

การพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ Health System Development for Unintended Adolescent Pregnancy

บทความวิชาการ (Academic article)

Corresponding author E-mail: sitanan@unc.ac.th

(Received: April 21, 2020; Revised: May 14, 2021;

Accepted: May 21, 2021)

สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ (Sitanan Srijaiwong)¹

ดุจเดือน เขียวเหลือง (Dujdeuan Khiaolueang)²

ณัฐมณฑน์ โกศัย (Nattamon Kosai)³

พัชชา สุวรรณรอด (Patcha Suwanarod)⁴

สุกัญญา ม่วงเลี้ยง (Sukanya Muenglaeng)⁵

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของสังคมเมืองส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมทางสังคมที่ขัดเกลาทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศรวมทั้งความเชื่อทางเพศที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งนำไปสู่การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น ซึ่งผลจากการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพทางกายและใจของวัยรุ่นและครอบครัว นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับประเทศ ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นจะเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจทั้งปัจจัยในระดับบุคคลและระดับสังคมสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงใช้การใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model) ในการวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวเพื่ออธิบายปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจโดยใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา ซึ่งปัญหาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ดังนั้นการใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาจะอธิบายความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย ผลของการศึกษานี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่นที่เหมาะสมกับสังคมไทยต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ

ABSTRACT

Unintended adolescent pregnancy represents one of the most significant problems that continue escalating. Rapid expansion of urbanization directly impacts on changing social culture which has socialized inappropriate sexual attitudes and behaviors, especially among adolescent. Unintended adolescent pregnancy affects both physical and psychological health among adolescents and their family. Moreover, it impacts on national

social and economic. The most of pregnancy among adolescent is unintended pregnancy. The factors related to unintended adolescent pregnancy involve both individual and socio-environmental factors level. Thus, the present study employed the Ecological Model to clarify these factors which explain the interactions of the individual and socio-environmental factors influencing unintended adolescent pregnancy.

The academic article aims to study health system development for the prevention of unintended pregnancy among adolescents by using Ecological Model. The unintended adolescent pregnancy was a complex problem. So, using Ecological Model will be able to explain the interactions of the individual and socio-environmental factors, individual factors, interpersonal factors, organizational or institutional factors, community factors, and public policy factors. The findings of the present study might lead to health system development for the prevention of teenage sexual risk behaviors as suitable for modern Thai society.

Keywords: Health system, Adolescent pregnancy, Unintended adolescent pregnancy

บทนำ

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งทั่วโลกให้ความสนใจอย่างมากและพยายามหาวิธีแก้ไข คือ การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ปัญหาดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องทั้งตัววัยรุ่นเอง ครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดผลกระทบในหลากหลายมิติ เช่น พฤติกรรม สุขภาพ สังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ เป็นต้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่นทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของระบบสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจต่อไป

สถานการณ์ของการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่น

วัยรุ่นตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ หมายถึง วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เกิดการตั้งครรภ์โดยสถานการณ์ของการตั้งครรภ์นั้นไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์จะเกิดขึ้น ไม่มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด การถูกข่มขืนจนตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ก่อนการสมรส ตลอดจนความไม่พร้อมในด้านภาวะต่างๆ ด้านเศรษฐกิจ การไม่รับผิดชอบของบิดาของทารกในครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 14 ในปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17 ในปี 2555 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยรวมของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลก คือ ร้อยละ 11 และสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือน้อยกว่าร้อยละ 10 นอกจากนี้ อัตราการคลอดของวัยรุ่นของประเทศไทยสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทยได้รายงานการคลอดบุตรวัยรุ่นทั่วโลกที่มีอายุ 15-

19 ปี มีค่าเฉลี่ยที่ 65 คนต่อหญิงในวัยเดียวกัน พันคน สถานการณ์ของแม่วัยรุ่นไทย เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันทุก 4 นาที มีวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี คลอดลูก 1 คน ซึ่งปัจจุบันทารกทุก 1 ใน 6 เกิดจากแม่ที่ยังเป็นวัยรุ่น (World Health Organization, 2018)

การขยายตัวของสังคมเมืองส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุ่นทำให้พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงจากอดีตวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมทางเพศและมีจำนวนคู่นอนมากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากที่สุดและจะมีความสนใจเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศมากขึ้น วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วเนื่องจากต่อมใต้สมองขับฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโตของอวัยวะเพศกระตุ้นการสร้างเซลล์และกระตุ้นฮอร์โมน เด็กวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเป็นครั้งแรกครั้งใหญ่ และส่งผลทำให้มีความสับสนในบทบาทของตนเอง หากไม่ได้มีการเตรียมตัวให้ถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่วัยเด็กอาจทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและเป็นปัญหาสังคมต่อไป (McNeely & Blanchard, 2012)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับทุกประเทศทั่วโลก หากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ก็จะส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตสังคม ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นนอกเหนือไปจากภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาการของวัยรุ่นเอง มารดาวัยรุ่นไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ขาดความพร้อมทางด้านวุฒิภาวะและบทบาทการเป็นมารดาเพราะส่วนใหญ่จะขาดความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด และยังส่งผลกระทบต่อทารก เช่น ครรภ์เป็นพิษ ภาวะน้ำตาลต่ำก่อนกำหนด ภาวะคลอดก่อนกำหนด

และทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากจะมีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแล้วยังมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วย เมื่อหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหน้าที่และบทบาทของสมาชิกของครอบครัว กล่าวคือจากการที่วัยรุ่นมักไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะตัดสินใจในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรหรือการดำเนินชีวิตได้ ทำให้บุคคลในครอบครัวจะต้องช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัว (Thinkhanon & Chomnirat, 2012)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้ตั้งใจ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้ตั้งใจ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ นับว่าเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ดังนั้นในการศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาก็จะใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model) เข้ามาช่วยในการขับเคลื่อน ทำให้สามารถมองเห็นปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขได้อย่างครอบคลุมในทุกระดับของสังคม ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยในระดับบุคคล

(Individual level factor)

1.1 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร โดยขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศครั้งแรก ร้อยละ 50 มีความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง เช่น เชื่อว่ามีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวไม่ทำให้ตั้งครรภ์ และการใช้ถุงยางอนามัยจะขัดขวางความสุขในขณะร่วมเพศ (Srisuriyawet & Homsin, 2013) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าร้อยละ 10 ของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี เป็นสาเหตุทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจ และหากวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจในกลุ่มวัยรุ่น (Pedrosa, Pires, Canavarro & Dattilio, 2011)

1.2 คุณลักษณะทางจิตสังคมเฉพาะของวัยรุ่น วัยรุ่นจะให้ความหมายบทบาทของตนเอง โดยการมีเพศสัมพันธ์เหมือนผู้ใหญ่ มีพฤติกรรมชอบความเสี่ยง มีความคิดเข้าข้างตนเอง โดยคิดว่าการกระทำของตนถูกต้องเสมอ อยากรู้ อยากทดลองว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หรือไม่ จากการศึกษาจำนวนมากพบว่าเหตุผลของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น คืออยากรู้หรืออยากทดลอง โดยให้เหตุผลว่าต้องการพิสูจน์ความเป็นหญิง ในขณะที่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ (Mchunu, Peltzer, Tutshana & Seutlwadi, 2012) นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ทำให้เกิดความมั่นใจในการกระทำของตนเองมากเกินไป โดยบางครั้งอาจไม่มีเหตุผลในการการกระทำบางอย่าง (Aeamsamang, Srisuriyawet & Homsin, 2013)

1.3 ค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไปของกลุ่มวัยรุ่น โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อค่านิยมของวัยรุ่นต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ บทบาททางสังคมที่ไม่ชัดเจน ทำให้การรับรู้ในเอกลักษณ์ของวัยรุ่นสับสน และขาดความรู้และทักษะชีวิตที่จำเป็นที่จะช่วยให้สามารถจัดการกับความต้องการทางเพศของตนเองหรือการเจรจาต่อรองในสถานการณ์ที่อาจถูกบีบบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ และขาดการควบคุมตนเอง วัยรุ่นชายมีค่านิยมเกี่ยวกับความสามารถในทางเพศและเอาชนะใจวัยรุ่นหญิง ในขณะที่วัยรุ่นหญิงเริ่มยอมรับค่านิยมใหม่ในการมีคูรักรหรือเพื่อนชาย (Vuttanont, Greenhalgh, Griffin & Boynton, 2006; Tipwareerom, Powwattana, Rarpwongwattana, 2013) วัยรุ่นชายส่วนใหญ่มองว่าการมีเพศสัมพันธ์, การตั้งครรภ์และการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงมากกว่า 1 คนเป็นการพิสูจน์ความเป็นชาย ในขณะที่ฝ่ายหญิงจะต้องปกปิดประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของตนเอง เนื่องจากประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของฝ่ายหญิงนั้นเป็นสิ่งที่ทำให้คุณค่าของตนเอง

ลดลง (Chirawatkul et al., 2013) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากการใช้ถุงยางอนามัยจะขัดขวางความสุขในขณะร่วมเพศ ความรู้สึกอายนี้อาจเมื่อต้องซื้อถุงยางอนามัย การใช้ถุงยางอนามัยเป็นสิ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าพกพาและไม่ใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นหญิง (Aeamsamang, Srisuriyawet & Homsin, 2013) วัยรุ่นหญิงไม่มีพลังอำนาจในการต่อรองเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เช่นการสวมใส่ถุงยางอนามัยขณะร่วมเพศกับคูรักรหรือแฟน มีเพียงร้อยละ 9.5 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สามารถต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยได้ แต่อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ได้มีความรู้สึกว่าตนเองถูกบังคับเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ โดยมีความยินดีในการร่วมเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 86.8 (Mchunu et al., 2012)

2. ปัจจัยในระดับระหว่างบุคคล

(Interpersonal level factor)

โดยพบว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้ตั้งใจหลายกลุ่ม ดังรายละเอียด ดังนี้

2.1 เพื่อน (Friend) วัยรุ่นเป็นวัยที่ใกล้ชิดกับเพื่อนมากที่สุด เพื่อนจะเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ซึ่งอิทธิพลจากเพื่อนจะมีอิทธิพลทั้งทางด้านดีและไม่ดี วัยรุ่นต้องการให้เพื่อนยอมรับจึงยอมทำตามเพื่อนตามคำชักชวนหรือคำท้าทายของเพื่อนๆ (Srijaiwong, Sindhu, Ratinthorn & Vivatwongkasem, 2017) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น เช่น การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเหมือนกลุ่มเพื่อน การเป็นที่ยอมรับและถูกชื่นชมในกลุ่มเพื่อน หากสามารถทำให้ฝ่ายหญิงตั้งครรภ์ได้ เป็นต้น (Chirawatkul et al., 2013)

2.2 ครอบครัว บิดาและมารดา กล่าวคือสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความผูกพัน

ระหว่างบิดามารดามีทั้งความผูกพันที่มั่นคงและไม่มั่นคง วัยรุ่นที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ไม่มั่นคงมักจะต่อต้านบิดามารดาทั้งความคิดและการกระทำ ใช้กลุ่มเพื่อนมาแทนที่บิดามารดาและเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินใจหรือกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร และในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่จะไปพักอาศัยอยู่ตามหอพัก ทำให้วัยรุ่นมีอิสระในความคิดและการกระทำมากขึ้น ประกอบกับในสังคมไทยบิดามารดาส่วนใหญ่มองว่าการพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัวเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เพราะจะเป็นการชักนำวัยรุ่น บิดามารดาส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมในการสอนเรื่องเพศศึกษาแก่บุตร นอกจากนี้รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศ การเลี้ยงดูจากครอบครัวที่มีลักษณะควบคุมสามารถส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศได้ วัยรุ่นกลุ่มนี้จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเสียหายทางเพศเพราะกลัวถูกตำหนิ และลงโทษจากครอบครัว มีกฎระเบียบที่เคร่งครัด เช่น ไม่อนุญาตให้ไปเที่ยวกับเพื่อนแบบค้างคืน ห้ามกลับบ้านไม่ตรงเวลา จะถูกตีหรือต่อว่าเมื่อกระทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นกลุ่มนี้จะไม่กล้าพูดคุยกับบิดามารดา

2.3 แพนหรือคูรัก การเปลี่ยนผ่านของช่วงวัย วัยรุ่นมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับกลุ่มเพื่อน ซึ่งเอื้อให้เกิดการมีความสัมพันธ์ที่อาจพัฒนาไปเป็นความรักได้ ความรักในช่วงวัยรุ่นอาจนำมาซึ่งการทดลองที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ เนื่องจากเป็นวัยที่ชอบทดลอง อยากรู้ อยากเห็น โดยพบว่าวัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรักหรือแฟนเป็นส่วนใหญ่และวัยรุ่นร้อยละ 50 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันใดๆ (Thato, Rachakul, & Sopajaree, 2007) จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจเพิ่มขึ้น

3. ปัจจัยในระดับองค์กร

(Organizationl level factor)

3.1 การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่จะเน้นเฉพาะเนื้อหาที่เปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระและร่างกาย และยังถ่ายทอดเนื้อหาทางเพศศึกษาที่ไม่สม่ำเสมอ ครูผู้สอนส่วนใหญ่รู้สึกอึดอัดในการสอนเรื่องเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่น บางคนปรับเปลี่ยนเนื้อหาการสอนให้ตรงกันทัศนคติของตนเอง สอนไม่ตรงหลักสูตร (Vivancos & Abubakar, 2012)

3.2 การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นมีน้อย วัยรุ่นถูกมองว่าเป็นกลุ่มวัยที่มีปัญหา ทำให้กลุ่มวัยรุ่นไม่กล้าเข้าไปรับบริการเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหรือขอคำปรึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ ประกอบกับสถานที่ในการให้บริการไม่เหมาะสมและไม่มีความเป็นส่วนตัว สำหรับนโยบายเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ ประเทศไทยได้มีนโยบายให้ทุกกลุ่มวัยได้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. 2545 โดยครอบคลุมถึงกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น ภายใต้ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพด้วยราคาที่ถูกลง ซึ่งภายหลังจากการใช้นโยบายนี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการมากขึ้น (National Health Security Office of Thailand, 2011) แต่ก็ยังพบว่าร้อยละ 17 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ และมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายหลังจากอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 16 (Thato et al., 2007)

3.3 ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหมือนกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป บุคลากรทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่มองว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นก็เหมือนกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปกติ ดังนั้นจึงให้การพยาบาลเหมือนกัน นอกจากนี้พยาบาลจะพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพราะไม่กล้าซักถาม กลัวหญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกอายที่จะตอบคำถาม พยาบาลจะให้การพยาบาล

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหมือนเดิม ไม่ว่าจะเป็นการ
สอนสุขศึกษาหรือการดูวิดีโอเป็นรายกลุ่ม ซึ่ง
จะใช้เวลาประมาณ 45-50 นาที โดยไม่ได้
คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล พยาบาล
มองว่าหากสอนเป็นรายบุคคลจะใช้เวลาในการ
สอนค่อนข้างมาก (Yakasem & Sittirit, 2012)
การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จะเน้นเป็น
รายกลุ่ม มีเพียงร้อยละ 35.8 เท่านั้นที่ได้รับการ
ดูแลแบบเฉพาะราย (Sridawruang et al., 2017)

3.4 ผู้ให้บริการสุขภาพในคลินิกฝาก
ครรภ์ขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะในการดูแล
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น วัยรุ่นเป็นกลุ่มวัยที่มี
ลักษณะเฉพาะ ปัญหาจะมีความซับซ้อนหากเกิด
การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจขึ้น ดังนั้นผู้ให้บริการ
สุขภาพควรมีทักษะและมีความเข้าใจในปัญหา
ของวัยรุ่นอย่างแท้จริง (Thinkhanon & Chomnirat,
2012) มีการศึกษาพบว่าผู้ให้บริการสุขภาพผ่าน
การอบรมเพื่อเป็นผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น
เพียงร้อยละ 60.4 (Sridawruang et al., 2017)

3.5 ระบบบริการที่เน้นการให้บริการที่
เป็นมิตรกับวัยรุ่นยังไม่ครอบคลุม มีการศึกษา
พบว่าระบบบริการที่เน้นการให้บริการที่เป็นมิตร
กับวัยรุ่นมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
คิดเป็นร้อยละ 73.6 (Sridawruang et al.,
2017) ระบบการบริการฝากครรภ์ในปัจจุบันยังมี
ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหลาย
ประการ เช่น ระบบการบริการที่มีความซับซ้อน
การชี้แจงขั้นตอนของการบริการฝากครรภ์ไม่
ชัดเจน ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความสับสน
เกี่ยวกับขั้นตอนการบริการ ลำดับขั้นตอนไม่มี
การจัดระบบที่แน่นอน ขาดการประสานงาน
ระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน
ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์
ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลบางแห่ง
ขั้นตอนของการฝากครรภ์ใช้เวลานาน ทำให้หญิง
ตั้งครรภ์รู้สึกเสียเวลา สำหรับด้านปฏิสัมพันธ์
ระหว่างบุคคล พบว่าเกิดปัญหาการสื่อสาร
ระหว่างบุคลากรกับหญิงตั้งครรภ์ ที่เกิดจากการ

ใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม พูดตำหนิ ภาษาที่ใช้ไม่
ชัดเจน (Ratchaputtl, Chareonsanit & Kantaruksa,
2011)

3.6 การเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า
และการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิง
ตั้งครรภ์วัยรุ่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่จะ
เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจทำให้ไม่กล้าบอก
ความจริงกับบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะครอบครัว
ทำให้ใช้เวลาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
นานและบางรายพบว่าไม่ทราบตัวตนเองตั้งครรภ์
เนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และ
การคุมกำเนิด สัมพันธ์กับอายุของหญิงตั้งครรภ์
โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีความ
สัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า คือมาฝาก
ครรภ์หลังอายุครรภ์มากกว่า 13 สัปดาห์ และ
จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง
เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการ
ตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจ สำหรับในประเทศไทยมี
การศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับการฝาก
ครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง และมาฝากครรภ์ครั้งแรก
เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (Thato et al.,
2007) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะเข้ารับคำปรึกษา
นานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.1 มีเพียงร้อยละ
15.9 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับขอ
คำปรึกษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมทำให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์
(Ratchaputtl, Chareonsanti & Kantaruksa, 2011)

4. ปัจจัยในระดับชุมชน

(Community level factor)

4.1 อิทธิพลของวัฒนธรรมชาติอื่นๆ ใน
ปัจจุบันวัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้
อย่างง่ายดาย และสื่อต่าง ๆ มีเสรีภาพในการ
นำเสนอข้อมูลเป็นอย่างมาก ประกอบกับวัยรุ่น
ไทยมีการรับเอาวัฒนธรรมค่านิยมของต่างชาติ
โดยเฉพาะค่านิยมทางเพศ เนื่องจากได้รับ
อิทธิพลวัฒนธรรมต่างประเทศหรือการใช้
เทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วและทันสมัย ทำ
ให้สามารถรับรู้ข่าวสารได้รวดเร็ว โดยไม่ได้คัด

กรองข้อมูลข่าวสารนั้นๆ ซึ่งสื่อต่างๆ เหล่านี้ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเปิดเผย โดยเฉพาะเรื่องเพศของวัยรุ่น หากวัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้วัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การคบเพื่อนต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีคู่นอนหลายคน เป็นต้น (Thato, 2007)

4.2 อิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ ในสังคม ปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้อย่างง่ายดายและสื่อต่าง ๆ มีเสรีภาพในการนำเสนอข้อมูลเป็นอย่างมาก จึงทำให้วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากทดลอง ทำให้วัยรุ่นค้นหาข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต ทีวีดีวีดี หนังสือ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เป็นต้น สื่อเหล่านี้เป็นแหล่งเรียนรู้และสร้างค่านิยมให้กับวัยรุ่น หากวัยรุ่นดูสื่อลามกอนาจาร อาจทำให้หมกมุ่นเรื่องเพศได้ (Chiangkong, Thongsri & Dhamavasi, 2018)

5. ปัจจัยในระดับองค์กรนโยบาย (Policy level factor)

5.1 ประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำและมีอัตราการว่างงานสูง เสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจในกลุ่มวัยรุ่นสูง เนื่องจากรัฐบาลจะมุ่งพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยไม่ได้คำนึงถึงปัญหาของประชากรของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ประเทศที่มีการให้คุณค่าของความเป็นสตรีอยู่ในระดับต่ำ ความเชื่อและวัฒนธรรมของประเทศนั้นๆ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงเช่นกัน (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011)

งานวิจัยส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในเขตชุมชนเมือง โดยเน้นที่การดูแลในขณะตั้งครรภ์มากกว่าการดูแลในระยะคลอดและภายหลังคลอด สำหรับงานวิจัยประเมินผลที่ผ่านมาได้เน้นศึกษาประเมินผลในระยะสั้นมากกว่าในระยะยาว ยัง

ขาดงานวิจัยประเมินผลเชิงระบบ (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro & Dattilio, 2011) จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดังกล่าวจะเห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำเป็นต้องแก้ไขอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและยั่งยืนต่อไป

แนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ

ระบบสุขภาพ (Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ความหมายครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพเฉพาะบุคคล สุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ และกิจกรรมใดก็ตามที่ส่งผลต่อสุขภาพ รวมไปถึงบทบาทหน้าที่หรือองค์ประกอบ กลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจที่มีประสิทธิภาพนั้น ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องใน "ระบบสุขภาพของชาติ" ต้องเข้าใจให้ชัดเจนว่าทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม สามารถส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อม

โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model) มีแนวคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น โดยแบ่งระดับของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็น 5 ระดับ คือ ระดับบุคคล (intrapersonal) ระหว่างบุคคล (interpersonal) องค์กร (organizational)

ชุมชน (community) นโยบายสาธารณะ (public policy) การดำเนินการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ ทั้ง 5 ระดับ นั้นต้องอาศัยกลวิธีที่หลากหลายและการดำเนินงานในระดับพหุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นโมเดลการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและสมบูรณ์แบบ สามารถนำมาใช้ทั้งการออกแบบเพื่ออธิบายพฤติกรรมและเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม (Bronfenbrenner, 1979; McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988) การใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาในการมองปัญหาและสาเหตุ รวมทั้งใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนแนวทางในการแก้ไขระบบสุขภาพ ทำให้สามารถมองเห็นปัญหาได้ชัดเจน ซึ่งปัญหาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่ซับซ้อน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการแก้ไขปัญหาละเอียดระดับการแก้ไขปัญหาคือเพียงหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะทำให้ไม่เกิดความยั่งยืนของระบบ เนื่องจากไม่ได้นำสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้นมาแก้ไขหรือปรับเปลี่ยน ดังนั้นการพัฒนาระบบสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจโดยใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาจึงมีความสำคัญเนื่องจากการพัฒนาระบบโดยอาศัยการแก้ไขปัญหาละเอียดพหุปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระดับบุคคล (intrapersonal level)

1) การส่งเสริมความรับผิดชอบส่วนบุคคลให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เน้นส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพและเสริมสร้างพลังอำนาจ กล่าวคือการปฏิบัติตัวในระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของวัยรุ่นเอง ซึ่งกระบวนการตัดสินใจเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (National Prevention Council, 2011) การมีพลังอำนาจในตนเองให้แก่หญิง

ตั้งครรภ์เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม สามารถส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของตน ในขณะที่ตั้งครรภ์ กล้าซักถามและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองบนพื้นฐานของความปลอดภัย พยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยพยายามดึงประเด็นที่เป็นจุดเด่นและน่าสนใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มาช่วยในการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองและช่วยในการผลักดันให้มีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถนำเอาพลังอำนาจในตัวเองออกมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้พัฒนาตนเองในทุกระยะของการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด ซึ่งมีการศึกษาพบว่าหากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ได้ตั้งใจมีความสามารถและมีอิสระในกระบวนการคิด และมีอำนาจในการต่อรอง จะทำให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจลดลง (Rahman, 2012)

2) ประเมินการยอมรับการตั้งครรภ์และแนะนำแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ให้บริการสุขภาพควรสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจ ควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเล่าสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ยอมรับการตั้งครรภ์ได้แก่ สามี บิดา มารดา บุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากวัยรุ่นตั้งครรภ์มักเผชิญกับความกดดันและความเครียดที่เกิดขึ้น จึงต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ผู้ให้บริการสุขภาพควรแนะนำแหล่งช่วยเหลือ เช่น ศูนย์ช่วยเหลือสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่สายด่วน 1330 (Mekkamol & Wichainprapha, 2018)

3) ส่งเสริมทักษะการเป็นบิดาและมารดา วัยรุ่นตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลง

บทบาทไปสู่การเป็นมารดา ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากสามี มารดา หรือบุคคลใกล้ชิด สามารถช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ถึงความรัก รู้สึกมีคุณค่า มีความภูมิใจที่ได้เป็นมารดา สามารถจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลต่อบทบาทการเป็นมารดา แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพทั้งกายและใจได้อย่างเหมาะสม (Phromchaisa, Kantaruksa, & Chareonsanti, 2014)

4) ประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ให้บริการสุขภาพควรมีการประเมินภาวะเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ โลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดเชื้อต่างๆ (Sansiriphun & Baosoung, 2017) นอกจากนี้ควรประเมินภาวะเสี่ยงทางด้านจิตใจของมารดาวัยรุ่น โดยอาจใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จะตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลสูง ผู้ให้บริการสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเครียดสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และลดผลกระทบต่อนตนเองและทารก

(Boonyaporn & Saetan, 2017)

5) เน้นให้บริการและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเฉพาะราย หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละคนจะมีบริบทที่แตกต่างกันและมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ที่แตกต่างกับวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการให้บริการและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องมีความแตกต่างกัน และเน้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ อาจจะมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการสื่อสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพื่อค้นหาข้อมูลที่ต้องการเหมาะสม นอกจากนี้สถานที่ฝากครรภ์ควรเป็นสัดส่วน หรือ

ใช้สถานที่เดิมแต่แยกช่วงเวลา ควรมีห้องให้คำปรึกษาส่วนตัวตลอดจนมีการให้บริการฝากครรภ์แบบ one stop service เพื่อความสะดวกรวดเร็วเป็นส่วนตัวและลดขั้นตอนในการเข้ารับบริการ (Saejeng et al., 2015)

2. ระดับระหว่างบุคคล

(Interpersonal level)

1) ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาอาศัยและเผชิญภาวะวิกฤตจากการตั้งครรภ์ ควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น สามี บิดา มารดา และพยาบาลวิชาชีพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะทำให้ปรับตัวด้านบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม (Phromchaisa, 2014) การสนับสนุนทางด้านสังคมมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยแสดงความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รับฟังปัญหาเป็นเพื่อนคู่คิดในการแก้ปัญหา ช่วยเหลือในการดูแลบุตร 2) การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการดูแลบุตร รวมทั้งการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และพามาตรวจครรภ์ตามนัด 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ควรสนับสนุนให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวเลี้ยงดูทารกไปพร้อม ๆ กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และเป็นที่ปรึกษาในการดูแลบุตรเพิ่มความมั่นใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและ 4) การสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า ควรสนับสนุนให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นหรือชื่นชมการปฏิบัติกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พร้อมทั้งยอมรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อบกพร่องในการกระทำของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งจะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม (Polgaya & Choolert, 2019)

2) ส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างบุตรและพ่อแม่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครองดี สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้มงวดในครอบครัว และมีการอบรมสั่งสอน วัยรุ่นกลุ่มนี้จะมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์น้อยกว่า (Srisuriyawate & Homsin, 2014)

3) ส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศที่เหมาะสมและถูกต้องในกลุ่มเพื่อนวัยรุ่น ในสังคมปัจจุบันพบว่าเพื่อนและคู่อภิเษกเป็นกลุ่มที่วัยรุ่นใกล้ชิดมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก อิทธิพลจากเพื่อนจะมีอิทธิพลทั้งทางด้านดีและไม่ดี มีการศึกษาวิจัยพบกลุ่มเพื่อนจะเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นมากที่สุดคล้ายกับผลการศึกษาวิจัยที่พบว่าครอบครัวที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศรวมทั้งเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับกลุ่มเพื่อนเพื่อที่จะสามารถให้คำแนะนำกับเพื่อนได้อย่างเหมาะสม (Srisuriyawate & Homsin, 2014)

3. ระดับองค์กร (Organization level)

1) พัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะของบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง การศึกษาของ Sauls & Grassley พบว่า ทักษะของบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพของการบริการและการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หากพยาบาลมีทัศนคติที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีประสบการณ์ที่ดีในการมารับบริการ (Sauls & Grassley, 2012) และนอกจากนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการพัฒนาความรู้ อย่างสม่ำเสมอและควรปฏิบัติตามพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ อาศัย

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาพัฒนาเป็นมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รมรงค์และประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มารับบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Exavery et al., 2013) ทั้งนี้บุคลากรทางด้านสุขภาพในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือควรมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับกระบวนการให้คำปรึกษา โดยการสำรวจและระบุเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ชี้แจงและทำความเข้าใจกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ประเมินและทำความเข้าใจด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวบรวมข้อมูลด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง เน้นให้คำปรึกษารายบุคคลตามบริบทของบุคคลนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยของการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยด้านสังคมประชากร ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรมการคุมกำเนิด นอกจากนี้ประเมินพัฒนากิจของการตั้งครรภ์ ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงดูบุตร ประเมินระบบการสนับสนุนทางสังคม การประเมินดังกล่าวจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือ โดยมุ่งเน้นให้เกิดสุขภาพดีทั้งมารดาและทารกในครรภ์

(Pungbangkadee & Serisathien, 2008)

2) การพยาบาลแบบองค์รวมโดยเน้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง บุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงพัฒนาการตามวัยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนด้านสภาวะทางด้านจิตใจ พยาบาลควรคำนึงถึงพัฒนากิจของการตั้งครรภ์ ควรประเมินสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากสภาพทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์ของการคลอด ดังนั้นพยาบาลควรเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเครื่องมือที่

สร้างขึ้นเพื่อประเมินหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เฉพาะ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง เนื่องจากอาการและพฤติกรรมการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน และควรค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ช่วยป้องกันการเกิดอันตราย และลดความรุนแรงจากปัญหาซึมเศร้า โดยหากพบว่ามีอาการซึมเศร้า พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งเสริมการทากิจกรรมและเสริมสร้างพลังทางด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิและสนับสนุนและกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ร่วมพูดคุยประเด็นปัญหา การปรับคับประคองทางด้านจิตใจ ซึ่งช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่น และเกิดความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ว่าการที่ได้รับการคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างการตั้งครรภ์การคลอดและการดูแลบุตรจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความมั่นใจมากขึ้น (Tilghman & Lovette, 2008)

3) สร้างเสริมสมรรถนะทางด้านจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เนื่องจากปัญหาของวัยรุ่นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งบางครั้งจะต้องตัดสินใจในการให้คำแนะนำและให้การพยาบาล ดังนั้นควรคำนึงถึงหลัก 4 ประการ ของสมรรถนะทางด้านจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การเคารพเอกสิทธิ์, การทำประโยชน์, การไม่ทำอันตรายและความยุติธรรม โดยการเคารพเอกสิทธิ์ หมายถึง การยอมรับการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลที่สอดคล้องกับคุณค่าและความเชื่อของวัยรุ่นและครอบครัว การทำประโยชน์ หมายถึง ความเมตตากรุณา ความมีน้ำใจ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ซึ่งหลักจริยธรรมข้อนี้รวมถึงการกระทำใดก็ตามที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่วัยรุ่น สำหรับการไม่ทำอันตราย หมายถึง การ

ไม่กระทำการใดๆ ที่ทำให้วัยรุ่นได้รับสิ่งชั่วร้ายหรืออันตราย นอกจากนี้หลัก 4 ประการของสมรรถนะทางด้านจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลอีกหนึ่งประการที่สำคัญ ได้แก่ ความยุติธรรม ซึ่งหมายถึง ความเสมอภาค ความเท่าเทียม ความไม่ลำเอียงรวมทั้งการกระทำที่เหมาะสมตามที่วัยรุ่นและครอบครัวสมควรจะได้รับจากพยาบาล (Beauchamp & Childress, 2013)

4) พัฒนาโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบท เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่ซับซ้อน จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นปัญหาตามบริบทอย่างแท้จริง ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาวัยรุ่นและทารกในครรภ์ ฝึกประสบการณ์เลียนแบบ ฝึกทักษะการเป็นมารดา เรียนรู้และตอบสนองพฤติกรรมของบุตร รวมทั้งใช้คู่มือในการเลี้ยงดูบุตรทำให้มารดาวัยรุ่นมีการเตรียมบทบาทการเป็นมารดาจากการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ โดยรับรู้การตื่นของทารกในครรภ์ ปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด การเลี้ยงดูบุตร จินตนาการเกี่ยวกับบุตร คาดการณ์เรื่องเพศของบุตร ผูกพันกับทารก (Polgaya, & Choolert, 2019)

5) ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทักษะในการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดมีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาที่ผู้รับบริการมีต่อบุคลากรทางด้านสุขภาพจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและได้รับทราบข้อมูลที่เป็นความรู้สึกรักนึกคิดที่มีอยู่ในใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก บุคลากรทางด้านสุขภาพควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และควรเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร โดยควรมีช่องทางพิเศษและเสริมความเข้มแข็งของ

ระบบการให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา
รายบุคคล (Mekkamol & Wichainprapha,
2018)

6) ส่งเสริมความต่อเนื่องของการบริการ
ควรมีระบบการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
ให้มารับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ และควรมี
ระบบการติดตามต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด
และต่อเนื่องไปจนถึงในระดับชุมชน บุคลากร
ทางด้านสุขภาพควรมีการประสานงานกัน
เกี่ยวกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละคน
ที่มารับบริการ โดยประสานงานกับบุคลากร
สาธารณสุขในระดับชุมชน เพื่อศึกษาและ
ประเมินสังคมและสิ่งแวดล้อมของหญิงตั้งครรภ์
จะได้รับทราบปัญหาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
อย่างแท้จริง (Mekkamol & Wichainprapha,
2018)

7) การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขา
วิชาชีพ การทำงานร่วมกันโดยอาศัยความ
หลากหลายของสหวิชาชีพ เช่น ผู้จัดการระบบ
สุขภาพ (Health system manager), บุคลากร
ทางสุขภาพ (Health professional), ผู้จัดทำ
กฎหมายทางด้านสุขภาพ (Health policy
maker) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders)
ซึ่งจะช่วยทำให้การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์โดย
ไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่นอย่างแท้จริง ซึ่งการมีส่วนร่วม
ในแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับทรัพยากร
สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและระเบียบปฏิบัติใน
สังคมนั้น (Buchan & Dal-Poz, 2012)

8) ส่งเสริมความเข้มแข็งของ
สัมพันธภาพระหว่างโรงเรียนและครอบครัว
โรงเรียนควรจัดสิ่งแวดล้อมทางการศึกษาและ
เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิง
ตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเปิดโอกาสทางการศึกษา
ให้กับกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม
กันทางการศึกษา แต่จะต้องป้องกันการเกิดการ
ตั้งครรภ์ซ้ำ โรงเรียนควรติดตามพฤติกรรมของ
นักเรียนอย่างใกล้ชิด ควรเน้นการสอนเรื่อง
ทักษะชีวิต โดยตอบสนองปัญหาของนักเรียนแต่

ละคน สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนและ
นักเรียน ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ
เกิดขึ้น นักเรียนจะได้ไม่ปิดบังและกล้าที่จะบอก
ถึงปัญหา นอกจากนี้โรงเรียนควรให้ความร่วมมือ
กับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในการ
วางแผน ดำเนินการและประเมินผลในแต่ละ
กิจกรรม เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีของกลุ่ม
วัยรุ่น (Waters et al., 2009)

4. ระดับชุมชน (Community level)

1) ชุมชนควรจัดทำโปรแกรมป้องกัน
เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่น โดยอาจจะขอ
ความร่วมมือจากองค์กรส่วนท้องถิ่น โรงเรียน
หรือวัด โดยจัดทำโปรแกรมร่วมกับภาคี
เครือข่ายในชุมชน เน้นให้วัยรุ่นรู้วิธีการคุมกำเนิด
ส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง อธิบายถึง
ผลกระทบของการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ และดูแล
มารดาหลังคลอดวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1
ปี และส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ
เพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้อง (Rowland, 2010)
มารดาวัยรุ่นควรจะคุมกำเนิดอย่างน้อย 3-5 ปี
เพื่อให้เข้าสู่วัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะที่เหมาะสม
วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นคือ ยา
ฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย ปัจจุบันสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนการ
คุมกำเนิดแก่มารดาหลังคลอดวัยรุ่นโดยไม่เสีย
ค่าใช้จ่าย (Mekkamol & Wichainprapha, 2018)

2) สร้างภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อ
พัฒนากลยุทธ์ในระดับชุมชนโดยอาศัยการมีส่วน
ร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลวัยรุ่นในชุมชน
ร่วมกันวิเคราะห์และติดตามเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยง
ในชุมชน เช่น บริเวณหอพัก ชุมชน เป็นต้น ลด
ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่จะกระตุ้นให้
เกิดการตั้งครรภ์และเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่ม
วัยรุ่น เช่น สื่ออินเทอร์เน็ต เป็นต้น นอกจากนี้
อาจจะสร้างศูนย์การเรียนรู้สุขภาพชุมชน โดยให้
เป็นแหล่งการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพและอนามัย
เจริญพันธุ์ จัดทำโปรแกรมเกี่ยวกับเพศศึกษา
เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น และให้ความรู้เรื่อง

แหล่งทรัพยากรในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (Rowland, 2010) และหากวัยรุ่นในชุมชนเกิดการตั้งครรภ์ ชุมชนสามารถสนับสนุนและให้การช่วยเหลือรวมถึงการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายจะช่วยทำให้สามารถใช้ทรัพยากรในพื้นที่ได้อย่างคุ้มค่าและคุ้มค่า เนื่องจากจะเกิดการแลกเปลี่ยนทรัพยากรเกิดขึ้นในภาคีเครือข่าย

3) ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในชุมชน ควรพัฒนาระบบบริการโดยใช้หลักฐานทฤษฎีหรือรูปแบบต่าง ๆ ที่พื้นที่อื่นใช้แล้วประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา เช่น มีการศึกษาพบว่าการใช้ Ecology Model ในการช่วยแก้ไขปัญหาในระยะฝากครรภ์ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผลลัพธ์ของการคลอดดีและมีประสิทธิภาพ และมีการศึกษาที่พบว่าการใช้ Teen-friendly intensive care ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเน้นที่การประเมินความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ การให้คำแนะนำและดูแลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ ให้คำปรึกษาและการติดตามเยี่ยม ดังนั้นควรมีการใช้ evidenced-based ในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน (Tokunaga et al., 2011)

5. ระดับนโยบาย (Public policy level)

1) พัฒนาระบบสารสนเทศ หากมีการพัฒนาระบบสารสนเทศจะทำให้มีเวลาในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากขึ้น และมีเวลาเกี่ยวกับเอกสารลดน้อยลง เป็นการลดการทำงานเกี่ยวกับเอกสาร ไม่เกิดความซับซ้อนของข้อมูล สามารถดึงมาใช้เป็นเครื่องมือในการให้บริการและการบริหารได้ทันที ช่วยลดต้นทุนของการให้บริการและสามารถตรวจสอบคุณภาพการบริการ และในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลับสู่ชุมชน ควรใช้ระบบที่ทันสมัยและสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้ควรมีการใช้

ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic information system) มาช่วยในการบริการและจัดการกับการบริการ ทำให้เราสามารถกระจายการเข้าถึงบริการไปยังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตามพื้นที่ได้ตามบริบทของระบบบริการของพื้นที่นั้นๆ (Johnson & Madise, 2009)

2) การติดตามประเมินระบบบริการสุขภาพ ควรติดตามวิเคราะห์และประเมินตั้งแต่ระดับนโยบายเพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างนโยบายและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นการเข้าถึงบริการ นโยบาย เป้าหมาย แหล่งทรัพยากร การควบคุมและติดตาม ควรมีการติดตามประเมินประโยชน์ของการบริการแบบหลายมิติ ทั้งจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบคลุมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ตัวชี้วัดในระดับกระบวนการ ได้แก่ ความต่อเนื่อง (continuity), ความครอบคลุม (comprehensiveness) และการเข้าถึง (accessibility) และตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ ได้แก่ ผลผลิต (productivity) (Silva et al., 2011)

3) ส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาวิจัยเชิงระบบ ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และการวิจัยประเมินผล เพื่อเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างแท้จริงตามบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคม การศึกษาที่ผ่านมา มีเพียงการศึกษาถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นและสาเหตุของการตั้งครรภ์วัยรุ่น ยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบสุขภาพ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (Health system) มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ประชาชน (people) ผู้ให้บริการ (provider) การจัดให้บริการทางสาธารณสุข (health service delivery) การเงินและงบประมาณ (finance) และนโยบาย (policy) ถึงแม้ว่าจะมีการ

ประเมินผลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่มีความชัดเจนถึงการนำไปพัฒนาและปฏิบัติ ทำให้ระบบการบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม การศึกษาวิจัยเชิงระบบจะช่วยเชื่อมต่อระหว่างความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและความเท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพอย่างแท้จริงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพจะเป็นการประเมินเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบริหารและการจัดการ การเงิน การบริการที่มีประสิทธิภาพ การลดความผิดพลาดทางการแพทย์ และการพยาบาล รวมทั้งต้องครอบคลุมเกี่ยวกับการส่งเสริมความปลอดภัยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งหากมีการประเมินระบบบริการสุขภาพจะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เกิดความคุ้นเคยและคุ้มค่าของระบบบริการสุขภาพ และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้เพื่อลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันและเพื่อให้เกิดความยุติธรรมควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมวัยรุ่นทุกพื้นที่และทุกกลุ่มในสังคม

สรุป

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้ตั้งใจเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีความซับซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นสาเหตุของปัญหาในหลายระดับ การวิเคราะห์ค้นหาปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจในกลุ่มวัยรุ่นทั้งปัจจัยในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้สามารถมองเห็นปัญหาต่าง ๆ ได้ชัดเจนและครอบคลุมถึงแม้ว่าทุกภาคส่วนจะพยายามแก้ไขปัญหามาโดยการจัดทำนโยบายหรือจัดทำวิจัยในประเด็นต่าง ๆ แต่ก็ยังพบว่ายังมีช่องว่างของระบบสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจอยู่ ดังนั้นการมองประเด็นในการแก้ไขปัญหาควรเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและทุกระดับ ทั้งระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชนและระดับนโยบาย หากทุกภาคส่วนช่วยกันแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังจะช่วยลดช่องว่างของปัญหา เกิดการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจอย่างยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมไปถึงการมีสุขภาพดีของครอบครัวและชุมชน นำไปสู่การมีสุขภาพดีของคนทั้งประเทศต่อไป

References

- Aeamsamarng, P., Srisuriyawet, R. & Homsin, P. (2013). Risk factors of Unintended repeat pregnancy among adolescents. *The Public Health Journal of Burapha University*, 8(1), 55-67. (in Thai).
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. 7thed. New Jersey: Pearson Education.
- Boonyaporn, T., & Saetan, C. (2017). Nursing role: stress management of pregnant teenage. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 271-281. (in Thai).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Buchan, J. & Dal-Poz, M. R. (2012). Skill mix in health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 575-580.
- Exavery, A., Kante, A. M., Hingora, A. Mabaruku, G., Pemba, S. & Phillips, J. F. (2013). How mistimed and unwanted pregnancy affect timing of antenatal care initiation in three districts in Tanzania. *Pregnancy and Childbirth*, 13(35), 1-22.
- Johnson, F. A. & Madise, N. J. (2009). Examining the geographical heterogeneity associated with risk of mistimed and unplanned pregnancy in Ghana. *Journal of Biosocial Science*, 41, 249-267.
- Mchunu, G., Peltzer, K., Tutshana, B. & Seutlwadi. (2012). Adolescent pregnancy and associated factors in South African youth. *African Health Science*, 12(4), 426-434.
- McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15, 351-77.
- Mekkamol, K. & Wichainprapha, A. (2018). The roles of nurses in teenage mother's caring. *Journal of Health Science Research*, 12(2), 69-77 (in Thai).
- National Health Security Office of Thailand. (2011). *The universal coverage project*. Retrieved (2013, November 1) from: <http://www.Nhso.go.th>.
- National Prevention Council. (2011). *National prevention strategy america's plan for better health and wellness*. Office of the Surgeon General.
- Pedrosa, A. A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C. & Dattilio, F. (2011). Ecological contexts in adolescent: The role of individual, sociodemographic, Familial and relational and adjustment pattern. *Contemporary Family Therapy*, 33, 107-127.
- Phromchaisa P, Kantaruksa K, Chareonsanti J. (2014). Effect of social support enhancement on maternal role among adolescent pregnancy women. *Nursing Journal*, 41(2), 97-106.
- Pungbangkadee, R. & Serisathien, Y. (2008). Nurses: Support and care of unwanted pregnant. *Journal of Nursing Science*, 26(2), 5-16.
- Rahman, M. (2012). Women's autonomy and unintended pregnancy among currently pregnancy women in Bangladesh. *Maternal Child Health*, 16, 1206-1214.
- Rowland, S. (2010). Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focused strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 605-616.
- Saejeng, K., Sukrat, B., Kovavisarat, E., Pomprapat, P., & Kanjanawetang, J. (2015). *A practical guide for teenagers*. Bangkok: Media Center and Kaewchaochom Publications. (in Thai).
- Sauls D. J. & Grassley J. S. (2012). Evaluation of the supportive needs of adolescents during childbirth intrapartum nursing intervention on adolescents' childbirth satisfaction and breastfeeding rates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(1), 33-44.

- Silva R. B., Contandriopoulos, A. P., Pineault R. & Tousignant P. (2011). A global approach to evaluation of health service utilization: Concepts and measures. *Health care Polic*, 6(4), 106-117.
- Srijaiwong, S., Sindhu, S., Ratinthorn, A., & Viwatwongkasem, C. (2017). Factors influencing sexual behaviors among Thai adolescents. *Journal of Population and Social Studies*, 25(3), 171-193. doi: 10.25133/JPSSv25n3.002
- Srisuriyawet, R. & Homsin, P. (2014). Mother-daughter sexual risk communication and psychosocial factors related to sexual experience among female students. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(2), 33-44. (in Thai).
- Thato, S., Rachakul, S. & Sopajaree, C. (2007). Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1158-1164.
- Tilghman, J., & Lovette, A. (2008). Prenatal care: The adolescent's perspective. *Journal of Perinatal Education*, 17, 50-53. doi:10.1624/105812408X298390
- Tipwareerom, W., Powwattana, A., Rarpwongwattana, P. (2013). Predictors of risky sexual behaviors among adolescent boy, Phitsanulok province. *Journal of Public Health Nursing*, 27(1), 31-45. (in Thai).
- Vivancos, R., Abubakar, I., Phillips-Howard, P. & Hunter, P. R. (2012). School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults. *Public Health*, 127(1), 53-57. doi: 10.1016/j.puhe.2012.09.016
- Vuttanont, U., Greenhalgh, T., Griffin, M. & Boynton, P. (2006). Smart boys and sweet girls and sex education needs in Thai teenager: A mixed method study, *Lancet*, 368, 2068-2080.
- Waters, S. K., Cross, D. S. & Runions, K. (2009). Social and ecological structures supporting adolescent connectedness school: A theoretical model. *Journal of School Health*, 79(11), 516-524.
- World Health Organization. (2012). *Adolescent Pregnancy* (Issues in Adolescent health and Development) Retrieved (2019, November 2) from <http://www.who.int/mediacentre>.
- Yakasem, P. & Sittirit, S. (2012). Experiences of registered nurses in providing prenatal care for pregnant teenagers. *Journal of Nursing and Education*, 5(3), 145-156. (in Thai).
- Zolna, M. & Lindberg, L. (2012). *Unintended Pregnancy: Incidence and outcomes among young adult unmarried women in the United States*. New York: Guttmacher Istitute.