการศึกษาแบบการศึกษาเชิงสังเกตย้อนไปข้างหลัง การศึกษานี้รวบรวมสตรีจำนวน 308,876 ราย โดยมีสตรีที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA จำนวน 40,199 ราย ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่ได้ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA สตรีที่กำลังใช้ยาฉีดภายใน 2 ปี ทั้งสตรีที่ได้รับยาฉีดมานานน้อยกว่า 2 ปี และมากกว่า 2 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยมีค่า adjusted hazard ratio (HR) และ 95% CI เท่ากับ 1.15 (1.01-1.31) และ 1.42 (1.10-1.83) ตามลำดับ ในขณะที่สตรีที่เคยใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก ทีมผู้วิจัยจากการศึกษานี้ได้สรุปผลการศึกษาว่าเนื่องจากความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหักเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และความเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มหายไปหลังหยุดใช้ยาฉีด DMPA ดังนั้นยาฉีด DMPA น่าจะเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยในการคุมกำเนิด (90) เนื่องจากสตรีอายุ

น้อยมีความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหักต่ำมาก และประโยชน์จากการคุมกำเนิดด้วยยาฉีด DMPA มีมาก ผู้เชี่ยวชาญยังคงแนะนำให้ใช้ยาฉีด DMPA ในสตรีวัยรุ่น โดยควรให้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจด้วยตนเอง และควรเสนอวิธีคุมกำเนิดอื่น ๆ ซึ่งไม่มีผลต่อกระดูกให้เป็นทางเลือกด้วย ไม่แนะนำให้ตรวจมวลกระดูกเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังการฉีดยาคุมกำเนิด DMPA เนื่องจากการตรวจดังกล่าวยังไม่ได้ได้รับการศึกษาวิจัยที่มากพอในกลุ่มสตรีวัยรุ่นและไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนทดแทนในการป้องกันการสูญเสียของมวลกระดูกในสตรีวัยรุ่นที่ได้รับยาฉีดคุมกำเนิด DMPA เนื่องจากการใช้ฮอร์โมนทดแทนมีผลข้างเคียงและยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการมากพอที่จะสรุปได้ว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทนช่วยลดการเกิดกระดูกหักในสตรีกลุ่มดังกล่าว (88,91)

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวโปรเจสติน

ยาฮอร์โมนชนิดโปรเจสตินออกฤทธิ์คุมกำเนิดโดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของมูกบริเวณปากมดลูกให้เหนียวขึ้นเป็นหลัก และยับยั้งไข่ตกได้ร้อยละ 50 ของผู้ใช้ ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยวประเภทรับประทานต้องอาศัยวินัยในการรับประทานยาให้ตรงเวลาสม่ำเสมอเพื่อคงปริมาณยาในเลือด (92) จึงจะมีประสิทธิภาพสูงเทียบเท่ายาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม วิธีนี้จึงอาจไม่เหมาะสมเป็นทางเลือกแรกในวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากวิธีนี้สามารถใช้ได้สตรีที่มีข้อห้ามในการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน มีราคาไม่แพง และไม่ต้องผ่านการทำหัตถการ จึงยังถือเป็นตัวเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพดี โดยผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ฮอร์โมนเดี่ยวคือ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม แผ่นแปะคุมกำเนิด และวงแหวนใส่ช่องคลอดคุมกำเนิด

วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มนี้เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มี

ประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์กรณีใช้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยอัตราการตั้งครรภ์ในปีแรกในกลุ่มสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้องเท่ากับร้อยละ 0.3 อย่างไรก็ตามอัตราการตั้งครรภ์กรณีใช้อย่างทั่วไป สูงถึงร้อยละ 9 อัตราการคงใช้ที่ปีแรกเท่ากับร้อยละ 67 (35) ปี พ.ศ. 2556 มนต์ชัยและคณะ ได้ทำการศึกษาอัตราการคงใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวในสตรีไทย ผลการศึกษาพบว่าอัตราการคงใช้ที่ปีแรกของยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมเท่ากับร้อยละ 80.9 โดยร้อยละ 73.8 ของอาสาสมัครหยุดใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เนื่องจากผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องอืด (30) นอกเหนือจากผลข้างเคียงข้างต้นปัจจัยที่สำคัญต่อการคงใช้วิธีคุมกำเนิดกลุ่มนี้คือการบริหารยาซึ่งเป็นปัจจัยซึ่งทำให้สตรีวัยรุ่นหยุดใช้วิธีคุมกำเนิดกลุ่มนี้ (93) ผลการศึกษาโดย ภิญญดาและคณะ ในปี พ.ศ. 2558 แสดงให้เห็นว่า สตรีไทยที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมมีปัญหาเรื่องบริหารยามากกว่าวิธีคุมกำเนิดชั่วคราววิธีอื่น ๆ (94)

วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มฮอร์โมนรวมมีประโยชน์อื่น ๆ นอกเหนือจากการคุมกำเนิด (non-contraceptive benefits) ซึ่งอาจมีผลดีต่อสตรีวัยรุ่น ได้แก่ ควบคุมรอบประจำเดือนให้สม่ำเสมอลดปริมาณเลือดประจำเดือน ลดอาการปวดประจำเดือน รักษากลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือน (premenstrual syndrome) ลดสิว ลดโอกาสเกิดถุงน้ำรังไข่ (95) ผู้ให้บริการควรพิจารณาถึงปัจจัยเหล่านี้ในการให้คำแนะนำสตรีวัยรุ่นในการเลือกวิธีคุมกำเนิด เนื่องจากผลดีเหล่านี้อาจส่งผลให้สตรีวัยรุ่นมีอัตราการคงใช้วิธีคุมกำเนิดที่สูงขึ้น

ความเสี่ยงเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในวันรุ่นที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม พบมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ใช้ยา 3-4 เท่า หรือคิดเป็น 3-4 ราย ต่อผู้ใช้ยา 100,000 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำกว่าอัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำระหว่างตั้งครรภ์ (62) จากเกณฑ์การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีโรค

ทางอายุรกรรมและภาวะต่าง ๆ ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก โรคทางอายุรกรรมที่เป็นข้อห้ามในการใช้วิธีคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมเช่น โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งตับเป็นภาวะที่พบได้น้อยมากในสตรีวัยรุ่น ภาวะอื่น ๆ ที่เป็นข้อห้ามในการใช้วิธีคุมกำเนิดกลุ่มนี้ที่อาจพบได้ในสตรีวัยรุ่น ได้แก่ ให้นมบุตรและอยู่ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด หลังคลอดบุตรภายใน 21 วัน ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการ venous thromboembolism หรือได้รับการผ่าตัดใหญ่ซึ่งมีผลให้ต้องอยู่กับที่เป็นระยะเวลานาน (immobilization) (31) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า สตรีวัยรุ่นที่สุขภาพแข็งแรงและไม่มีภาวะดังกล่าว สามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มนี้ได้อย่างปลอดภัย

ผลของยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมต่อมวลกระดูก

ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมออกฤทธิ์กดการสร้างเอสโตรเจน และส่งผลยับยั้งการสร้าง insulin like growth factor 1 (IGF-1) ซึ่งออกฤทธิ์ส่งเสริมการเพิ่มมวลกระดูก สตรีอายุน้อยที่ไม่ได้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมมีค่าเฉลี่ยของระดับเอสตราไดอล (estradiol) ในกระแสเลือดที่ 120 พคก. โดยในช่วงกึ่งกลางรอบประจำเดือนระดับเอสตราไดอลจะสูงมากกว่า 200 พคก./มล. ในขณะที่สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมชนิดที่ประกอบด้วยเอthinylเอสตราไดอล (EE) 30 มคก. จะมีค่าเฉลี่ยของระดับเอสตราไดอลในกระแสเลือดที่ 44 พคก./มล. สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมที่ประกอบด้วย EE 20 มคก. จะยังมีค่าเฉลี่ยของระดับเอสตราไดอลในกระแสเลือดที่ต่ำกว่า นั่นคือ 41 พคก./มล. (96) ระดับเอสตราไดอลที่ต่ำจะไม่สามารถคงค่ามวลกระดูกได้

ปี ค.ศ. 2019 Goshtasebi et al. ได้ทำการศึกษาแบบ meta-analysis เพื่อศึกษาผลของการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมต่อมวลกระดูก การศึกษานี้

ประกอบด้วยสตรีวัยรุ่นจำนวน 1,535 ราย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ที่ 1 ปี หลังเริ่มใช้ยา กลุ่มสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมมีค่าเฉลี่ยของมวลกระดูกบริเวณ lumbosacral (LS) spine ลดลง -0.02 95% CI (-0.05 to 0.0001) ก./ตร.ซม. ที่ 2 ปีหลังเริ่มใช้ยา กลุ่มสตรีที่ใช้ยาคุมเม็ดกำเนิดฮอร์โมนรวมมีค่าเฉลี่ยของมวลกระดูกบริเวณ LS spine ลดลง -0.02 95% CI (-0.03 to -0.01) ก./ตร.ซม. (97) ปี ค.ศ. 2016 Gersten et al, ได้ทำการศึกษาแบบ open-label randomized controlled trial เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงมวลกระดูกบริเวณ lumbar spine ในสตรีวัยรุ่นจำนวน 1,361 ราย ที่ได้รับยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมสูตรต่าง ๆ ดังต่อไปนี้เป็นเวลา 52 สัปดาห์ กลุ่มที่ 1 levonorgestrel (LNG) 150 มคก./EE 30 ก. รับประทานต่อเนื่อง 84 วัน เว้น 7 วัน กลุ่มที่ 2 LNG 100 มคก./EE 20 มคก. รับประทาน 21 วัน เว้น 7 วัน และกลุ่มที่ 3 กลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบระดับมวลกระดูกเพิ่มขึ้นในสตรีทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.26 กลุ่มที่ 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.45 และกลุ่มที่ 3 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.50 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ 3) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของมวลกระดูกในสตรีกลุ่มที่ 1 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ระดับมวลกระดูกในกลุ่มที่ 2 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (98) ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Agostino et al, ซึ่งพบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมที่ประกอบด้วย EE 20 มคก. อาจไม่เพียงพอต่อการสะสมมวลกระดูกในสตรีวัยรุ่น (99) อย่างไรก็ตามภาวะดังกล่าวพบเฉพาะขณะรับประทานยา หลังหยุดยามีมวลกระดูกกลับมาเพิ่มขึ้นได้เล็กน้อย (100) จากหลักฐานทางวิชาการข้างต้น ผู้เชี่ยวชาญจึงแนะนำสตรีวัยรุ่นเลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมที่มีระดับ EE 30-35 มคก. (71) โดยการใช้แบบต่อเนื่อง (extended regimen) เพื่อเพิ่มระยะเวลา

ของการได้รับเอสโตรเจนน่าจะส่งผลดีต่อระดับมวลกระดูก

อุ้งยางอนามัยชาย

อุ้งยางอนามัยชาย เป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นทั้งในไทยและต่างประเทศ (101) เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง โดยอัตราการตั้งครรภ์ในปีแรกในกลุ่มสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง เท่ากับร้อยละ 2 อย่างไรก็ตามอัตราการตั้งครรภ์กรณีใช้อย่างทั่วไปสูงถึงร้อยละ 18 ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความรู้แก่วัยรุ่นถึงวิธีการใช้อุ้งยางอนามัย การเลือกขนาด และการใช้เจลหล่อลื่นที่ปลอดภัย การศึกษาโดย Eisenberg et al, พบว่า เมื่อสตรีวัยรุ่นเลือกใช้ dual method วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ถูกเลือกใช้น้อยที่สุด (102) เนื่องจาก dual method เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บุคลากรทาง การแพทย์ควรย้ำเน้นประเด็นนี้ในผู้รับบริการวัยรุ่น

การคุมกำเนิดฉุกเฉิน

สตรีวัยรุ่นที่ไม่ได้เลือกใช่วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร ควรได้รับคำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดฉุกเฉิน เนื่องจากอาจมีเหตุที่จำเป็นต้องคุมกำเนิดฉุกเฉิน เช่น มีเพศสัมพันธ์ระหว่างที่ลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ลืมหรือไม่สะดวกไปรับบริการยาฉีดคุมกำเนิด หรืออุ้งยางอนามัยรั่วหรือแตก นอกจากนี้ สตรีที่อยู่ระหว่างการเพิ่งเริ่มใช้การคุมกำเนิดกึ่งถาวร หรือใช้การคุมกำเนิดแบบ quick start (เริ่มการคุมกำเนิดโดยไม่ได้ อยู่ภายใน 5-7 วันหลังมีประจำเดือน) ก็ควรได้รับคำแนะนำเช่นเดียวกัน (103) บุคลากรทางการแพทย์ควรย้ำเน้นเป็นกรณีพิเศษในสตรีวัยรุ่นที่ห้ามตั้งครรภ์ เช่น สตรีวัยรุ่นที่มีโรคประจำตัวซึ่งการตั้งครรภ์อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือสตรีวัยรุ่นที่กำลังใช้ยาที่เป็น

พิษต่อทารกในครรภ์ เช่น ยา isotretinoin (104,105) เนื่องจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินไม่ได้เป็นข้อห้ามในสตรีที่มีโรคประจำตัว หรือกำลังรับประทานยาข้างต้น (31) หลักฐานทางวิชาการที่มีในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้สตรีเข้าถึงบริการคุมกำเนิดฉุกเฉินไม่ได้เป็นการสนับสนุนให้สตรีมีพฤติกรรมเสี่ยงรวมถึงไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (106)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณศรัณญา พรเอี่ยม ผู้จัดเอกสารอ้างอิง ขอขอบคุณคุณชลาลัย อมาตยกุล คุณกังสตาล อมาตยกุล และ คุณนันทนา ทองรอด ที่ช่วยดูแลการจัดทบทวนความรู้ทางวิชาการของหน่วยวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ อันเป็นที่มาของการเขียนบทความวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. Frazer E. Thailand: A Family Planning Success Story Cooperative partnerships, innovative marketing, and a sense of fun have helped Thailand defuse the population bomb [Internet]. 1992 [cited 2020 Sep 18]. Available from: <http://www.context.org/iclib/ic31/frazer/>
2. World Bank Group. Fertility rate, total (births per woman) - Thailand [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 18]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=TH>
3. Department of Health, the Bureau of Reproductive Health. The situation of reproductive health in adolescents and youth 2019 [Internet] 2019. [1 Sep 2020]. Accessed from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n86_0559234e9637e6dbb75f01b6e1e1a1aa_สถานการณ์RH_2562_Website.pdf (in Thai)
4. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK. Births: final data for 2018. Natl Vital Stat Rep. 2019;68:1-47.
5. United Nations Population Fund. World Population Dashboard: Adolescent birth rate per

- 1,000 girls aged 15-19, 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 01]. Available from: <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>
6. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121:40-8.
7. Traisrisilp K, Jaiprom J, Luewan S, Tongsong T. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015;41:1726-31.
8. Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med*. 2016;374:843-52.
9. Udo IE, Lewis JB, Tobin JN, Ickovics JR. Intimate Partner Victimization and Health Risk Behaviors Among Pregnant Adolescents. *Am J Public Health*. 2016;106:1457-9.
10. Moffitt TE; E-Risk Study Team. Teen-aged mothers in contemporary Britain. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43:727-42.
11. Assini-Meytin LC, Green KM. Long-term consequences of adolescent parenthood among African-American urban youth: a propensity score matching approach. *J Adolesc Health*. 2015;56:529-35.
12. Pilasan S. Adolescent pregnancy outcomes. Policy Brief [Internet]. 2014. [cited 2020 Sep 1]. Available from: [https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/10/effects on adolescent pregnancy-final-for-web.pdf](https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/10/effects_on_adolescent_pregnancy-final-for-web.pdf). (in Thai)
13. WHO Regional Office for Europe and BZgA. Standards for sexuality education in Europe [Internet]. 2010 [cited 2020 Sep 20]. Available from: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf
14. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015;24:349-53.
15. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 735: Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol*. 2018;131:e130-e9.
16. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 699: Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. *Obstet Gynecol*. 2017;129:e142-e9.
17. Chacko MR. Contraception: Issues specific to adolescents. In: Blake D, Torchia MM, editors. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2020 [updated 2020 Sep 14; [cited 2020 Sep 20]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-issues-specific-to-adolescents>
18. Department of Health, the Bureau of Reproductive Health. Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights [Internet]. 2016 [cited 2021 May 18]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/191163-01/> (in Thai)
19. Chawachalasai P. Safe abortion: solution for adolescents with unintended pregnancies [Internet]. [cited 2020 Sep 1]. Available from: [http://164.115.41.179/promote/sites/default/files/Helping Unprepared Pregnant Women.pdf](http://164.115.41.179/promote/sites/default/files/Helping_Unprepared_Pregnant_Women.pdf) (in Thai)
20. UNICEF Thailand. Situation Analysis of Adolescent Pregnancy in Thailand: 2015 Synthesis Report [Internet]. [cited 2020 Sep 1]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org/thailand/files/2018-08/160705_SAAP_in_Thailand_report_TH.pdf. (in Thai)
21. Harper CC, Blum M, de Bocanegra HT, Darney PD, Speidel JJ, Policar M, et al. Challenges in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1359-69.
22. Lersbuasin P, Santibenchakul S, Jaisamrarn U. Knowledge, attitude and practice regarding emergency contraceptive pills among health care providers. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;23:34-43.
23. Boonsangsom P. TEEN CLUB: Unwanted Pregnancies Prevention [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 21]. Available from: [https://www.thaihealth.or.th/Content/53150-launch_%20TEEN%20CLUB%20%20Prevent stomach problems, not ready.html](https://www.thaihealth.or.th/Content/53150-launch_%20TEEN%20CLUB%20%20Prevent_stomach_problems_not_ready.html) (in Thai)
24. Panyapayatjati C. "AIDS-Unwanted Pregnancies" Hotline 1663 [Internet]. 2014. [cite 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.thaihealth>

- or.th/Content/25949-“AIDS-Pregnancy Unprepared”%20consult%201663%20.html (in Thai)
25. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Jr, Kowal D, Policar MS. Contraceptive technology. 20th ed. New York: Ardent Media; 2011.
 26. Nelson AL, Neinstein LS. Contraception. In: Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK, Rosen DS, Woods ER, editors. Handbook of Adolescent Health Care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2009. p. 389-402.
 27. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 710: counseling adolescents about contraception. *Obstet Gynecol.* 2017;130:e74-e80.
 28. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 186: long-acting reversible contraception: Implants and Intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2017; 130:e251-e69.
 29. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for health project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. 2018 edition. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2018.
 30. Santibenchakul S, Santipap M, Jaisamrarn U. Discontinuation of different contraceptive methods in Thai women. *North American Forum on Family Planning*; 10/7/2013; Contraception. 2013;88:450.
 31. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. Geneva: WHO Press; 2015 [cited 2018 Feb 05]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf
 32. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. *Popul Rep J.* 1998:1-31.
 33. Hubacher D, Lopez L, Steiner MJ, Dorflinger L. Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA: systematic review and evidence-based comparisons. *Contraception.* 2009;80:113-8.
 34. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65:1-104.
 35. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Jr, Kowal D, Policar M, editors. Contraceptive technology. 20th ed. New York: Ardent Media; 2011. p. 779-88.
 36. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:364.e1-12.
 37. Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:481.e1-7.
 38. Buckingham P, Moulton JE, Subasinghe AK, Amos N, Mazza D. Acceptability of immediate postpartum and post-abortion long-acting reversible contraception provision to adolescents: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100:629-40.
 39. Department of Health, The Bureau of Reproductive Health. Reproductive health situation and policy [Internet]. 2020. [cited 2021 April 16]. Available from: <http://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2020/03-5005-20200304140549/f976bc499eec144cf12be50e3a3b74ba.pdf>. (in Thai)
 40. Bostick EA, Greenberg KB, Fagnano M, Baldwin CD, Halterman JS, Yussman SM. Adolescent Self-Reported Use of Highly Effective Contraception: Does Provider Counseling Matter? *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33:529-35.
 41. Caddy S, Yudin MH, Hakim J, Money DM. Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36:266-74.
 42. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet.* 2000;356:1013-9.
 43. Stoddard AM, Xu H, Madden T, Allsworth JE, Peipert JF. Fertility after intrauterine device removal: a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2015;20:223-30.
 44. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility--follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception.* 2007;75:88-92.
 45. Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs

- during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception*. 1994;49:56-72.
46. Akers AY, Steinway C, Sonalkar S, Perriera LK, Schreiber C, Harding J, Garcia-Espana JF. Reducing pain during intrauterine device insertion: a randomized controlled trial in adolescents and young women. *Obstetrics & Gynecology*. 2017 Oct 1;130:795-802.
47. Matthews LR, O'Dwyer L, O'Neill E. Intrauterine device insertion failure after misoprostol administration: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2016;128:1084-91.
48. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2014;123:585-92.
49. Keenahan L, Bercaw-Pratt JL, Adeyemi O, Hakim J, Sangi-Haghpeykar H, Dietrich JE. Rates of intrauterine device expulsion among adolescents and young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021;34:362-5.
50. Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception*. 2007;75(6 suppl):S8-11.
51. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2014;123:585-92.
52. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol*. 2014;124:718-26.
53. Eisenberg DL, Schreiber CA, Turok DK, Teal SB, Westhoff CL, Creinin MD. Three-year efficacy and safety of a new 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. 2015;92:10-6.
54. Gemzell-Danielsson K, Apter D, Hauck B, Schmelter T, Rybowski S, Rosen K, et al. The effect of age, parity and body mass index on the efficacy, safety, placement and user satisfaction associated with two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: subgroup analyses of data from a phase iii trial. *PLoS One*. 2015;10:e0135309.
55. Lohr PA, Lyus R, Prager S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 2017;95:529-37.
56. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Clinical Guideline: Intrauterine Contraception [Internet]. 2015. (Amended 2019 Sep) [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/>
57. Thonneau P, Almont T, de La Rochebrochard E, Maria B. Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study. *Hum Reprod*. 2006;21:2612-6.
58. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kautitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil Steril*. 2009; 91:1646-53.
59. Vickery Z, Madden T, Zhao Q, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. *Contraception*. 2013;88:503-8.
60. Romano ME, Braun-Courville DK. Assessing weight status in adolescent and young adult users of the etonogestrel contraceptive implant. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32:409-14.
61. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2012;366:1998-2007.
62. Todd N, Black A. Contraception for adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12:28-40.
63. Bonny AE, Ziegler J, Harvey R, Debanne SM, Secic M, Cromer BA. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:40-5.
64. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:Cd008815.
65. Bonny AE, Secic M, Cromer B. Early weight gain related to later weight gain in adolescents on depot medroxyprogesterone acetate. *Obstet Gynecol*. 2011;117:793-7.
66. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks

- PA, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception*. 2013;87:611-24.
67. Jirakittidul P, Somyaprasert C, Angsuwathana S. Prevalence of documented excessive weight gain among adolescent girls and young women using depot medroxyprogesterone acetate. *J Clin Med Res*. 2019;11:326-31.
68. Kaunitz AM. Long-acting injectable contraception with depot medroxyprogesterone acetate. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170:1543-9.
69. Gbolade BA. Depo-provera and bone density. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2002;28:7-11.
70. World Health Organization. Prevention and management of osteoporosis: report of a WHO scientific group [Internet]. 2000 [cited 2020 Sep 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42841/WHO_TRS_921.pdf?sequence=1
71. Di Meglio G, Crowther C, Simms J. Contraceptive care for Canadian youth. *Paediatr Child Health*. 2018;23:271-7.
72. Bonjour J-P, Rizzoli R. Bone acquisition in adolescence. In: Marcus R, Feldman D, Kelsey J, editors. *Osteoporosis*. 2nd ed. California: Academic Press; 2001. p. 621-38.
73. Karlsson C, Obrant KJ, Karlsson M. Pregnancy and lactation confer reversible bone loss in humans. *Osteoporos Int*. 2001;12:828-34.
74. Sowers M, Corton G, Shapiro B, Jannausch ML, Crutchfield M, Smith ML, et al. Changes in bone density with lactation. *JAMA*. 1993;269:3130-5.
75. Ulrich CM, Georgiou CC, Snow-Harter CM, Gillis DE. Bone mineral density in mother-daughter pairs: relations to lifetime exercise, lifetime milk consumption, and calcium supplements. *Am J Clin Nutr*. 1996;63:72-9.
76. Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ, Rickert VI, Thomas A. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. *Obstet Gynecol*. 2001;98:576-82.
77. Clark MK, Sowers M, Levy B, Nichols S. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertil Steril*. 2006;86:1466-74.
78. Clark MK, Sowers MR, Nichols S, Levy B. Bone mineral density changes over two years in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertil Steril*. 2004;82:1580-6.
79. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM, Ross D, McClung MR. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*. 2006;74:90-9.
80. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, Jr, et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:380-5.
81. Cromer BA, Bonny AE, Stager M, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertil Steril*. 2008;90:2060-7.
82. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology*. 2002;13:581-7.
83. Cundy T, Cornish J, Evans MC, Roberts H, Reid IR. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*. 1994;308:247-8.
84. Harel Z, Johnson CC, Gold MA, Cromer B, Peterson E, Burkman R, et al. Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. *Contraception*. 2010;81:281-91.
85. Johnson CC, Burkman RT, Gold MA, Brown RT, Harel Z, Bruner A, et al. Longitudinal study of depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera) effects on bone health in adolescents: study design, population characteristics and baseline bone mineral density. *Contraception*. 2008;77:239-48.
86. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:139-44.
87. Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone ac-

- etate injectable contraception use. *Contraception*. 2008;77:67-76.
88. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 602: Depot medroxyprogesterone acetate and bone effects. *Obstet Gynecol*. 2014;123:1398-402.
 89. Kyvernitakis I, Kostev K, Nassour T, Thomasius F, Hadji P. The impact of depot medroxyprogesterone acetate on fracture risk: a case-control study from the UK. *Osteoporos Int*. 2017; 28:291-7.
 90. Raine-Bennett T, Chandra M, Armstrong MA, Alexeeff S, Lo JC. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptive, intrauterine device use, and fracture risk. *Obstet Gynecol*. 2019; 134:581-9.
 91. Golden NH. Bones and birth control in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33: 249-54.
 92. Powell A. Choosing the right oral contraceptive pill for teens. *Pediatr Clin North Am*. 2017; 64:343-58.
 93. Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2011;117:363-71.
 94. Panyavaranant P, Santibenchakul S, Jaisamrarn U. Compliance of different contraceptive methods in Thai women. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;23:130-8.
 95. Practice Bulletin No. 110: Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2010;115:206-18.
 96. Ziglar S, Hunter TS. The effect of hormonal oral contraception on acquisition of peak bone mineral density of adolescents and young women. *J Pharm Pract*. 2012;25:331-40.
 97. Goshtasebi A, Brajic TS, Scholes D, Goldberg TBL, Berenson A, Prior JC. Adolescent use of combined hormonal contraception and peak bone mineral density accrual: a meta-analysis of international prospective controlled studies. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2019;90:517-24.
 98. Gersten J, Hsieh J, Weiss H, Ricciotti NA. Effect of extended 30 µg ethinyl estradiol with continuous low-dose ethinyl estradiol and cyclic 20 µg ethinyl estradiol oral contraception on adolescent bone density: a randomized trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29:635-42.
 99. Agostino H, Di Meglio G. Low-dose oral contraceptives in adolescents: how low can you go? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23:195-201.
 100. Scholes D, Hubbard RA, Ichikawa LE, LaCroix AZ, Spangler L, Beasley JM, et al. Oral contraceptive use and bone density change in adolescent and young adult women: a prospective study of age, hormone dose, and discontinuation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:E1380-7.
 101. Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21:417-30.
 102. Eisenberg DL, Allsworth JE, Zhao Q, Peipert JF. Correlates of dual-method contraceptive use: an analysis of the National Survey of Family Growth (2006-2008). *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:717163.
 103. Potter J, Santelli JS. Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. *Minerva Pediatr*. 2015;67:33-45.
 104. Stancil SL, Miller M, Briggs H, Lynch D, Goggin K, Kearns G. Contraceptive provision to adolescent females prescribed teratogenic medications. *Pediatrics*. 2016;137.
 105. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Preconceptional counseling. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, editors. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014. p. 156-66.
 106. Trussell J, Hedley A, Raymond E. Ectopic pregnancy following use of progestin-only ECPs. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2003;29:249.
 107. Pongchaiyakul C, Rojroongwasinkul N, Chotmongkol R, Kosulwat V, Charoenkiatkul S, Rajatanavin R. Bone mineral density in rural Thai adults living in Khon Kaen province. *J Med Assoc Thai*. 2002;85:235-44.

Contraception for adolescents

Santibenchakul S, Kitjaras T and Jaisamrarn U

Family Planning and Reproductive Health Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

Adolescent pregnancy remains a significant issue in Thailand. The barrier to accessing reproductive health services is one of the obstacles to this problem. To mitigate these barriers, the Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health provides Thai teens with friendly health services such as line official 'TEEN CLUB' and hotline '1663'. Additionally, the age restriction for long-acting reversible contraception (LARC) and financial barriers to access highly effective contraception have been removed. Healthcare providers' knowledge, attitude, and correct understanding of contraception are essential contributors to teens' reproductive health care. Current evidence supports the safety of contraceptive use among teens. As LARC is safe and highly effective in preventing unintended pregnancies, it should be considered a first option to use in combination with male condoms to protect both pregnancy and sexually transmitted diseases **Chiang Mai Medical Journal 2021;60(4): 801-22. doi: 10.12982/CMUMEDJ.2021.66**

Keywords: contraception for adolescents, contraception for young women, long acting reversible contraception, unintended pregnancies