

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับบทบาทของพยาบาล Situation of Teenage Pregnancy and Nurses' Roles

ศิริพร จิรวัดกุล, Ph.D.*

Siriporn Chirawatkul, Ph.D.

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาร่วมของทุกประเทศที่กำลังพัฒนา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ว่าวัยรุ่นจะสมรสแล้ว ต้องการมีบุตร หรือครอบครัวมีความพร้อมต่อการมีบุตรเพียงใดก็ตาม เนื่องจากผู้หญิงที่อายุยังไม่ถึง 20 ปี เมื่อตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และสังคมตามมา ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพประชากร กระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งแต่ระยะต้นน้ำถึงปลายน้ำ สารสำคัญของบทความนี้นำเสนอสถานการณ์ปัจจุบันของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเชื่อมโยงถึงบทบาทของพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีความสำคัญต้องงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น บทบาทของพยาบาล

Abstract

Teenage pregnancy is considered one of the communal problems in developing countries. Teenage pregnancy is regarded as unwanted pregnancy. Even though, a girl is married, wants to get pregnant or the family is capable of having a child. According to a number of health risks, economic and social problems due to teenage pregnancy, these problems related to pregnancy of girls who are age under 20 years old, affects to quality of population of the nation, economic and social impact. Nurses play an important role in prevention and dealing with problems related to teenage pregnancy from upstream to downstream. This article aims to present information both in quantitatively and qualitatively related to a situation of teenage pregnancy in Thailand and roles of nurses who are the important health personnel in preventing and dealing with teenage pregnancy.

Keywords: teenage pregnancy, nurses' role

* ศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ และที่ปรึกษาคูณวิจัยและมีประสบการณ์ด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ชาวเด็กทอง เด็กหญิงต้องออกจากโรงเรียนไปเป็นแม่ เด็กคลอดลูกทิ้งไว้ในห้องน้ำ เด็กทารกถูกแม่วัยรุ่นทอดทิ้ง ฯลฯ ชาวเหล่านี้ปรากฏมากขึ้นจนเกือบจะเป็นข่าวประจำในหน้าหนังสือพิมพ์รายวัน เป็นสถานการณ์ที่ชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยกำลังมีปัญหาด้านคุณภาพประชากร จนเกิดการกล่าวหาว่าปัญหาด้านประชากรที่สำคัญประการหนึ่งคือ “เกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” กล่าวคือ ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มของประชากรเพียงร้อยละ 0.4 ในปี พ.ศ. 2557 โดยผู้หญิงไทย 1 คน มีบุตรโดยเฉลี่ย 1.6 คน แต่การเกิดนี้เป็นการเกิดจากแม่วัยรุ่น หรือผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ประมาณ 8 แสนคนต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ม.ป.ป.)

ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงเป็นปัญหาที่ถูกกำหนดเป็นวาระแห่งชาติมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน (กรมอนามัย, ม.ป.ป.) มีหน่วยงานของรัฐ 8 หน่วยงาน ร่วมกันรับผิดชอบเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Foundation Population Activities, UNFPA) องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข หรือองค์การแพธ (PATH) เป็นต้น

การทำงานของหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนดังกล่าว ต่างมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ทำให้มี “การเกิดที่มีคุณภาพ” ดังนั้น การลดการตั้งครรภ์วัยรุ่นก็เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการไปถึงเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานทั้งในชุมชน โรงเรียน

โรงงาน และในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมทั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ มีโอกาสให้บริการสุขอนามัยการเจริญพันธุ์กับวัยรุ่น ทั้งที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่กำลังเผชิญกับปัญหา จึงเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำให้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง และทำให้ทุกการเกิดเป็นการเกิดที่มีคุณภาพได้อย่างแท้จริง

สาระของบทความนี้นำเสนอสถานการณ์ปัจจุบันของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเชื่อมโยงถึงบทบาทของพยาบาล

อัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยอยู่ในกลุ่มสูงในทวีปเอเชีย

ประเทศไทยไม่มีสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากการวัดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องมาจากผลรวมของการคลอดมีชีพ (live birth) การคลอดไร้ชีพ (stillbirth) การทำแท้ง (criminal abortion) และการแท้งเอง (spontaneous abortion) แต่ในประเทศไทยซึ่งไม่ต่างจากประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ คือ ระบบสถิติชีพ (vital statistics) ไม่สมบูรณ์ ร่วมกับการนับจำนวนการแท้งที่แท้จริงเป็นไปได้ยากมากจากข้อจำกัดทางกฎหมายและบริบทของสังคม ดังนั้น จึงต้องใช้อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ในการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแทนอัตราการตั้งครรภ์

เมื่อเทียบตัวเลขอัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยกับบางประเทศในทวีปเอเชียที่มีข้อมูลในปี ค.ศ. 2010 และ 2011 พบว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยอยู่ในกลุ่มสูง ส่วนประเทศที่มีอัตราการคลอดต่ำ เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และฮ่องกง ฯลฯ ต่างเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว (กรมอนามัย, 2557ก) (ดังรายละเอียดในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อัตราการคลอดของวัยรุ่น ต่อ 1,000 คน ในบางประเทศในทวีปเอเชีย ปี ค.ศ. 2010 และ 2011

ประเทศ	อัตราการคลอด	ปีที่รายงาน
Tajikistan	54.0	2011
Thailand	50.1/53.6	2010/2011
Indonesia	48.0	2010
Kyrgyzstan	33.5	2010
Armenia	28.3	2010
Qatar	16.2	2010
Maldives	16.1	2010
Bahrain	14.4	2011
Israel	13.8	2010
Kuwait	12.6	2010
Oman	12.0	2010
Japan	4.6	2011
Singapore	3.6	2010
Hong Kong	3.0	2011

ที่มา: United Nations (2012); กรมอนามัย (2557ก)

ประเทศไทยมีข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นจากทะเบียนการแจ้งเกิดในจังหวัดต่างๆ พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการคลอดของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี ต่อ จำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ของแต่ละจังหวัด สูงที่สุดใน 10 ลำดับแรกในปี พ.ศ. 2556 คือ จังหวัดชลบุรี (ดังรายละเอียดในตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม อัตราการคลอดในตารางที่ 2 นี้ ได้จากอัตราแจ้งเกิด ดังนั้น อาจมิได้หมายความว่าวัยรุ่นของจังหวัดนั้นมีปัญหาการ

ตั้งครรภ์มากก็ได้ เพราะวัยรุ่นที่มากลอดในจังหวัดนั้นๆ อาจไม่ใช่วัยรุ่นที่เป็นคนในจังหวัดนั้นๆ ก็ได้ แต่มาแจ้งเกิดในจังหวัดนั้นๆ อย่างไรก็ดี ตัวเลขในตารางก็ยังให้ภาพชัดว่าอัตราการคลอดของวัยรุ่นไทยมีจำนวนมาก และมีจำนวนถึง 44 จังหวัดที่มีตัวเลขอัตราการคลอดของวัยรุ่นสูงกว่า 50.0 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีในจังหวัด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, ม.ป.ป.)

ตารางที่ 2 อัตราการคลอดของวัยรุ่นใน 10 จังหวัดที่มีอัตราการคลอดสูงในปี พ.ศ. 2556 (ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปีในจังหวัด)

ลำดับที่	ชื่อจังหวัด	อัตราการคลอด
1	ชลบุรี	78.2
2	สมุทรสาคร	75.5
3	ระยอง	74.2
4	ประจวบคีรีขันธ์	71.3
5	นครนายก	69.6
6	ตาก	66.3
7	ปราจีนบุรี	65.3
8	บึงกาฬ	64.8
9	จันทบุรี	63.5
10	กระบี่	63.5

ที่มา: กรมอนามัย (ม.ป.ป.); กรมอนามัย (2557ข)

มุมมองของวัยรุ่นต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์

ขณะที่คนในสังคมไทยทั่วไปมักจะ “ติตรา” วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นเด็กใจแตก ไม่รักดี ทำให้พ่อแม่憂鬱 ทำให้โรงเรียนเสียชื่อเสียง และเห็นว่าเด็กผู้หญิงที่ติดต้อง “รักนวลสงวนตัว” ไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เหล่านี้เป็นต้น เด็กวัยรุ่นมีมุมมองที่ต่างออกไป โดยเฉพาะเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ แต่ก็รับรู้ว่าการตั้งครรภ์ก็มีแต่เรื่องเสียหาย ดังตัวอย่างจากผลการวิจัยของ ศิริพร จิรวัฒนกุล และคณะ (2555) เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (แม่วัยใส) เมื่อปี พ.ศ. 2554 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามการรับรู้เกี่ยวกับเพศวิถี และการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นหญิงและชาย

การวิจัยดังกล่าวใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธี

(mixed methods) โดยการศึกษาเชิงพรรณนาร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพใน 7 จังหวัดที่มีสถิติจำนวนแม่วัยรุ่นมากใน 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสมุทรสงคราม สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ และภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี นราธิวาส ส่วนการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้วิธีการสำรวจภาคตัดขวาง ประชากรคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี นับถึงกำหนดคลอด ที่มาฝากครรภ์หรือคลอดบุตร และผู้หญิงทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (แม่วัยรุ่น/แม่วัยใส) ที่มาขอรับบริการด้านสูตินรีเวชที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดที่เลือก ใช้วิธีการสุ่มตามช่วงเวลาในช่วงเดือนเมษายน – สิงหาคม 2554 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,114 คน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นมาในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ และใช้วิธีประมาณค่าด้วย 95% ช่วงความเชื่อมั่น ผลการศึกษาพบว่า อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด คือ 15 ปี โอกาสที่จะไม่คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 22.9 – 44.9 ส่วนการคุมกำเนิดที่ใช้มากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ ถุงยางอนามัย พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 21.8 – 33.3 รองลงมา คือ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ที่ตั้งแต่วัยละ 12.3 – 24.8

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพมีผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ วัยรุ่นหญิงและชายอายุ 9 – 19 ปี ที่อยู่ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา และกลุ่มเด็กนอกระบบโรงเรียน ข้อมูลอ้อมตัวที่ 451 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและแก่นสาระ ควบคุมคุณภาพของการวิจัยด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า มีข้อค้นพบสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ 5 ประเด็น คือ การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดา ห้ามไม่ได้ เมื่อจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้น มักจะคิดไม่ทันและไม่ทันคิดเรื่องคุมกำเนิด เมื่อรู้ว่าการตั้งครรภ์ได้ปรึกษาเพื่อนก่อน คนสุดท้ายคือพ่อแม่ ส่วนคุณครูกลัวเสียชื่อเสียง และเมื่อตั้งท้องผู้หญิงเสียหายแต่ผู้ชายลอยตัว

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับเยาวชนต้องเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างเยาวชน พ่อ แม่ ผู้ปกครอง คนในชุมชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรต่างๆ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน การปรับทัศนคติเรื่องเพศ และการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีความ

รับผิดชอบให้กับผู้ชายทุกวัย เป็นเรื่องที่ต้องรีบดำเนินการ

ในรายงานวิจัยอื่นๆ ก็มีข้อค้นพบคล้ายคลึงกับงานวิจัยดังกล่าว เช่น เบญจพร ปัญญา (2554) ศรีเพ็ญ ตันติเวส และคณะ (2556) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย (2556) ได้ทบทวนและวิเคราะห์เอกสารรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก็พบว่า จำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น มีสาเหตุซับซ้อน และเป็นการยากที่จะห้ามวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ เพราะมีปัจจัยต่างๆ ที่เป็นทั้งสิ่งเร้า และให้โอกาสมากมายที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ จึงมีข้อเสนอว่า สังคมไทยต้องเปิดใจต่อทัศนคติทางเพศของวัยรุ่น ต้องทำให้วัยรุ่นมีความฉลาดรู้เรื่องเพศ (sexuality literacy) เพียงพอที่จะตัดสินใจป้องกันตัวเองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างสะดวก เป็นมิตร และเพียงพอ และต้องได้รับบริการอย่างเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของวัยรุ่น เช่นเดียวกับเอกสารเรื่องการศึกษาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของไทย ซึ่งดำเนินงานโดยหลายหน่วยงาน ได้วิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวโดยใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ (ecological framework) (ดังภาพที่ 1) ได้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยมีตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงสังคมวงกว้าง และเชื่อมโยงกับหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่จนถึงระดับประเทศ (โครงการพัฒนาระบบสนับสนุนกลไกระดับชาติเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านเด็ก และเยาวชน, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ทีมประสานงานส่วนกลาง (core team) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สสส. และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2557)



ภาพที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ที่มา: โครงการพัฒนาระบบสนับสนุนกลไกระดับชาติเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านเด็ก และเยาวชน, และคณะ (2557)

ปัญหาที่ตามมาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งหมดถือว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ว่าวัยรุ่นจะสมรสแล้ว ต้องการมีบุตร หรือ ครอบครัวมีความพร้อมต่อการมีบุตรเพียงใดก็ตาม เนื่องจากผู้หญิงที่อายุน้อยไม่ถึง 20 ปี เมื่อตั้งครรภ์จะมีปัญหาตามมามาก โดยสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพของแม่และทารก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2010 ซึ่งได้มาจากสรุปผลการศึกษากับผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อสุขภาพของแม่และทารก มีข้อสรุปว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยง (World Health Organization, 2010) ดังนี้

1.1 ต่อสุขภาพแม่วัยรุ่น คือ ภาวะช็อค หรือ โลหิตจาง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี เอดส์ ภาวะแทรกซ้อนจากการแท้ง ตกเลือดหลังคลอด และมีปัญหาสุขภาพจิต

1.2 ต่อสุขภาพทารก คือ ทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 7 วัน ทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 42 วัน ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด

2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม จากรายงานของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เมื่อปี ค.ศ. 2010 พบว่า แม่วัยรุ่น (อายุ 15 – 19 ปี) ที่คลอดลูกคนแรก จบการศึกษามัธยมปลาย เพียงร้อยละ 51 ขณะที่แม่ที่คลอดลูกคนแรกหลังอายุ 20 ปี จบการศึกษาน้อยระดับมัธยมปลายถึงร้อยละ 89 (UNICEF, 2012) นอกจากนี้ จากการศึกษาในประเทศที่ร่ำรวย พบว่า แม่วัยรุ่นร้อยละ 59 ไม่มีงานทำ และร้อยละ 45 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำที่สุดของประเทศ (UNICEF, 2001)

การที่แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำ ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อย ก็ต้องพึ่งพิงครอบครัว สังคมต้องอุ้มชู

นอกจากนั้น จึงมีการศึกษาพบว่า แม่วัยรุ่น ร้อยละ 50 – 60 เคยถูกระงับทางเพศและทางร่างกาย เด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และความรุนแรงต่างๆ (UNICEF, 2010)

ข้อมูลปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ยังไม่มีภาพรวมของทั้งประเทศ แต่มีการศึกษาเฉพาะในบางพื้นที่ เช่น การศึกษาของกมลรัตน์ สังขรัตน์ (2556) ในปี พ.ศ. 2555 โดยเก็บข้อมูลการคลอดของผู้หญิงจำนวน 2,900 คน ใน 14 จังหวัด พบว่า เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดของแม่วัยรุ่นกับแม่ผู้ใหญ่ ภาวะที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ช็อค ติดเชื้อเอชไอวี ความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด มดลูกอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ และทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ผลการศึกษานี้ตรงกับการศึกษา ก่อนหน้านั้นของบรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัศร เอื้อลลิตขวงค์ (2550) ซึ่งศึกษาอายุของมารดา กับผลของการคลอดในมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2550 และสอดคล้องกับการศึกษาของบัณฑิต ลวรัตนกร (2555) ซึ่งศึกษาอายุมารดา กับผลการคลอดของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2555 จำนวน 2,591 คน โดยร้อยละ 18 เป็นแม่วัยรุ่น พบว่าแม่วัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด และภาวะน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม นอกจากนี้ จากรายงานผลการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่ทำแท้งด้วยเหตุผลทางสุขภาพ จำนวน 64 คน เป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 8 คน ส่วนผู้ที่ทำแท้งด้วยเหตุผลด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว จำนวน 352 คน เป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ถึง 99 คน หรือประมาณ 1 ใน 4 (กรมอนามัย, 2557ค)

พยายาลกับการป้องกันและแก้ไขปัญห การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) ได้ให้คำแนะนำเมื่อปี ค.ศ. 2010 แก่ประเทศกำลังพัฒนาว่า ในการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น ควรปฏิบัติดังนี้

1. ลดการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี
2. สร้างความเข้าใจ และให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อลดการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี
3. เพิ่มการคุมกำเนิดของกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์
4. ลดการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่เต็มใจ/การข่มขืน ในกลุ่มวัยรุ่น
5. ลดการแท้งที่ไม่ปลอดภัย
6. ให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เข้าถึงบริการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด

จากข้อเสนอแนะดังกล่าว พบว่า พยาบาลรวมทั้ง บุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น แพทย์ นักสาธารณสุข และ นักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น จะต้องเข้าไปมีบทบาทสำคัญ ในทุกข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อ 2 3 5 และ 6 ส่วน ในข้อ 1 และ 4 นั้น เป็นการทำงานร่วมกับบุคลากร ด้านการศึกษาและด้านสังคม

เมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น ของประเทศไทย และปัญหาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะที่ทำงานกับ วัยรุ่นโดยตรงในงานอนามัยโรงเรียน การส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชน การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด แท้ง ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ การคุมกำเนิด วัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและการดูแลเด็ก ดังนั้น หาก จะแบ่งการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ ตามมิติของความต้องการ ที่ใช้วัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง โดยในแต่ละระยะนั้น พยาบาล มีบทบาทแตกต่างกัน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะต้นน้ำ เป็นระยะที่ถือว่าวัยรุ่น ทุกคนมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ทั้งสิ้น เนื่องจาก ปัจจัยทางด้านชีววิทยาและจิตวิทยา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ภายนอก และปัจจัยด้านโอกาส ดังนั้น วัยรุ่นทุกคน จึงต้องการความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาวะทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และทักษะชีวิต เพื่อให้มีความฉลาด รู้เรื่องเพศเพียงพอที่จะตัดสินใจจะเลือกการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก หรือไม่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนั้น ยังมีวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยง มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป เช่น ผู้พิการ ผู้มีปัญหาด้านสติปัญญา และจิตใจ ผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เป็นต้น กลุ่มนี้ก็ต้องการความรู้ ความเข้าใจ และการคุ้มครอง แตกต่างจากวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทั่วไป

บทบาทของพยาบาลในระยะต้นน้ำจึงเป็นบทบาท เชิงรุก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา โดยการทำงานร่วมกับ ชุมชน หน่วยงานในท้องถิ่น และบุคลากรด้านการศึกษา ในการหาข้อมูลชีวิตของวัยรุ่น ดำเนินกิจกรรมปรับฐานคิด กระบวนทัศน์เรื่องเพศแก่ประชาชน ให้มีทัศนคติเชิงบวก ต่อวัยรุ่น และเรื่องเพศในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นมีความเข้าใจ และเห็นว่าเป็นที่พึงที่ปรึกษาของเขาได้ นอกจากนั้น พยาบาลต้องทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ อย่างทั่วถึงและเป็นมิตร รวมทั้งส่งเสริมการสื่อสารเรื่อง เพศให้เข้าใจตรงกัน

พยาบาลที่จะทำงานเชิงรุกเช่นนี้ได้ก็ต้องมีความ เข้าใจวิถีชีวิตของวัยรุ่น เห็นว่าวัยรุ่นกำลังเผชิญปัญหาและ ความท้าทายด้านสุขอนามัยเจริญพันธุ์ นอกจากนั้น ต้อง ทำงานร่วมกับพ่อแม่ ผู้ปกครองของวัยรุ่น ชุมชน และ หน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่และ/หรือผู้ปกครอง สามารถพูดคุยเรื่องเพศศึกษากับบุตรหลานได้ สร้าง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศได้ถูกต้อง และให้ การคุมกำเนิดเป็นเรื่องใกล้ตัว ดังตัวอย่างรายงานของ จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์ ผาสุก แก้วเจริญตา ดวงเนตร เพ็ชรกิจ และชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ ตริรมณ์ (2555)

ที่กล่าวถึงการทำงานร่วมกับชุมชนในการพัฒนาศักยภาพเยาวชน ร่วมให้เพศศึกษารอบด้านแบบบูรณาการ และสร้างเสริมทักษะพ่อแม่ และผู้ปกครอง ในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก และการพัฒนาบริการเชิงรุกให้วัยรุ่นเข้าถึงอุปกรณ์การคุมกำเนิดโดยเฉพาะถุงยางอนามัย เป็นต้น

ระยะที่ 2 ระยะกลางน้ำ วัยรุ่นที่เป็นเป้าหมายของระยะนี้ เป็นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แล้ว ในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทโดยตรงที่จะช่วยให้วัยรุ่นผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาต่อไปได้ บทบาทสำคัญของพยาบาลในระยะนี้ คือ บทบาทการให้คำปรึกษาทางเลือก การดูแลการตั้งครรภ์เพื่อให้มีการเกิดอย่างมีคุณภาพ ในกรณีที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ก็ต้องดำเนินการให้วัยรุ่นนั้นๆ ได้รับการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย กลับเข้าศึกษาต่อได้ การที่พยาบาลจะทำบทบาทนี้ได้ นั้น พยาบาลต้องเปิดใจกว้างต่อวัยรุ่นที่กำลังเผชิญปัญหา ไม่ตีตรา ไม่ใช้มาตรฐานความเชื่อของตนเองมาปิดกั้นไม่ให้วัยรุ่นได้รับการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

ในกรณีที่วัยรุ่นต้องตั้งครรภ์ต่อในระหว่างการตั้งครรภ์ พยาบาลมีบทบาทในการหนุนเสริมบุคลากรด้านการศึกษาให้วัยรุ่นสามารถรับการศึกษาจนจบ และกลับเข้าศึกษาต่อหลังคลอด พร้อมกันนั้น พยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการดูแลทารกของแม่วัยรุ่น และหนุนเสริมให้แม่/พ่อวัยรุ่นดูแลลูกได้ดี ในระยะนี้ต้องป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งควรเสนอการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย

สำหรับแม่วัยรุ่นที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูลูก พยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรด้านสังคม และแรงงาน ในการทำให้แม่วัยรุ่นมีทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับลูกและตัวเอง

ระยะที่ 3 ระยะปลายน้ำ เป็นระยะของการเยียวยาและฟื้นฟูสมรรถภาพของแม่วัยรุ่น พ่อวัยรุ่น และครอบครัว ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาการของทารกของแม่วัยรุ่น ในระยะนี้บทบาทสำคัญของพยาบาล คือ การ

หนุนเสริมเชื่อมโยงแม่วัยรุ่นและลูกกับหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผล และนำบทเรียนจากการทำงานไปปรับปรุงงานในระยะที่ 1 ให้เข้มแข็งขึ้น ถ้าวางงานในระยะที่ 1 มีประสิทธิภาพดีที่สุด งานในระยะที่ 2 และ 3 ก็จะน้อยลง หรือหมดไป

จากบทบาทของพยาบาลทั้ง 3 ระยะดังกล่าว จะเห็นได้ว่า พยาบาลต้องมีทัศนคติเชิงบวกเรื่องสุขภาพทางเพศ เข้าใจวิถีชีวิตวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และต้องเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงทางเพศมาก ต้องเห็นว่าวัยรุ่นเป็นผู้เผชิญปัญหาไม่ใช่ตัวปัญหา นอกจากทัศนคติดังกล่าวแล้ว ยังต้องมีทักษะเพิ่มเติมบางประการ เช่น ทักษะที่แสดงถึงการมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (gender sensitivity) ทักษะการให้คำปรึกษาทางเลือก ทักษะการส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกและสร้างสรรค์ และทักษะการดูแลครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น เป็นต้น

สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปรากฏการณ์ร่วมของทุกประเทศที่กำลังพัฒนา และส่งผลต่อคุณภาพประชากรกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ สำหรับประเทศไทยสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นถือว่าเป็นปัญหาที่ต้องการการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน พยาบาลมีบทบาทอย่างสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาทั้งที่เป็นบทบาทเชิงรุก เชิงรับ และการสร้างสรรค์นวัตกรรม อย่างไรก็ตาม ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการทำงานอย่างเข้มแข็งของพยาบาลเท่านั้น พยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรด้านอื่นๆ และร่วมงานกับทุกภาคส่วนในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ และสหสถาบัน จึงจะมีช่องทางให้เกิดผลสำเร็จ คือ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ดังข้อสรุปที่เป็นบทเรียนความสำเร็จจากประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งเสนอโดย Teenage Pregnancy Independent Advisory Group (TPIAG,

2010) ไว้ว่า งานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นเรื่องของทุกคน

บรรณานุกรม

กมลรัตน์ สัจจรัตน์. (2556). การศึกษาผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย (รายงานวิจัย). นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์.

กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557). ม.ป.พ.

กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. (2557ก). นโยบายแนวทางการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. (2557ข). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กรมอนามัย, สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์. (2557ค). รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. (2556). แม่วัยใส: ความท้าทาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: แอดวานซ์ปรี้นต์ติ้งจำกัด.

โครงการพัฒนาระบบสนับสนุนกลไกระดับชาติเพื่อขับเคลื่อนนโยบายด้านเด็ก และเยาวชน, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ทีมประสานงาน

ส่วนกลาง (core team) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สสส. และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (2557). การศึกษาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของไทย. ใน การประชุมคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2557, [เอกสารอัดสำเนา]. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, ผาสุก แก้วเจริญตา, ดวงเนตร เพ็ชรกิจ และชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ ตริรมณ์. (2555, มกราคม). ทางออก...ทางเลือกระบบบริการสุขภาพชุมชนป้องกัน แก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม. ใน การประชุมวิชาการมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2, อิมแพคเมืองทองธานี กรุงเทพฯ.

บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้ออลิตชวงศ์. (2550). อายุของมารดากับผลของการคลอด. ศรีนครินทร์เวชสาร, 22(4), น. 58 – 62.

บันฑูร ลารัตนากร. (2555). อายุมารดากับผลการคลอดของมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 11(1), น. 1-9.

เบญจพร ปัญญา. (2554). การทบทวนองค์ความรู้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริพร จิรวัดน์กุล, กฤตยา แสงเจริญ, ดารุณี จงอุดมการณ์, นิลุบล รุจิระประเสริฐ, วราลักษณ์ กิตติพงษ์ไพศาล, สมจิตร เมืองพิล, อิงคญา โคตรนารา, บำเพ็ญ คำดี, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ดารุณี ลงอุดมการณ์, รชยา ยิกุสงษ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2555). สถานการณ์การ

- ตั้งครรภ์วัยรุ่น: การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัด
ของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข,
21(5), น. 865-77.
- ศรีเพ็ญ ตันติเวส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา ยมาภัย,
ยศ ตีระวัฒนานนท์, ชลัญธร โยธาสุมุท,
อภิญา มัคเดช และณัฐจรัส เองมหัสสกุล.
(2556). สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ในประเทศไทย 2556. กรุงเทพฯ: โครงการ
ประเมินผลเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (ม.ป.ป.). *สรุปสถิติ
ที่สำคัญ พ.ศ. 2556*. [เอกสารอัดสำเนา].
กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข.
- Teenage pregnancy independent advisory group
*final report. (2010). Teenage pregnancy:
Past success – future challenges*.
Retrieved December 25, 2014, from
[http://www.gov.uk/government/
publications/teenage - pregnancy - past
- successes](http://www.gov.uk/government/publications/teenage-pregnancy-past-successes)
- UNFPA Thailand. (2013, June). *Minutes of the
selected stakeholder consultation on
the issues of adolescent pregnancy in
Thailand*, Sukosol Hotel, Bangkok.
- UNICEF. (2001). *A league table of teenage births
in rich nations: Innocenti report card
no. 3*. Florence: UNICEF Innocenti
research centre.
- UNICEF. (2010). *The national campaign to
prevent teen pregnancy: Teen pregnancy
and violence*.
- UNICEF. (2012). *The national campaign to
prevent teen pregnancy: Teen pregnancy
and education 2010*. Retrieved August
14, 2012, from [http://www.thenational
campaign.org/why-it-matters/pdf](http://www.thenationalcampaign.org/why-it-matters/pdf).
- United Nations. (2012). *Update for the MDG
database: Adolescent birth rate 2012*.
Department of economic and social
affairs, Population division. Retrieved
November 25, 2013, from [http://unstats.
un.org/pop/DB/Fert/A/MDG](http://unstats.un.org/pop/DB/Fert/A/MDG) 2012.
- World Health Organization. (2010). *Position paper
on mainstreaming adolescent pregnancy
in efforts to make pregnancy safer*.
Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *WHO guidelines
on preventing early pregnancy and poor
reproductive outcomes among adolescent
in developing countries*. Geneva: World
Health Organization.

