



บทบาทพยาบาลกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น  
NURSING'S ROLE IN CONTRACEPTION AMONG ADOLESCENTS

กฤษณา ปิงวงศ์<sup>1</sup>

ขวัญชนก ยาลมาโฮน<sup>2</sup>

Kridsana Pingwong

Khwanchanok Hjalmarsson

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000  
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, 57000, Thailand

<sup>2</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000  
Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, 57000, Thailand

<sup>2</sup>Corresponding author E-mail: cr.khwanchanok@gmail.com

Received: November 8, 2023

Revised: December 20, 2023

Accepted: December 25, 2023

**บทคัดย่อ**

แม้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกจะลดลง แต่ในประเทศไทยพบวัยรุ่นเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศเร็วขึ้นและส่วนใหญ่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน ซึ่งยังขาดความรู้ที่เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์จึงนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนด้วยยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2669 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวโดยการเพิ่มความเข้าใจ รวมถึงการให้คำปรึกษา ส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด จึงต้องพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

**คำสำคัญ** : การคุมกำเนิด, วัยรุ่น, บทบาทพยาบาล

**Abstract**

Although the global teenage pregnancy rate is decreasing, in Thailand, adolescents are engaging in sexual behavior at an earlier age, and many of them have more than one sexual partner. The lack of sufficient knowledge to prevent pregnancy may lead to unintended pregnancies, abortions, and sexually transmitted diseases. The use of effective contraception methods is, therefore, fundamental to preventing teenage pregnancy. Thailand is guided by the National Adolescent Pregnancy Prevention and Solution 2017–2026 policy, where nurses play a crucial role in its implementation. Their responsibilities include increasing knowledge, providing counseling for

teenagers, and assisting them in choosing a suitable birth control method. Therefore, nurses must have updated knowledge about contraception to keep pace with current changes, enabling them to practice nursing effectively and increase birth control rates among teenagers engaging in risky sexual behavior. This ensures that teenagers have access to accurate and appropriate birth control methods.

**Keywords:** contraception, adolescents, role of nursing

## บทนำ

การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่เฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลจากการสำรวจภูมิภาคที่กำลังพัฒนาในปี พ.ศ. 2562 พบวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี ตั้งครรรภ์มากถึง 21 ล้านคน (World Health Organization: WHO 2022) ประเทศไทยมีรายงานสถิติของกรมอนามัยที่พบการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2561 - 2563 เท่ากับ 35.0, 31.30 และ 28.70 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี หนึ่งในพันคนตามลำดับ (Department of Health of Ministry of Public Health, 2017) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์วัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ที่ได้ตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2569 ว่ามีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่ำกว่า 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี หนึ่งในพันคน (Department of Health of Ministry of Public Health, 2020)

การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม จึงทำให้ต้องเผชิญกับการถูกตีตรา การปฏิเสธจากครอบครัว เพื่อนและชุมชน จนทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (Yazdi -Fezabadi, Mehrolohasani, Zolala, Haghdoost, & Oroomiei, 2019) นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อการเจริญเติบโตของสตรีมีครรรภ์วัยรุ่น เนื่องจากในระยะตั้งครรรภ์ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรรภ์ ขณะเดียวกันวัยรุ่นก็ต้องการพลังงานในการเจริญเติบโตเช่นกัน จึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการเสียเลือด การติดเชื้อขณะตั้งครรรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรรภ์ รวมทั้ง

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด (Shirin, Khanam, Ara, & Panna, 2016) จึงได้มีนโยบายป้องกัน การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นเกิดขึ้น

ประเทศไทยมียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จากความร่วมมือของหน่วยงานราชการ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดำเนินงาน โดยมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น คือ 1) ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรในปี พ.ศ. 2569 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2) ร้อยละของวัยรุ่นที่ใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2569 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และ 3) ความต้องการที่ยังไม่สมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น 15 - 19 ปี ในปี พ.ศ. 2569 ไม่เกินร้อยละ 5 (Department of Health of Ministry of Public Health, 2017)

แม้จะมีแนวทางการป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นที่ชัดเจนแต่สถิติการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นก็ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจเป็นเพราะปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศที่เร็วขึ้นโดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุประมาณ 17 ปี และส่วนใหญ่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน รวมทั้งวัยรุ่นยังขาดความรู้ที่เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรรภ์ จึงนำไปสู่การตั้งครรรภ์ที่

ไม่พร้อม การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Bitzer, Abalos, Apter, Martin, & Black, 2016) หรือแม้จะมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แต่วัยรุ่นอีกจำนวนมากยังมีการใช้ที่ไม่ต่อเนื่อง (Black et al., 2009) จึงทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมดังกล่าว นอกจากนี้ วิธีการคุมกำเนิดที่นิยมใช้มากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ยังคงน้อยกว่าวิธีการคุมกำเนิดโดยวิธีอื่น เนื่องจากมักเกิดความล้มเหลวในการใช้งาน (Trussell, 2011) พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิดจึงควรมีการอัปเดตความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ถูกต้องเพียงพอต่อการให้ข้อมูลวัยรุ่นประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด บทความนี้จะนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นและบทบาทพยาบาลกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ในการทำงาน

### การคุมกำเนิดในวัยรุ่น

การคุมกำเนิดส่วนใหญ่สามารถเริ่มได้ทันที โดยไม่ต้องรอรอบเดือนถัดไปหากไม่พบการตั้งครรภ์ ซึ่งการรอรอบเดือนเพื่อเริ่มการคุมกำเนิดอาจทำให้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันพบว่า การได้รับฮอร์โมนคุมกำเนิดไม่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ (Charlton, Molgaard-Nielsen, Svanstrom, Wohlfahrt, Pasternak, & Melbye, 2016) ดังนั้นจึงสามารถเริ่มการคุมกำเนิดด้วยยาได้ทันทีร่วมกับการใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย และนัดติดตามผลการตั้งครรภ์ใน 2 - 4 สัปดาห์ (Brahmi & Curtis, 2013) ส่วนการเริ่มคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนในช่วงเป็นรอบเดือนนั้น เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดการตั้งครรภ์ ในขณะที่ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสเตอโรนอย่างเดียว

และยาฝังคุมกำเนิด สามารถเริ่มได้ทันทีหลังคลอดหรือหลังแท้ง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการตั้งครรภ์

วิธีการคุมกำเนิดที่นิยม มีดังนี้

1. อยู่ระหว่าง 7 วันแรกของรอบเดือน (ในกรณีรอบเดือนปกติ)
2. ไม่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วันแรกของรอบประจำเดือนครั้งสุดท้าย
3. ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ
4. ภายใน 7 วัน หลังแท้ง
5. ภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอดบุตร
6. ภายใน 6 เดือนหลังคลอด เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (exclusively breastfeeding) จะทำให้ยังไม่ประจำเดือน

### การคุมกำเนิดฉุกเฉิน

วัยรุ่นควรตระหนักถึงการคุมกำเนิดกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น ความล้มเหลวของการใช้ถุงยางอนามัย การลืมนับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด หรือการไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใดแต่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน วิธีการคุมกำเนิดฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด คือ การใส่ห่วงอนามัยชนิดทองแดง สามารถใส่ได้ภายใน 7 วันหลังผลตรวจการตั้งครรภ์เป็นลบ (Todd & Black, 2020) แต่มีข้อจำกัดในด้านบุคลากรที่ชำนาญในการใส่ห่วงอนามัย กลไกป้องกันการตั้งครรภ์ของการใส่ห่วงอนามัย คือ ห่วงอนามัยจะทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบที่เป็นพิษต่อเซลล์ไข่และสเปิร์ม เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในท่อไข่และ Myometrium จึงป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อน

นอกจากนี้ วิธีการคุมกำเนิดฉุกเฉินที่วัยรุ่นนิยมใช้ คือ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินซึ่งทำให้การพัฒนาของ Follicle ผิดปกติก่อนเกิดการตกไข่ จึงป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 85 หากใช้ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งวิธีนี้สามารถเป็นวิธีสำรองในกรณีถุงยางอนามัยแตก หลุด หรือไม่ได้ใช้ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของ

ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินต่ำกว่าการใช้วิธีคุมกำเนิดปกติ วัยรุ่นที่ใช้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินควรมีการตรวจ การตั้งครรภ์หากพบว่าไม่มีรอบเดือนใน 21 วัน มีเลือดประจำเดือนน้อยกว่าปกติ หรือมีอาการปวด ท้องผิดปกติ (Praditpan et al., 2017)

### วิธีการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดมีวัตถุประสงค์เพื่อเว้นระยะ การมีบุตรให้มีบุตรในระยะเวลาที่เหมาะสม ให้มี ความพร้อมทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย การคุมกำเนิดจึง เป็นสิ่งสำคัญของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม ซึ่งการคุมกำเนิดในวัยรุ่นควรเป็นแบบ กึ่งถาวร มีรายละเอียดดังนี้

1. การใส่ห่วงอนามัย (intrauterine contraception) เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ระยะยาว (long acting reversible contraception: LARC) ที่มีประสิทธิภาพสูงในการคุมกำเนิด และสามารถใช้ได้กับเพศหญิงทุกช่วงวัย โดยอายุและ การไม่เคยผ่านการคลอดบุตร (nulliparity) ไม่ได้ เป็นข้อห้ามในการใส่ห่วงอนามัย (Madden et al., 2014) เพราะกลไกหลักในการออกฤทธิ์ของห่วง อนามัย คือ การป้องกันการปฏิสนธิ (fertilization) (Black et al., 2016) นอกจากนี้ การใส่ ห่วง อนามัยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์หรือการอักเสบในอุ้งเชิงกราน แต่ ควรมีการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง การใส่ห่วงอนามัยมีความ ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่นที่แม่จะมีประวัติการติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากคนที่มี ภูมิต้านทานต่ำไม่ได้เป็นข้อห้ามของการใส่ห่วง อนามัย การใส่ห่วงอนามัยหลังแท้งและหลังคลอด โดยสามารถใส่ได้ภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะที่ ค่อนข้างปลอดภัย มีโอกาสที่ห่วงอนามัยหลุด น้อยมาก เพียงร้อยละ 10 แต่ไม่แนะนำให้ใส่ ในกรณีที่มีการติดเชื้อ Chorioamnionitis และ การตกเลือดหลังคลอด (Todd & Black, 2020)

2. การคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนโปรเจส เตอร์โรนอย่างเดียว (progestin-only contraceptive options) มีทั้งแบบยาฝัง ยาฉีด และยากิน จึงเป็น

ทางเลือกที่ดีอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับวัยรุ่น แต่มี ข้อห้ามที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังรักษา ในช่วง 5 ปีแรก โรคตับแข็งรุนแรง มะเร็งตับ และ มีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ สำหรับอาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ ฮอโมนโปรเจสเตอร์โรนอย่างเดียว คือ เลือดออก กระจิดริดกระปรอย และการคุมกำเนิดโดยใช้ ฮอโมนโปรเจสเตอร์โรนอย่างเดียวมีรายละเอียด แต่ละแบบดังนี้

2.1 ยาฝังคุมกำเนิด มีประสิทธิภาพ ในการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 99 โดยทำให้มูกที่ ปากมดลูกเหนียว เยื่อบุโพรงมดลูกบาง และยับยั้ง การตกไข่ ผู้ใช้ส่วนใหญ่มักใช้อย่างต่อเนื่องถึง 2 ปี บางคนหยุดใช้ก่อนครบ 3 ปี เนื่องด้วยมีเลือดออก กระจิดริดกระปรอย น้ำหนักเพิ่ม และมีสิ่ว อยากรักก็ตาม การใช้ยาฝังคุมกำเนิดไม่มีผลต่อ ความหนาแน่นของมวลกระดูก (Todd & Black, 2020) การฝังยาคุมกำเนิดจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือก ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นในการคุมกำเนิด เพราะ ไม่ต้องใช้ประจำทุกวันเหมือนการรับประทาน ยา คุมกำเนิด และยังทำให้ภาวะเจริญพันธุ์กลับมาได้ ตามปกติหลังหยุดใช้ นอกจากนี้ การใช้ยาฝัง คุมกำเนิดสามารถทำได้ทันทีหลังคลอดและหลัง แท้ง จึงช่วยลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้

2.2 ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นการฉีดยา เข้าทางกล้ามเนื้อทุก 12 สัปดาห์ โดยบุคลากรทาง การแพทย์ มีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้ง Pituitary gonadotropins ไม่ให้เกิดการตกไข่ และทำให้มูก ที่ปากมดลูกเหนียว ยาฉีดคุมกำเนิดไม่ถูกขจัดออก ร่างกายโดยเอนไซม์ตับจึงไม่ส่งผลกระทบต่อ เอนไซม์ตับ อาการข้างเคียงของยาฉีดคุมกำเนิด เช่น เลือดออกกระจิดริดกระปรอย มีภาวะเจริญ พันธุ์ช้ากว่าปกติหลังหยุดใช้ และน้ำหนักเพิ่ม สำหรับวัยรุ่นที่เลือกใช้การฉีดยาคุมกำเนิดจะมีการ เพิ่มขึ้นของน้ำหนักมากกว่าก่อนการใช้หรือกลุ่มที่ เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น (Bonny, Secic, & Cromer, 2011) นอกจากนี้ ยาฉีดคุมกำเนิดยังเพิ่ม อุบัติการณ์ภาวะขาดประจำเดือน (amenorrhea)

พบได้ร้อยละ 68 ของผู้ที่ฉีดยาคุมกำเนิด เหตุผลของการหยุดใช้ยาฉีดยาคุมกำเนิดส่วนใหญ่ คือการมีเลือดออกกระปริดกระปรอย รวมทั้งอาจทำให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้น วัยรุ่นจึงต้องตระหนักในการใช้วิธีนี้เพราะวัยรุ่นเป็นช่วงที่กำลังสะสมมวลกระดูก ซึ่งผู้ที่ฉีดยาคุมกำเนิด 1 - 2 ปีติดต่อกัน จะกลับสู่ภาวะปกติเมื่อหยุดใช้เป็นเวลา 2 ปี (Harel Z et al., 2010) อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นที่เลือกใช้วิธีการฉีดยาคุมกำเนิดต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับแคลเซียมและวิตามินดีเสริม และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และการสูบบุหรี่ซึ่งมีผลต่อความหนาแน่นของมวลกระดูก (Todd & Black, 2020)

2.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตโรนอย่างเดียว (the progestin-only pill) ต้องรับประทานทุกวัน กลไกการออกฤทธิ์ของยาจะทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้นมากขึ้นและยับยั้งการตกไข่ วัยรุ่นจึงควรได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาทุกวันในเวลาเดิมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดวิธีนี้มักพบอาการข้างเคียง คือ เลือดออกกระปริดกระปรอย

2.4 การคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนรวม (combined hormonal contraception) ประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตโรน ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ยาเม็ดและแผ่นแปะคุมกำเนิด ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์วัยรุ่นสามารถใช้วิธีนี้ได้อย่างปลอดภัย อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น เลือดออกกระปริดกระปรอย คลื่นไส้ และปวดศีรษะ ซึ่งวัยรุ่นควรได้รับคำแนะนำก่อนการตัดสินใจเลือกใช้วิธีนี้ นอกจากนี้ วัยรุ่นยังสามารถใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเพื่อเลื่อนประจำเดือนออกไป (extended cycle) รวมทั้งควรมีการนัดติดตามเพื่อประเมินวิธีใช้ยาที่ถูกต้องและฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2.5 รุงยางอนามัยชายเป็นวิธีหนึ่งที่น่าิยมใช้ในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากวิธีนี้ยังใช้ต้นทุนต่ำ

และสามารถตัดสินใจใช้ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่มีโอกาสล้มเหลวในการใช้งานค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 18 เนื่องจากการใช้งานที่ไม่ถูกต้องและขนาดที่ไม่เหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกใช้ขนาดถุงยางอนามัยที่เหมาะสม ถูกต้อง และควรแนะนำวิธีการต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนให้วัยรุ่นด้วย เพื่อให้ตระหนักในป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Todd & Black, 2020)

### บทบาทพยาบาลในการให้บริการคุมกำเนิดวัยรุ่น

พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติด้านคลินิกการฝากครรภ์ และหลังคลอดที่ได้ดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยตรง รวมทั้งพยาบาลในชุมชนที่ให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นในพื้นที่รับผิดชอบ โดยการให้คำปรึกษาและการส่งเสริมความรู้ให้แก่วัยรุ่น ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษา ควรให้บริการเป็นรายบุคคล ในสถานที่เป็นส่วนตัว และวัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความเป็นกันเอง น่าไว้วางใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดในวัยรุ่น แนวทางการให้คำปรึกษา ดังนี้

1.1 กระบวนการให้คำปรึกษาต้องเป็นความลับทุกขั้นตอน พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาควรสร้างขั้นตอนเพื่อปกปิดความลับของข้อมูล และสร้างความเป็นส่วนตัวให้แก่วัยรุ่นทุกครั้งที่มารับคำปรึกษา เพื่อให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจในการให้ข้อมูล แต่ควรแจ้งขอบเขตของการรักษาความลับและความเหมาะสมแก่ผู้ปกครองด้วย

1.2 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับชนิดของการคุมกำเนิดชั่วคราว ประสิทธิภาพ ข้อดี-ข้อเสีย และประสิทธิภาพการกลับมาตั้งครรภ์ภายหลังหยุดคุมกำเนิด ซึ่งวิทยาลัยสูติและนรีแพทย์สหรัฐอเมริกา (The American College of

Obstetrician and Gynecologists, 2021) ได้แนะนำให้ข้อมูลแก่วัยรุ่นเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดก่อน คือ การฝังยาคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากพบว่าวัยรุ่นที่เลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด แผ่นแปะคุมกำเนิด และวงแหวนคุมกำเนิดชนิดสอดช่องคลอด มีโอกาสตั้งครรภ์สูงกว่าการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

1.3 ให้อิสระแก่วัยรุ่นในการตัดสินใจ การให้คำปรึกษาต้องยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการเลือกวิธีการคุมกำเนิดต้องให้วัยรุ่นตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ถูกบังคับ หรือเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ผู้อื่นเลือกให้

1.4 ติดตามผล ภายหลังจากให้คำปรึกษาควรมีการติดตามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด ความพึงพอใจต่อวิธีการคุมกำเนิดที่วัยรุ่นเลือก รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ วิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ให้ความรู้แก่วัยรุ่น โดยสามารถจัดเป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป หรือในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งมีแนวทางการให้ความรู้ดังนี้

2.1 การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้ในการคุมกำเนิดเพื่อให้วัยรุ่นเข้าใจในการคุมกำเนิด ซึ่งอาจมีการประเมินความรู้เดิมที่วัยรุ่นมีอยู่แล้ว และเริ่มต้นการให้ความรู้ด้วยวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดก่อน ตามด้วยวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพรองลงมา รวมทั้งให้ข้อมูลประโยชน์ ผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี จะทำให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจคุมกำเนิดได้เพิ่มขึ้น (Grubb, Beyda, Eissa, & Benjamin, 2018) นอกจากนี้ การให้ความรู้ควรทำร่วมกับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นรับรู้ถึงผลเสียที่จะตามมาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Narkarat & Thato, 2013)

2.2 การส่งเสริมความรู้แก่สตรีวัยรุ่นมีครรภ์ สามารถให้ความรู้ได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยในระยะตั้งครรภ์ควรให้ความรู้เมื่ออายุครรภ์ 32 - 36 สัปดาห์ ควบคู่กับการให้สตรีวัยรุ่นมีครรภ์ค้นหาเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน เช่น การกลับไปเรียน และตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการใช้วิธีการคุมกำเนิดระยะยาว (Saengprajong, Ratinthon, & Phahuwatanakorn, 2016) และในระยะหลังคลอดควรให้ความรู้ครั้งแรกหลังคลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งต้องมีความเฉพาะเจาะจง เน้นประเด็นความหมายการตั้งครรภ์ซ้ำ สาเหตุ ความเสี่ยง ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และการให้ความรู้ครั้งที่ 2 หลังคลอด 2 - 5 วัน ให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการคุมกำเนิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลตนเองหลังจากคุมกำเนิด การมาตรวจติดตาม และการกลับมาสู่ภาวะเจริญพันธุ์ หลังเลิกใช้การคุมกำเนิดในแต่ละวิธีที่สตรีวัยรุ่นได้ตัดสินใจเลือกใช้ ทำให้สตรีวัยรุ่นหลังคลอดสามารถตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดมากขึ้น (Mala, Lapvongwatana, Chansatitpoom, & Sirimai, 2022)

## สรุป

การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ทันสมัย เพื่อเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดในวัยรุ่น และควรแสดงบทบาทผู้การให้คำปรึกษา และผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด เพื่อให้วัยรุ่นคุมกำเนิดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง และปลอดภัย นำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

## เอกสารอ้างอิง

Bitzer, J., Abalos, V., Apter, D., Martin, R., Black, A., & Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group. (2016). Targeting factors for change: Contraceptive counselling and care of female adolescents. *The European Journal of*

- Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 417-430.
- Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., . . . Mansouri, S. (2016). Canadian contraception consensus (part 3 of 4): Chapter 7-intrauterine contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 38(2), 182-222.
- Black, A., Yang, Q., Wu Wen, S., Lalonde, A. B., Guilbert, E., & Fisher, W. (2009). Contraceptive use among Canadian women of reproductive age: Results of a national survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 31(7), 627-640.
- Bonny, A. E., Secic, M., & Cromer, B. (2011). Early weight gain related to later weight gain in adolescents on depot medroxyprogesterone acetate. *Obstetrics and Gynecology*, 117(4), 793-797.
- Brahmi, D., & Curtis, K. M. (2013). When can a woman start combined hormonal contraceptives (CHCs)? A systematic review. *Contraception*, 87(5), 524-538.
- Charlton, B. M., Mølgaard-Nielsen, D., Svanström, H., Wohlfahrt, J., Pasternak, B., & Melbye, M. (2016). Maternal use of oral contraceptives and risk of birth defects in Denmark: Prospective, nationwide cohort study. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 352, h6712.
- Department of Health of Ministry of Public Health. (2017). *National strategies for the prevention and solution of adolescent pregnancy problems in 2017-2026 according to the prevention and solution of adolescent pregnancy problems act 2016*. Retrieved from [https://www.whaf.or.th/files/2017/Strategy\\_2560-2569.pdf](https://www.whaf.or.th/files/2017/Strategy_2560-2569.pdf)
- Department of Health of Ministry of Public Health. (2020). *Situation of reproductive health in adolescents and youth in 2020*. Retrieved from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/207028>.
- Grubb, L. K., Beyda, R. M., Eissa, M. A. & Benjamin, L. J. (2018). A contraception quality improvement initiative with detained young women: Counseling, initiation, and utilization. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(4), 405-410.
- Harel, Z., Johnson, C. C., Gold, M. A., Cromer, B., Peterson, E., Burkman, R., . . . Bachrach, L. K. (2010). Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. *Contraception*, 81(4), 281-291.
- Madden, T., McNicholas, C., Zhao, Q., Secura, G. M., Eisenberg, D. L., & Peipert, J. F. (2014). Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstetrics and Gynecology*, 124(4), 718-726.
- Mala, A., Lapvongwatana, P., Chansatitporn, N., & Sirimai, K. (2022). Effects of the information motivation and decision-making skills program on preventive behaviors towards repeated pregnancy among adolescent mothers. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 14-30.
- Narkarat, P., & Thato, R. (2013). Relationships between information, motivation, contraceptive behavioral skill and contraceptive use of Vocational female students in the upper south of Thailand. *Thai Journal of Nursing*, 62(3), 29-36.
- Praditpan, P., Hamouie, A., Basaraba, C. N., Nandakumar, R., Cremers, S., Davis, A. R., & Westhoff, C. L. (2017). Pharmacokinetics of levonorgestrel and ulipristal acetate emergency contraception in women with normal and obese body mass index. *Contraception*, 95(5), 464-469.
- Saengprajong, K., Ratinthon, A., & Phahuwatanakorn, W. (2016). Effects of motivational counseling on readiness for long-term contraceptive use in pregnant adolescents: A pilot study. *Journal of Nursing Science*, 34(1), 28-39.
- Shirin, F., Khanam, Z., Ara, S., & Panna, M. B. (2016). Adolescent pregnancy: Risk factors, outcome and prevention. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*, 15(1), 53-56.
- The American College of Obstetrician and Gynecologists. (2021). *Counseling adolescents about contraception*. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/counseling-adolescents-about-contraception>
- Todd, N., & Black, A. (2020). Contraception for adolescents. *The Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 12(suppl 1), 28-40.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83(5), 397-404.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Yazdi-Feyzabadi, V., Mehrolihasani, M., Zolala, F., Haghdoost, A., & Oroomiei, N. (2019). Determinants of risky sexual practice, drug abuse and alcohol consumption in adolescents in Iran: A systematic literature review. *Reproductive Health*, 16(115), 1-10.