แม่วัยใส

ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
กองบรรณาธิการ

รายงานฉบับนี้สังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติร่วมทบทวนเนื้อหา ข้อมูลส่วนหนึ่งมาจากการศึกษาค้นคว้าโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เรียบเรียงเนื้อหาและบทสัมภาษณ์โดยบริษัทไทยพับลิก้าจำกัด รูปภาพส่วนใหญ่ที่ปรากฏในรายงานมาจากการประกวดภาพถ่ายในหัวข้อ ทุกการเกิดมีความหมาย ซึ่งจัดโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติร่วมกับมูลนิธิภาพถ่ายแห่งประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้จัดทำรายงานรู้สึกเป็นเกียรติและขอขอบคุณที่ได้รับความร่วมมือด้านวิชาการและคำแนะนำในการจัดทำรายงานตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบายจากคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการการจัดทำรายงานสถานการณ์ประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556:แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ฉบับนี้ ซึ่งนำโดยคุณสุวรรณี คำมั่น คุณชุตินาฏ วงศ์สุบรรณ และคณะเจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้ง นพ. ยงยุทธ์ วงศ์กิรมย์ศานต์ ศ.ดร.ภัสสร ลิมานนท์ นพ.ศิริเกียรติ เหลี่ยงกอบกิจ นพ.กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง คุณมนิตา ลิ่มนิจสรกุล คุณณัฐยา บุญภักดี ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ ดร.ภญ. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส ดร. อินทิรา ยมาภัย นายทรงยศ พิลาสันต์ คุณชลัญธร โยธาสมุทร คุณอภิญญา มัตเดช คุณเสาวลักษณ์ ศักดิ์สิทธิ์ และคุณบุญลาภ ภูสุวรรณ

นอกจากนี้คณะผู้จัดทำรายงานยังได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเอื้อเฟื้อข้อมูลสถิติที่สำคัญจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ รวมทั้งความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆที่สละเวลาเพื่อให้สัมภาษณ์และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำรายงานฉบับนี้

คณะเจ้าหน้าที่กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยผู้สนับสนุนเนื้อหาข้อมูลเพิ่มเติมและตรวจทานเรียบเรียง ประกอบด้วย คุณคาสปาร์ พีค ดร.วาสนา อิ่มเอม นพ. ชัยยศ คุณานุสนธิ์ คุณอธิ วงศ์เขียว คุณรัตนาภรณ์ ตังธนเศรษฐ์ คุณทิชา นพรัตน์เขต คุณวันปิยะ เตโช และคุณจีรวัฒน์ ณ กลาง

ออกแบบรูปเล่มและกราฟฟิก

ปราง ปริยทฤฆ
บริษัทแอดวานส์ปริ้นติ้งจำกัด
พิมพ์ครั้งที่ 1: ธันวาคม พ.ศ. 2556

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรายงานนี้ไม่อาจสะท้อนต่อมุมมองของรัฐบาลไทยหรือกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ รวมทั้งคณะกรรมการบริหารหรือองค์กรในเครือ

สารบัญ

กองบรรณาธิการ II
สารบัญ i
คำนิยมจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ii
คำนิยมจากผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย iii
บทที่ 1 การเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน – รากฐานเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 1
บทที่ 2 ขนาดและแนวโน้มการตั้งครรภ์/การคลอดในวัยรุ่น 11
บทที่ 3 หลากปัจจัยสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 21
บทที่ 4 มุมสังคมมองการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 33
บทที่ 5 ผลกระทบการตั้งครรภ์วัยรุ่นในมิติต่างๆ 41
บทที่ 6 มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 49
บทที่ 7 ข้อเสนอแนะและก้าวต่อไป 51
เอกสารอ้างอิง 66
ภาคผนวก 70

คำนิยมจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

โครงสร้างประชากรของไทยได้เปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นและประชากรวัยเด็กวัยแรงงานลดลงอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ประเทศไทยต้องเร่งสร้างคุณภาพคนเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่เข้มข้นมากขึ้นในอนาคต ด้วยการส่งเสริมให้ทุกการเกิดเป็นการเกิดที่มีคุณภาพ สร้างความตระหนักรู้ และการเข้าถึงการมีอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม การเสริมสร้างระบบการจัดการความรู้เรื่องครอบครัวศึกษา พฤติกรรมทางเพศและสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย อย่างไรก็ตาม “การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” ยังคงเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเกิดที่ด้อยคุณภาพส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพของผู้เป็นมารดาและทารก ด้านเศรษฐกิจจากปัญหาความยากจน การสูญเสียโอกาสทางการศึกษาและการพัฒนาศักยภาพตลอดจนด้านสังคมจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและการทอดทิ้งเด็ก

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มสูงขึ้นรัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นลำดับต้นๆ โดยเน้นการเข้าถึงโอกาสและสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งในด้านการได้รับศึกษาการฝึกอาชีพ การดูแลสุขภาพ และได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมตามช่วงวัย ตลอดจนกำหนดให้การแก้ปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นแนวทางการพัฒนาหลักของช่วงวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๒๑ปี) ตามกรอบการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (Life Cycle Development) เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ประเทศโดยจัดให้มีศูนย์ช่วยเหลือสังคม OSCC ๑๓๐๐ (One Stop Crisis Center) ที่เน้นการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบการส่งต่อการให้บริการของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มุ่งให้ผู้เสียหายหรือผู้ประสบเหตุเข้าถึงบริการหรือสิทธิอันพึงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนกลับมาสู่การดำรงชีพในชีวิตประจำวันได้อย่างมีศักดิ์ศรี

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานสถานการณ์ประชากรไทย ปี ๒๕๕๐ แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งได้ศึกษาครอบคลุมทั้งในด้านสถานการณ์แนวโน้มของปัญหา มุมมองของสังคมต่อปัญหาสาเหตุปัจจัยและผลกระทบที่ตามมาบทเรียนสำคัญจากทั้งในประเทศและต่างประเทศรวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังที่ได้นำเสนอในรายงานฉบับนี้ จะเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างเป็นระบบ มีบูรณาการ สามารถนำไปดำเนินการในทางปฏิบัติให้บังเกิดผลได้อย่างแท้จริงต่อไป

นายอาคม เติมพิทยาไพสิฐ
เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

คำนิยมจากผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

การตั้งครรภ์แต่ละครั้งควรเป็นเวลาแห่งการเฉลิมฉลองการเกิดขึ้นของชีวิตใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดที่ประเทศไทยหรือที่ใดในโลกนี้ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าทุกการเกิดไม่ได้นำมาซึ่งการเฉลิมฉลองเสมอไป เพราะทั่วโลกนี้มีการตั้งครรภ์เป็นจำนวนหลายล้านที่ไม่ได้มาจากการวางแผนและไม่ได้เป็นที่ต้องการ และไม่มีอะไรที่เศร้าไปกว่าการที่การตั้งครรภ์เหล่านี้เกิดขึ้นกับเด็กสาววัยรุ่นที่ไม่พร้อม ผลที่ตามมามักจะเป็นความเศร้าสลดต่างๆ เช่น การทำแท้ง การเป็นคุณแม่ที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพัง หรือการที่แม่วัยรุ่นต้องออกจากโรงเรียนและต้องทำงานหาเช้ากินค่ำไปตลอดชีวิต เด็กๆที่เกิดมาไม่มีพ่อ ซึ่งการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นนั้นเป็นสิ่งที่ทราบกันโดยทั่วไป และปัญหาเหล่านี้ไม่ควรเพิ่มมากขึ้นอย่างที่เห็นในปัจจุบัน

ส่วนใหญ่แล้วสังคมมักจะกล่าวหาว่าเด็กสาววัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นคนสร้างปัญหา แม้ว่าความจริงมีผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายที่เป็นปัจจัยและแรงผลักดันที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ซึ่งปัจจัยและแรงผลักดันเหล่านี้ต่างก็มีความรับผิดชอบในการช่วยป้องกันไม่ให้มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของเด็กวัยรุ่น โดยผู้ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ประกอบด้วยพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อน ครูและคนในชุมชนของเธอ และบุคคลที่มีส่วนรับผิดชอบนโยบาย ในการกำหนดกฎหมายและระเบียบต่างๆที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงเครื่องมือที่ช่วยป้องกันพวกเธอจากการตั้งครรภ์ ทั้งนี้การตั้งครรภ์ในเด็กสาววัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการไม่มีทางเลือกอื่นๆอาทิ การที่เธอไม่สามารถลุกขึ้นยืนสู้กับแรงกดดันของผู้ชายเนื่องจากความเชื่อวิถีปฏิบัติเรื่องเพศเก่าๆ การที่พวกเธอไม่มีทางเลือกในการได้รับเครื่องมือคุมกำเนิดเนื่องจากผู้ปกครอง ผู้ให้บริการทางสุขภาพ หรือผู้ขายเวชภัณฑ์คุมกำเนิดมองว่าการที่เด็กผู้หญิงใช้หรือซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดเหล่านี้เป็นเรื่องที่น่าอับอาย แม้ว่าในความเป็นจริงแล้วเป็นสิ่งที่น่าชมเชยว่าเด็กสาวเหล่านี้มีพฤติกรรมที่รับผิดชอบ

ในแต่ละปี เด็กผู้หญิงและวัยรุ่นจำนวนเกือบ 125,000 คนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีให้กำเนิดบุตร โดยมีการประเมินว่านี่เป็นเพียงครึ่งหนึ่งของจำนวนเด็กผู้หญิงและวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุนี้เท่านั้น ดังนั้นอาจมีเด็กวัยรุ่นอีก125,000 คนหรือมากกว่าที่ตั้งครรภ์แล้วจบลงด้วยการทำแท้งในแต่ละปี เด็กกลุ่มนี้มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของเด็กหญิงวัยรุ่นทั้งหมดที่ตั้งครรภ์หรือคลอด ซึ่งได้เพิ่มขึ้นแทนที่จะลดลงไปในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยที่คนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงเวชภัณฑ์คุมกำเนิดได้อย่างง่ายดาย สัดส่วนนี้ถือว่าสูงเกินไป

รายงานแม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น หรือ หนังสือรายงานประชากรประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 นี้เป็นรายงานที่ออกมาควบคู่กับรายงาน Motherhood in Childhood หรือ 2013 State of World Population Report เพื่อแสดงภาวะและสถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นในประเทศไทย ในขณะที่จำนวนการตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนาหลายๆ ประเทศส่วนใหญ่ที่เพิ่มขึ้นมาจากความยากจน ในประเทศไทย ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นมากจากวิถีปฏิบัติทางสังคมเก่าๆ ที่ไม่สามารถรับกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมทั้งพฤติกรรมทางด้านเพศ ของวัยรุ่น

วัยรุ่นต่างมีสิทธิของตน ซึ่งรวมถึงสิทธิในการได้รับการศึกษา สิทธิในการมีสุขภาพที่ดี และสิทธิในการใช้ชีวิตที่ปราศจากการถูกบังคับและความรุนแรง แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าการละเมิดสิทธิเหล่านั้นมักจะเป็นทั้งสาเหตุและผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อเด็ก

ผู้หญิงคนหนึ่งไม่ได้รับการศึกษาเรื่องเพศที่มีคุณภาพและเหมาะสม เธออาจจะตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และการตั้งครรภ์อาจทำให้เธอไม่สามารถสำเร็จการศึกษา เมื่อเธอไม่สามารถเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิด เธออาจตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และการตั้งครรภ์อาจทำให้เธอเลือกทำแท้งอย่างไม่ปลอดภัยที่มีผลอันตรายต่อสุขภาพของเธอ เมื่อเด็กสาวคนหนึ่งถูกกดดันหรือบังคับให้มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากวิถีทางสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำทางด้านเพศ เธออาจตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และการตั้งครรภ์อาจทำให้เธอต้องพึ่งพาผู้ชายทางด้านเศรษฐกิจมากขึ้นและทำให้เธอต้องจำนนต่อการถูกบังคับและกดดันต่อไป

รายงานฉบับนี้พยายามจะแสดงภาวะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยและเสนอข้อเท็จจริงมากกว่าจะเสนอเรื่องเล่าให้กับผู้อ่าน รายงานพยายามเสนอปัจจัยต่างๆที่ผลักดันให้เกิดขยายตัวนี้ ความซับซ้อนที่เกี่ยวโยงกันของพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงของวิถีทางวัฒนธรรม และปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ทำให้เด็กสาววัยรุ่นและเด็กหญิงมีทางเลือกน้อยกว่าที่พวกเธอควรจะได้รับ รายงานนี้พยายามเสนอแนวทางเพื่อเปลี่ยนแปลงแนวโน้มนี้ โดยการทำให้ผู้ชายและเด็กชายเคารพความเป็นอิสระของเด็กหญิง โดยให้การศึกษาทางด้านเพศและความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นและทำให้เธอสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างๆ และให้พลังกับเด็กหญิงและหญิงวัยรุ่นทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

รายงานเรื่องแม่วัยใสนี้มีความประสงค์จะเสนอชีวิตและเรื่องราวของเด็กผู้หญิงเหล่านี้ รวมทั้งผู้ปกครองและเพื่อนๆของพวกเธอและสมาชิกคนอื่นในชุมชนของเธอ เพื่อจะแสดงให้เห็นว่าเธอและบุคคลที่อยู่รอบๆตัวเธอเหล่านี้สามารถร่วมเป็นพลัง โดยการกระทำหรือการละเลย ในการขัดขวางไม่ให้เด็กสาวเหล่านี้ตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตทางด้านเพศตามวิจารณญาณของพวกเธอ เนื้อหาของรายงานนี้มากจากการสัมภาษณ์ การวิจัย และการทบทวนข้อมูลตัวเลขและตัวบทกฎหมายต่างๆ กระบวนการเก็บข้อมูลมีความท้าทายจากตัวเลขและข้อมูลที่ไม่เหมือนกันในบางเรื่อง กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติหวังว่ารายงานฉบับนี้เป็นอีกก้าวหนึ่งในการทำให้เด็กหญิงและผู้หญิงในประเทศไทยทั้งหมดสามารถมีการตัดสินใจที่เป็นอิสระบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับชีวิตเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของพวกเธอ

นายคาสปาร์ พีค
ผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

บทที่ 1
การเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน – รากฐานเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

บทที่1

ประเทศไทยมีผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีที่คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 355 ราย โดยมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจำนวนถึง 10 รายต่อวันที่กลายเป็นคุณแม่วัยใส[1] ทั้งนี้จำนวนผู้หญิงที่ตั้งครรภ์จะมีมากกว่านี้ แต่ไม่มีข้อมูลใดระบุได้ว่าที่จริงแล้วในปีหนึ่งๆ ประเทศไทยมีผู้หญิงตั้งครรภ์เป็นจำนวนเท่าใด เพราะการตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งยุติด้วยการแท้ง

แม้ว่าเศรษฐกิจของประเทศไทยจะเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ผู้หญิงมีโอกาสทางการศึกษาและการประกอบอาชีพที่ดีขึ้น แต่เป็นที่น่าสังเกตุว่า จำนวนผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปีในประเทศไทยกลับเพิ่มขึ้น ทั้งๆที่ผู้หญิงในวัยนี้ควรจะอยู่ในโรงเรียน เพื่อสร้างอนาคตตามที่ตั้งใจหรือได้ใฝ่ฝันไว้ในวันข้างหน้า

ในขณะที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มาจากความยากจน แต่ในประเทศไทยกลับมีเด็กผู้หญิงที่ตั้งครรภ์จำนวนมาก ถ้ามองจากมุมการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิของเด็กผู้หญิงเหล่านี้ถูกปฏิเสธทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความรู้ การศึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว เช่น การเติบโตของสังคมเมืองและสังคมคนชั้นกลางที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทางเลือกและการพัฒนาสื่อทางเทคโนโลยีต่างๆมีมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน เด็กและวัยรุ่นกลับไม่ได้รับความรู้อย่างเหมาะสมกับวัยของพวกเขาอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถรับมือและป้องกันตัวเองจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากสาเหตุหลายประการ อาทิ บทเรียนเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาที่ไม่ได้รับการปฏิรูป ทัศนคติเชิงลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานโดยไม่ให้ทางเลือกอื่นกับเด็กวัยรุ่น ผู้ปกครองไม่สามารถเป็นที่ปรึกษาเรื่องเพศให้กับลูกๆได้ หรือความเชื่อดั้งเดิมในท้องถิ่นบางแห่งที่เห็นว่าเด็กหญิงวัยรุ่นมีหน้าที่แต่งงานสร้างครอบครัวแทนที่จะเรียนหนังสือ หรืออิทธิพลของกระแสวัตถุนิยมที่ทำให้เด็กวัยรุ่นบางคนใช้ความสัมพันธ์ทางเพศเพื่อการแลกเปลี่ยนสิ่งของที่ตนต้องการโดยไม่มีความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบที่ตามมาจากการไม่มีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเพียงพอ หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนขาดความตระหนักและไม่รู้ว่าตนต้องการความรู้ การบริการ และการช่วยเหลือทางสังคมและสุขภาพอย่างไร

ปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยทางด้านครอบครัว การศึกษาตลอดจนบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสภาพสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ทำให้ประเทศไทยมีจำนวนเด็กวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จำนวนมาก วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งอาจทำแท้งจากสถานการณ์ที่บังคับ ส่วนหนึ่งอาจเลือกตั้งครรภ์ต่อไปจนคลอดกลายเป็น **“แม่วัยใส”** ไม่ว่าจะเป็นในกรณีใดก็ตาม รายงานวิจัยจำนวนมากยืนยันตรงกันว่าวัยรุ่นยังเป็นวัยที่ไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ ดังนั้นการเป็นแม่วัยใสจึงถือว่าเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ไม่ว่าจะเป็นเพราะแต่งงานหรือตั้งใจจะตั้งครรภ์ก็ตาม

การเปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่นมาเป็นแม่วัยใส ล้วนทำให้ **“โอกาส”** ของตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคม สูญเสียไป ไม่สามารถประเมินมูลค่าผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นต่อวิถีการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต สุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจได้

วัยรุ่นจำนวนหนึ่งที่ตั้งครรภ์และเป็นแม่วัยใสมักต้องแยกทางกับคู่ในที่สุดทำให้ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาตามลำพัง เกิดสภาวะความไม่มั่นคงทางอารมณ์ ทำให้เครียดและอาจมีภาวะซึมเศร้า เด็กผู้หญิงหลายคนต้องปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์ต่อผู้ปกครองและคนรอบตัว จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์และคลอด รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทารก น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่ามาตรฐาน คลอดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตหลังคลอด และเด็กส่วนหนึ่งถูกทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล

1 สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พ.ศ. 2556

“เด็กเลี้ยงเด็ก”

ขณะเดียวกันวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งไม่ได้กลับไปเรียนต่อ ต้องออกจากโรงเรียน เปลี่ยนที่เรียน หรือออกจากงาน ไม่มีอาชีพ ขาดรายได้ กลายเป็นสภาพ **“เด็กเลี้ยงเด็ก”**

ผลการศึกษาจากนานาชาติบ่งชี้ว่าความไม่เท่าเทียมและการไม่ปกป้องสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กผู้หญิงเป็นเรื่องท้าทายสำคัญในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นการที่เด็กผู้หญิงขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาและสัมพันธภาพศึกษา ไม่มีโอกาสได้พัฒนาทักษะเพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ หรือเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ที่นำไปสู่การสร้างครอบครัว ไม่ได้รับข้อมูลหรือเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ รวมถึงการถูกละเมิดทางเพศ

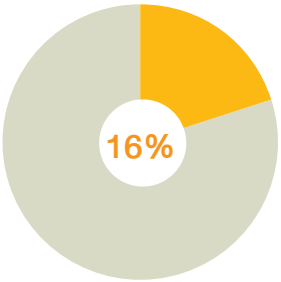
ดังนั้นการที่ประเทศไทยมีเด็กผู้หญิงจำนวนมากที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียนย่อมส่งผลกระทบนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรโดยรวมของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้หญิงหนึ่งคนมีลูกเฉลี่ย

แนวโน้มคนไทยเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ

ประเทศไทยได้พัฒนาจนประชาชนมีรายได้ดีขึ้น แต่ไทยได้ก้าวมาติดกับดักอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางหรือ Middle Income Trap ยังไม่สามารถก้าวข้ามกับดักนี้ได้ ขณะนี้โครงสร้างอายุประชากรของไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการที่มีอัตราเกิดลดลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น เมื่อกว่าสี่สิบปีที่ผ่านมาผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ย 5-6 คน ปัจจุบันคนไทยเกิดน้อย ผู้หญิงหนึ่งคนมีลูกเฉลี่ย 1-2 คนเท่านั้น ประกอบกับผู้หญิงจำนวนหนึ่งแต่งงานช้าลง และเลือกที่จะอยู่เป็นโสดมากขึ้น จำนวนการมีบุตรเฉลี่ยของผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์มีเพียง 1.62 คนต่อรายเท่านั้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2556)[2] ซึ่งเป็นอัตราการเจริญพันธุ์ระดับที่ต่ำมากมีแนวโน้มที่จะลดลงอยู่ในระดับใกล้เคียงกับหลายประเทศในเอเชียตะวันออกที่มีการเกิดน้อย ไม่ว่าจะเป็น ญี่ปุ่น เกาหลี สิงคโปร์

ท่ามกลางปัญหาการเกิดที่น้อยลง การติดกับดักรายได้ จึงเป็นเหตุให้ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคม **“แก่ก่อนรวย”** นั่นเป็นเพียงความท้าทายหนึ่ง แต่ความท้าทายที่น่าเป็นห่วงยิ่งกว่านั้นคือภาวะ **“การเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ”** กล่าวคือในขณะที่แนวโน้มการเกิดของคนไทยมีน้อยลงเรื่อยๆ แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในวัยเรียนอย่างเต็มที่กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงแนวโน้มคุณภาพของประชากรไทยในอนาคต



16% ของเด็กแรกเกิดรุ่นนี้เกิดจากแม่วัยรุ่น ซึ่งจะเป็นคนรุ่นที่จะกลายเป็นผู้ใหญ่ในอีกสามสิบปีข้างหน้าที่ต้องแบกรับภาระการพึ่งพิงของคนวัยอื่นในอนาคต

ด้วยเหตุนี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ รวมทั้งภาระทางการคลังในด้านการดูแลสวัสดิการสังคมที่สูงขึ้นเรื่อยๆ นั่นหมายความว่าภาระดังกล่าวจะตกมาอยู่ที่คนวัยทำงานของประชากรในอนาคตที่จะต้องเพิ่มประสิทธิผลการทำงานของคนรุ่นตนให้มากขึ้นเพื่อแบกรับภาระที่กำลังก่อตัวเพิ่มขึ้นจากคนช่วงวัยอื่นๆ โดย **“อัตราส่วนการพึ่งพิง”** ซึ่งหมายถึง อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยเด็กและประชากรวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุว่าในปี พ.ศ. 2553 ประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องเลี้ยงดูเด็ก 30 คน และผู้สูงอายุ 20 คน แต่ในปี พ.ศ. 2583 อัตราส่วนพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็นประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 60 คน และวัยเด็ก 20 คน

เรื่องที่น่าเป็นห่วงคือ ราวร้อยละ 16 ของการคลอดในปัจจุบันเป็นการคลอดที่เกิดจากแม่วัยรุ่น[3] ซึ่งแนวโน้มการเกิดจากแม่วัยรุ่นมีเพิ่มขึ้น นำไปสู่คำถามว่าในอีกสามสิบปีข้างหน้าแม่วัยรุ่นและเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเหล่านี้จะสามารถพัฒนาตนเองให้กลายเป็นคนทำงานที่มีศักยภาพเพื่อแบกรับภาระการดูแลทั้งผู้สูงอายุและเด็กในอนาคตได้อย่างไร

2 อัตราการเจริญพันธุ์ (Total Fertility Rate) เป็นตัวชี้วัดสากลที่บ่งชี้ว่าผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ไม่ว่าสถานภาพการสมรสเป็นอย่างไรโดยเฉลี่ยแล้วจะมีบุตรจำนวนกี่คนตลอดช่วงเวลาที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงแต่ละคน ซึ่งมักจะวัดจากกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปีเพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบสถานการณ์ในประเทศต่างๆ

3 เป็นร้อยละของการคลอดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2555 ตัวตั้งคือจำนวนการคลอดจากหญิงอายุ 15-19 ปีจำนวน 129,451 คน ตัวหารคือจำนวนการคลอดทั้งหมดจากผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ จำนวน 801,737 คน

นี่คือภาระของคนวัยทำงานในอนาคต ที่ไม่ใช่เรื่องไกลตัวอีกต่อไป

2553	30	100	20
2583	20	100	60

ผลการคาดประมาณประชากรในเขตและนอกเขตเทศบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2553-2583

(หน่วย:พันคน)

	2553	2558	2563	2568	2573	2578	2583
รวมทั้งประเทศ	63,789	65,104	65,996	66,371	66,174	65,350	63,864
ในเขตเทศบาล	27,705	30,973	34,131	37,073	39,705	39,210	38,318
นอกเขตเทศบาล	36,084	34,131	31,865	29,297	26,470	26,104	25,546

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2556

หมายเหตุ ข้อมูลเฉพาะคนไทยไม่รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่คนไทยที่อาศัยอยู่ประจำจำนวน 2.1 ล้านคน

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น – หลักการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

ประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ขณะเดียวกันผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระยะที่ผ่านมา แม้จะให้ความสำคัญกับการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาแล้ว แต่ยังคงปรากฏความเหลื่อมล้ำอยู่ในสังคมไทย จนมีคำพูดที่ว่า **“รวยกระจุก-จนกระจาย”** ด้วยเหตุนี้หากเป้าหมายการพัฒนาประเทศคือการทำให้ชีวิตคนไทยดีขึ้น ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของประชากรนับตั้งแต่แรกเกิดจะช่วยให้เราเห็นอนาคต แนวโน้มของสังคม ตลอดจนความเสี่ยงและปัญหาที่ประชาชนจะต้องเผชิญหน้า การกำหนดนโยบายสาธารณะที่เหมาะสมเพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรให้ทุกคนได้มี“โอกาส”ได้เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการสะท้อนความเหลื่อมล้ำทางด้านโอกาสในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่ง อย่างเช่น การที่เด็กหรือวัยรุ่นบางกลุ่มไม่ได้รับการศึกษาเรื่องเพศศึกษาที่เหมาะสมกับวัย เป็นการถูกปฏิเสธสิทธิในการได้รับความรู้และการพัฒนาตนเอง การที่เด็กวัยรุ่นบางส่วนตั้งครรภ์เนื่องจากถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นการละเมิดสิทธิของเด็กที่จะได้รับความคุ้มครอง นอกจากนี้ถือได้ว่าแม่วัยรุ่นบางคนที่มีอาการแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนวัยอันควรถูกละเมิดสิทธิในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

✔ สิทธิ...

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนหลายฉบับระบุถึงหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนให้กับประชาชน โดยอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention of the Rights of the Child) ที่ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีในปี ค.ศ. 1992 ระบุถึงการคุ้มครองของรัฐต่อสิทธิของเด็กเพื่อ

- สิทธิที่จะ**มีชีวิตรอด** – ได้รับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีสันติภาพ และความปลอดภัย
- สิทธิที่จะได้รับ**การพัฒนา** – มีครอบครัวที่อบอุ่น ได้รับการศึกษาที่ดี และภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
- สิทธิที่จะได้รับ**ความคุ้มครอง** - ให้รอดพ้นจากการทำร้าย การล่วงละเมิด การละเลย การนำไปขาย การใช้แรงงานเด็ก และการแสวงประโยชน์โดยมิชอบในรูปแบบอื่นๆ และ
- สิทธิที่ใน**การมีส่วนร่วม** – ในการแสดงความคิดเห็น แสดงออก การมีผู้รับฟัง และมีส่วนร่วมในเรื่องที่มีผลกระทบต่อตนเอง

ในเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น กรอบการพิจารณาตามหลักการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนจึงคำนึงถึง

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและมาตรฐานสำคัญตามหลักสิทธิมนุษยชน

ประกอบด้วยสิทธิของบุคคลต่อการ

- มีอิสรภาพและได้รับการคุ้มครอง
- รักษาความเป็นส่วนตัว
- ตัดสินใจด้วยตนเอง
- ให้การยินยอมในการแต่งงานหรือใช้ชีวิตคู่ และมีความเท่าเทียมกันในการแต่งงาน
- สุขภาพโดยเฉพาะในเรื่องสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์
- ความเท่าเทียมและไม่ถูกกีดกันเนื่องจากอายุ
- มีอิสระ ไม่ถูกบังคับ คุกคาม หรือทำให้กลัว ถูกกีดกันหรือทรมาน ถูกรังเกียจ ดูถูก หมิ่นศักดิ์ศรี หรือถูกลงโทษ
- มีอิสระ ปราศจากความรุนแรงทางเพศ
- เข้าถึงการศึกษา ซึ่งรวมถึงเพศศึกษา
- มีส่วนร่วมในกิจการสาธารณะ
- ได้รับข้อมูล
- มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น

สิทธิต่างๆเหล่านี้ ปรากฏในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิสัญญาต่างๆ หลายฉบับ รวมทั้งในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention of the Rights of the Child- CRC) และแผนปฏิบัติการพัฒนาประชากร (International Conference on Population and Development, ICPD Programme of Action)

ที่มา UNFPA, 2513 State of World Population. Motherhood in Childhood: Facing the challenges of adolescent pregnancy

การคุ้มครองสิทธิทางการศึกษา

สัดส่วนของนักเรียนที่ออกจากโรงเรียนกลางคันที่ยังสูงอยู่ของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่ามีเด็กจำนวนหนึ่งที่ถูกปฏิเสธสิทธิทางการศึกษา ทั้งๆที่รัฐมอบนโยบายให้เด็กมีสิทธิในการเข้ารับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี โดยให้เรียนฟรีจนถึงมัธยมศึกษาตอนต้น ถึงแม้ว่าจำนวนของนักเรียนที่ออกกลางคันจะมีสัดส่วนที่ลดลง แต่เป็นที่น่าสังเกตุว่าจำนวนร้อยละของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ออกจากโรงเรียนกลางคันในช่วง 5 ปีที่ผ่านมามีมากกว่าจำนวนร้อยละของนักเรียนมัธยมปลายที่ออกกลางคัน แม้ว่าอายุของนักเรียนชั้นมัธยมต้นนั้นอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่ต้องได้รับความคุ้มครองจากผู้ใหญ่ แต่ข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2554 แสดงให้เห็นว่านักเรียนจำนวนเป็นหมื่นรายในแต่ละปีออกจากโรงเรียนกลางคันทุกระดับชั้นและทุกปี ในขณะเดียวกันก็ปรากฏชัดเจนว่าจำนวนเด็กนักเรียนที่เข้าเรียนในทุกระดับลดลงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเกิดของคนไทยที่น้อยลง แต่ทั้งนี้ยังไม่นับรวมนักเรียนในโรงเรียนเอกชน

จำนวนและร้อยละของนักเรียนออกกลางคันแยกตามระดับชั้นการศึกษา ปีการศึกษา พ.ศ. 2550-2554

ระดับชั้น	ปีการศึกษา2550			ปีการศึกษา2551			ปีการศึกษา2552			ปีการศึกษา2553			ปีการศึกษา2554		
	นร.ต้นปี	นร.ออกกลางคัน	ร้อยละ	นร.ต้นปี	นร.ออกกลางคัน	ร้อยละ	นร.ต้นปี	นร.ออกกลางคัน	ร้อยละ	นร.ต้นปี	นร.ออกกลางคัน	ร้อยละ	นร.ต้นปี	นร.ออกกลางคัน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	4,004,326	45,374	1.13	3,823,056	37,529	0.98	3,651,613	8,472	0.23	3,525,976	6,786	0.19	3,461,367	3,657	0.11
มัธยมศึกษาตอนต้น	2,265,371	55,079	2.43	2,175,040	53,147	2.44	2,172,287	28,525	1.31	2,143,430	20,155	0.94	2,036,863	15,340	0.75
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1,002,835	21,677	1.68	984,093	18,746	1.90	1,026,281	10,812	1.05	1,057,389	10,886	0.56	1,099,613	8,933	0.81
รวม	7,272,532	122,130	1.68	6,982,189	109,422	1.57	6,850,181	47,809	0.70	6,726,795	37,827	0.56	6,597,843	27,930	0.42

ที่มา : กลุ่มสารสนเทศ สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (http://www.bopp-obec.info/home/?page_id=5993)

กรณีนักเรียนที่ออกจากโรงเรียนกลางคันนั้นมาจากหลายสาเหตุ เช่น ความยากจน แม้จะไม่ปรากฏจำนวนที่ชัดเจนว่ามีเด็กนักเรียนผู้หญิงต้องออกกลางคันเพราะการตั้งครรภ์จำนวนเท่าใด แต่เมื่อใดที่วัยรุ่นตั้งครรภ์มักจะออกจากโรงเรียนหรือต้องเปลี่ยนที่เรียน ทั้งนี้เป็นเพราะสังคมไทยยังไม่ยอมรับการตั้งครรภ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้งตัวเด็กเองและผู้ปกครองจะรู้สึกอับอาย เสื่อมเสีย รวมทั้งโรงเรียนก็เกรงว่าจะเสียชื่อเสียง เด็กจึงต้องออกจากโรงเรียนหรือต้องเปลี่ยนโรงเรียน แม้ว่าขณะนี้มีโรงเรียนที่เปิดรับให้เด็กนักเรียนที่ตั้งครรภ์เรียนต่อได้ก็ตาม

อย่างไรก็ตามแม้เด็กจะมีโอกาสเรียนฟรี แต่ข้อมูลผลกระทบการเปลี่ยนแปลงประชากรในประเทศไทย โดย UNFPA และ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2554) ระบุว่าโรงเรียนขนาดเล็กและขนาดกลางในเขตเมืองกับโรงเรียนขนาดเล็กในชนบทคุณภาพต่างกันมาก จากการประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาขั้นพื้นฐานพบว่าร้อยละ 35 ของโรงเรียนจำนวน 31,159 แห่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ

ผลจากมาตรฐานโรงเรียนที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โรงเรียนกวดวิชาขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเด็กต่างจังหวัดที่ต้องเข้ามาเรียนกวดวิชาในจังหวัดใหญ่ๆ และมีเด็กนักเรียนจำนวนมากต้องมาอยู่หอพัก

15,000 ล้านบาท

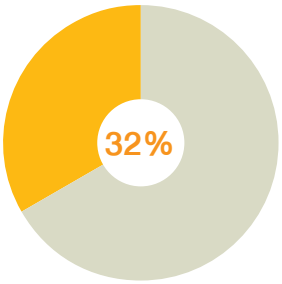
ดังนั้นปัญหานักเรียนขาดทักษะการวิเคราะห์และการเรียนรู้ด้วยตนเอง เด็กนักเรียนระดับต่างๆ ต้องออกกลางคันจำนวนมาก รวมทั้งยังมีเด็กจำนวนมากที่ต้องออกจากบ้านมาอยู่หอพัก ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความเชื่อมโยงนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แม้ว่าจะได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานในการศึกษาภาคบังคับก็ตาม

สิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ โดยการจัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปบริหารจัดการ เพื่อรับประกันว่าคนไทยทุกคนจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ผู้ที่มีฐานะยากจนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลราคาแพง ทั้งที่ก่อนหน้านี้ตนไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รวมทั้งงานอนามัยแม่และเด็กมีความครอบคลุมมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการง่ายขึ้น

แต่สำหรับการให้บริการสำหรับวัยรุ่นทั้งการตั้งครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด รวมถึงการคุมกำเนิดซึ่งมีจำนวนสูงมากในแต่ละปีนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นการเฉพาะ เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีความเสี่ยงสูงต่อการแท้งหรือการทำแท้ง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังนำไปสู่ปัญหาการไม่ไปฝากครรภ์ตามกำหนดนัดหมาย หรือหลีกเลี่ยงที่จะไปรับบริการที่สถานบริการใกล้บ้านเพราะต้องการปกปิดการตั้งครรภ์จากผู้ปกครองหรือคนรู้จัก การไม่ได้เตรียมความพร้อมระหว่างการตั้งครรภ์และหลีกเลี่ยงการไปรับบริการอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน ตกเลือด ติดเชื้อ ตลอดจนเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ในที่สุด

อย่างไรก็ตามแม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ไม่ว่าจะเป็นการใส่ห่วงหรือยาฝังลดลงกว่าครึ่งหนึ่ง จากร้อยละ 3.2 (ห่วงอนามัย) ร้อยละ 1.3 (ยาฝัง) ในปี พ.ศ. 2539 มาเป็นร้อยละ 0.9 และ 0.4 ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้หญิงที่ใช้ยาฝังหรือใส่ห่วงอนามัยที่มีอยู่ราวกว่า 450,000 คน ก่อนที่จะมีการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดลงเหลือเพียงราว 120,000 โดยประมาณในขณะนี้[4] ซึ่งการใช้วิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นยิ่งมีจำนวนน้อยมาก โดยมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดทั้งสองประเภทในหญิงอายุ 15-19 ปี เพียงร้อยละ 0.1 ที่ใส่ห่วง ร้อยละ 0.2 ใช้ยาฝัง หรือมีจำนวนหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีที่สมรสหรือเป็นโสดแต่มีเพศสัมพันธ์เพียงราว 3,200 กว่ารายจากจำนวนทั้งหมดราว 1.1 ล้านคนที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรด้วยยาฝังหรือใส่ห่วง (การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ 2552 คำนวณจาก ตาราง 5, 11)



ของหญิงวัย 15-19 ปี ไม่ได้ตั้งใจมีบุตรจากการคลอดหลังสุด

แม้ว่าผู้หญิงไทยที่แต่งงานแล้วจะมีอัตราการคุมกำเนิดสูงถึงราวร้อยละ 80 การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าร้อยละ 32 ของหญิงวัย 15-19 ปีไม่ได้ตั้งใจมีบุตรจากการคลอดหลังสุด แต่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์เนื่องจากลืมกินยาหรือลืมฉีดยาคุมกำเนิด ส่วนหนึ่งใช้วิธีคุมกำเนิดแบบดั้งเดิม และส่วนหนึ่งไม่ได้คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ สิ่งที่กลายเป็นความท้าทายคือ คุณภาพของการให้บริการคุมกำเนิดมีความครอบคลุมสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วหรือไม่ ควรจัดบริการคุมกำเนิดที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นอย่างไร และจะต้องทำอย่างไรให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์รอบด้านอย่างแท้จริง

รายงานโครงการ “การวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย” ในปี พ.ศ. 2556 ของกรมอนามัย สนับสนุนโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ได้ระบุว่าปัจจุบันแต่ละจังหวัดมีนโยบายและการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดประเภทต่างๆ แตกต่างกันไปขึ้นกับนโยบายของแต่ละจังหวัด นโยบายของสถานบริการและประเภทการให้บริการคุมกำเนิดของสถานบริการ ซึ่งสถานบริการของรัฐ ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเวชภัณฑ์แบบชั่วคราว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ส่วนการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดประเภทกึ่งถาวรได้แก่ ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิดซึ่งมีราคาแพงกว่ามากนั้น มีสถานบริการจำนวนน้อยที่จัดซื้อเวชภัณฑ์ประเภทนี้ ซึ่งเงื่อนไขสำคัญในการให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของสถานบริการขึ้นกับปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การมี/ไม่มีเวชภัณฑ์ให้บริการ 2) นโยบายของผู้บริหารสถานบริการ 3) ความพร้อมของบุคลากร และ4) ความต้องการของผู้รับบริการ

ด้านข้อมูลขององค์การอนามัยโลกมีคำแนะนำว่าวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรชนิด long acting ได้แก่ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยเหมาะสำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เนื่องจากคุมกำเนิดได้ระยะเวลานาน 3-5 ปี แต่กลับพบว่าวัยรุ่นไทยเพียงร้อยละ 0.3 ที่ใช้การคุมกำเนิดด้วยการใส่ห่วงหรือใช้ยาฝัง

1 ใน 3 ของผู้หญิงที่ทำแท้งเป็นวัยรุ่น

รายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 ดำเนินการโดยกรมอนามัยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดใดๆ มีสูงถึงร้อยละ 56.2 มีผู้ใช้การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งร้อยละ 43.8 โดย 1 ใน 3 ของผู้หญิงที่ทำแท้งเป็นวัยรุ่น ทั้งนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการถูกละเมิดทางเพศ หญิงวัยรุ่นส่วนหนึ่งอาจฝืนใจ ถูกบังคับ หรือไม่ได้ตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ส่วนหนึ่งเลือกกินยาคุมกำเนิดฉุกเฉินหลังจากมีเพศสัมพันธ์เพื่อไม่ให้ท้อง และอีกส่วนหนึ่งยุติการตั้งครรภ์เมื่อท้อง

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดร่างแผนยุทธศาสตร์ห้าปีเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับประเทศ และระดับจังหวัด ควบคู่ไปกับการออกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การท้องไม่พร้อม ตลอดจนการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรในมิติอื่นๆ รวมถึงการจัดการเรื่องการเกิดที่ลดลง โดยยึดหลักมุ่งเน้นให้ “การเกิดทุกรายปลอดภัย เป็นที่ต้องการ และมีคุณภาพ”

4 เป็นการคำนวณอย่างหยาบจากร้อยละ 80 ของหญิงสมรสหรือเคยสมรสอายุ 15-49 ปีจำนวนทั้งหมด 12.38 ล้านรายในปี พ.ศ. 2553 ที่กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิด (ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและการเคหะปี พ.ศ. 2553, การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติพ.ศ. 2552, โครงการการประเมินมาตรฐานอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับประชาชนกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2549)

ทั้งนี้ความคิดริเริ่มให้มีร่างพ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยเป็นเรื่องสืบเนื่องจากปี พ.ศ. 2537 ที่มีการประชุมเรื่องประชากรและการพัฒนาที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ หรือ International Conference on Population and Development – ICPD Cairo Agenda ประเทศไทยเป็น 1 ใน 179 ประเทศ ที่ลงนามสัตยาบันเห็นชอบต่อแผน 20 ปี ของแผนปฏิบัติการพัฒนาประชากร ICDP Programme of Action, 1994-2014) เพื่อสนับสนุนเรื่อง

- การเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า เรื่องการวางแผนครอบครัวและบริการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และอนามัยทางเพศ
- ส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศและโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาของเด็กผู้หญิง
- ตอบสนองต่อผลกระทบต่อบุคคล สังคม เศรษฐกิจจากความเป็นเมืองและการย้ายถิ่น
- สนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืนและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพลวัตรประชากร

ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 มีการกำหนดนโยบายส่งเสริมให้คนไทยมีการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยคณะกรรมาธิการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร ได้ตั้งคณะอนุกรรมาธิการขึ้นมาศึกษาเรื่องนี้ และมีมติให้ยกร่าง พ.ร.บ.นี้ในปี พ.ศ. 2546

ช่วงเวลาสิบปีที่ผ่านมานับจากการเริ่มยกร่างพ.ร.บ.ฯ สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เพิ่มสูงขึ้นสวนทางกับแนวโน้มการเกิดในภาพรวมที่ลดลง สาระของ พ.ร.บ ฉบับนี้อยู่ระหว่างการพิจารณายกร่างและระดมความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประโยชน์สอดคล้องต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2556 มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิงได้จัดทำร่างพ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับภาคประชาชนเพื่อระดมสมองและความคิดเห็นของประชาชนต่อความต้องการได้รับการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเป็นการดำเนินการควบคู่ไปกับการร่างพ.ร.บ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ของภาครัฐภายใต้การดำเนินงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

© วาทกานต์ ดะห์ลัน

เหตุใดประเทศไทยจึงผลักดันพ.ร.บ คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์

จากสภาพปัญหาแม่วัยใส จึงมีการตั้งคำถามว่าสังคมไทยใส่ใจเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์มากน้อยเพียงใด ด้วยวัยที่อยากรู้ อยากลอง มีความต้องการทางเพศเกิดขึ้น แต่ยังไม่สามารถเรียนรู้ได้ว่า สิ่งที่อาจตัดสินใจกระทำลงไปด้วยอารมณ์ชั่ววูบ จะส่งผลกระทบตัวเอง ผู้อื่นและสังคมโดยรวมอย่างไร

หลายคนอาจสงสัยระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์คืออะไร ขณะที่หลายประเทศในโลกมีกฎหมายที่พูดถึงการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข การศึกษา โดยระบุถึงเรื่องการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศและบทบาทการเป็นพ่อแม่อย่างมีความรับผิดชอบ การบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว การบริการและกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ฯลฯ หากไม่มีการวางโครงสร้างพื้นฐานในเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสมและวางระบบการทำงานอย่างเชื่อมโยงแล้ว อาจจะส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีนัยยะสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต

“ปัญหาสังคมของเรา ณ วันนี้ มีเรื่องสุขภาพทางเพศเยอะมาก ยกตัวอย่างเช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งสืบเนื่องมาจากปัญหาสังคมที่ยึดเยื้อมานานของเราว่าเราไม่ค่อยสอนเรื่องเพศให้กับเด็กของเรา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญ เพราะจะส่งผลกระทบถึงทั้งแม่และเด็ก เด็กที่เกิดมาก็ไม่แข็งแรง เด็กตัวเล็กกว่าธรรมดา เด็กคลอดก่อนกำหนด หรือแท้ง ส่งผลต่อสุขภาพของแม่ อย่างน้อย พ.ร.บ.ฉบับนี้ จะช่วยป้องกันและลดปัญหาในเรื่องนี้ได้มาก”

ศ.เกียรติคุณ แพทย์หญิงเพ็ญศรี พิชัยสนิท
ประธานคณะทำงานยกร่างพรบ.คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับภาคประชาชน
ในเวทีรับฟังความคิดเห็นร่างพ.ร.บ.ที่กรุงเทพมหานคร วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2556

“บางคนบอกว่าอยากจะเว้นช่วงการมีบุตรออกไปสามปีห้าปี ประเภทนี้ก็ควรจะได้รับยาฝังคุมกำเนิดหรือใส่ห่วงคุมกำเนิด แต่ก็ไม่ได้ เพราะว่าไม่มีให้ ต้องมากินยาหรือฉีดยา ก็เลยทำให้ผิดพลาดไป เพราะฉะนั้น อันนี้คือความสำคัญ (ของพ.ร.บ.)”

นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
รายการข่าวของสำนักข่าวไทยอสมท. วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2556

“(ผู้เข้าร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็น) ส่วนมากเห็นว่าจำเป็นต้องมีพระราชบัญญัติฉบับนี้ ข้อที่ยังไม่เชิงคัดค้านแต่ไม่แน่ใจว่าจะเขียนอย่างนี้ดีหรือไม่ ก็มีผู้แสดงความคิดเห็นอยู่บ้าง เช่น เรื่องของการให้ผู้ที่ตั้งครรภ์แล้วยังคงมีสิทธิที่จะเป็นนักเรียนนักศึกษาต่อ โดยไม่ต้องพักการเรียน ในทางปฏิบัติจะเป็นไปได้หรือเปล่า ส่วนประเด็นยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้งนั้น ในร่างนี้ไม่ได้เป็นปัญหามาก เนื่องจากไม่ได้เขียนไว้นอกเหนือไปจากกฎหมายเดิม”

ณัฐยา บุญภักดี
ผู้จัดการมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
การประชุมรับฟังความคิดเห็นภาคประชาชนที่จังหวัดขอนแก่น วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2556

© ด.ช.กฤษฎิ์ มาลา

© ยงยุทธ คงมหาพฤกษ์

สรุป

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาอย่างดีและได้ประกาศว่าได้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษแล้ว แต่ในด้านงานอนามัยแม่และเด็กที่เป็นเป้าหมายการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ก้าวหน้า (Universal Reproductive Health) ซึ่งมีตัวชี้วัดสำคัญคือ อัตราการคลอดในหญิงวัย 15-19 ปี (Adolescent Birth Rate) คงอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และถึงแม้ว่าร้อยละของความต้องการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Need of Family Planning) อยู่ในระดับต่ำมาก แต่ก็น่าจะเป็นสถิติที่ไม่ได้สะท้อนต่อข้อเท็จจริงว่าผู้หญิงไทยจำนวนมากยุติการตั้งครรภ์เพื่อแก้ปัญหาการท้องไม่พร้อม ซึ่งจำนวนมากเป็นหญิงวัยรุ่น

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ตามกรอบการทำงานของแผนปฏิบัติการพัฒนาประชากรและการพัฒนา (ICPD Programme of Action) ให้ความสำคัญต่อการให้ความเคารพ ปกป้องและเติมเต็มตามหลักสิทธิมนุษยชนเพื่อคุ้มครองคุ้มครองสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเฉพาะของหญิงวัยรุ่น ซึ่งรวมถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นโดยคำนึงถึง

- การลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยพิจารณาตามความต้องการของหญิงวัยรุ่น โดยเฉพาะในหญิงวัยรุ่นชายขอบและกลุ่มที่ถูกละเลย
- เสริมศักยภาพ และเพิ่มความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ชุมชน และตัววัยรุ่นเอง
- เสริมพลังอำนาจเพื่อให้หญิงวัยรุ่นได้เรียนหนังสือต่อเพื่อโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- ส่งเสริมความริเริ่มใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองตามหลักสิทธิมนุษยชนเพื่อให้ส่งผลต่อการเปลี่ยน แปลงมุมมอง ปรับทัศนคติ เปลี่ยนวิธีคิดและความเคยชิน ตลอดจนการให้คุณค่าและการให้ความหมาย โครงสร้าง นโยบายและการปฏิบัติต่อการป้องกันและดูแลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่ดูว่าปัญหาเกิดจากตัวเด็กเอง แต่เป็นเรื่องที่ผู้เกี่ยวข้องมีหน้าที่ต้องให้การคุ้มครองตามสิทธิความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็กเพื่อไม่ให้หญิงวัยรุ่นต้องมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์

© จีรศักดิ์ ชุ่นไร้

บทที่ 2
ขนาดและแนวโน้มการตั้งครรภ์/การคลอดในวัยรุ่น

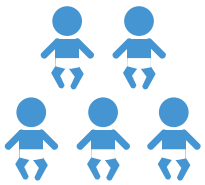
ข้อมูลสำหรับเปรียบเทียบสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งของประเทศไทยและประเทศต่างๆ ล้วนมีข้อจำกัด เพราะประเทศส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการตั้งครรภ์ มีเพียงข้อมูลการคลอดเท่านั้น ด้วยเหตุนี้อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 ราย หรือ Adolescent Birth Rate[5] จึงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักเพื่อติดตามความคืบหน้าของแต่ละประเทศเรื่องการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์ก้าวหน้า

ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีถือว่าเป็น **"เด็ก"** รายงานฉบับนี้จะใช้ข้อมูล **"การคลอด"** ของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี อายุ 10-18 ปี อายุ 10-14ปี และการคลอดในวัยรุ่นที่เกิดซ้ำ โดยให้ข้อมูลทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด

ขนาดและแนวโน้ม "แม่วัยรุ่น"

ในขณะที่ภาพรวม"การเกิด"ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง การคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีกลับเพิ่มขึ้น สถิติสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนการคลอดทั้งหมด 801,737 ราย โดยจำนวน 129,451 รายเป็นการคลอดที่เกิดจากวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี ซึ่งมีจำนวน 2.4 ล้านคน คิดเป็นอัตราการคลอดจากหญิงอายุ 15-19 ปี เป็น 53.8 ราย ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอัตรา 31.1 ราย ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2543

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าหมายว่าอีก 5 ปีข้างหน้า อัตราการคลอดในหญิง 15-19 ปีจะไม่เกิน 50 รายต่อ 1,000 ประชากรวัยเดียวกัน ดังนั้นควรเร่งให้เป้าหมายนี้สำเร็จเพื่อลดจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงไปอยู่ในระดับที่เหมาะสมกับสภาพการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทย



จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยจะลดลงเหลือเพียงปีละประมาณ 500,000 รายเท่านั้น

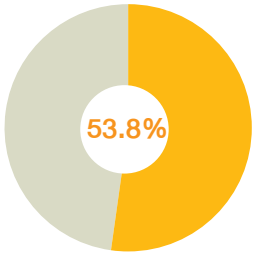
การคลอดของหญิงวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดคำถามถึงความพร้อมและคุณภาพชีวิตของเด็กเกิดใหม่ ซึ่งจะเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต เนื่องจากอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นสวนทางกับการเกิดของทารกจากประชากรหญิงวัยอื่นๆ ที่ลดลง ในช่วงเวลาเพียง 12 ปีที่ผ่านมา ประชากรผู้หญิงวัย 10-19 ปีมีจำนวนลดลงถึง 966,000 คน เป็นการลดจำนวนของผู้หญิงวัยนี้เฉลี่ยปีละ 80,000 ราย จากที่มีจำนวนทั้งหมด 5.46 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 เป็นเพียง 4.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 ขณะที่ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี พ.ศ. 2555 คาดว่าอีก 30 ปีข้างหน้า หากข้อสมมุติฐานการเกิดยังคงมีแนวโน้มคงเดิม ในปี พ.ศ. 2588 จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยจะลดลงเหลือเพียงปีละประมาณ 500,000 รายเท่านั้น ซึ่งมีนัยยะว่าประเทศไทยจะมีภาระทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหากยังไม่สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นได้

เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขการคลอดของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศใกล้เคียง นับว่าน่าตกใจที่ประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปีอยู่ในระดับสูง ขณะที่ญี่ปุ่น เกาหลี จีน สิงคโปร์มีเพียง 2-6 รายต่อ 1,000 คน อัตราการคลอดในวัยรุ่นของไทยยังคงจัดอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาน้อย (Less developed regions) ใกล้เคียงกับอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ กัมพูชา ติมอร์ และหลายประเทศในลาตินอเมริกา เช่น ชิลี คอสตาริกา หรือคิวบา นับว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นของไทยสูงกว่าของประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิคที่มีค่าเฉลี่ยที่ 35 ต่อ 1,000 (UNFPA State of World Population 2013)[6]

5 อัตราการคลอดในวัยรุ่น ได้จาก จำนวนการคลอดทั้งหมดที่เกิดจากหญิงอายุ 15-19 ปี หารด้วยจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี คูณด้วย 1,000 เป็นอัตราส่วนการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 ราย

6 อ้างจากสถิติอัตราการคลอดของวัยรุ่นต่อประชากรอายุ 15-19 ปี ซึ่งข้อมูลได้จากปีค.ศ. 2005-2010 จาก United Nations Population Division ข้อมูลที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีของแต่ละประเทศ การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศเรื่องอัตราการ

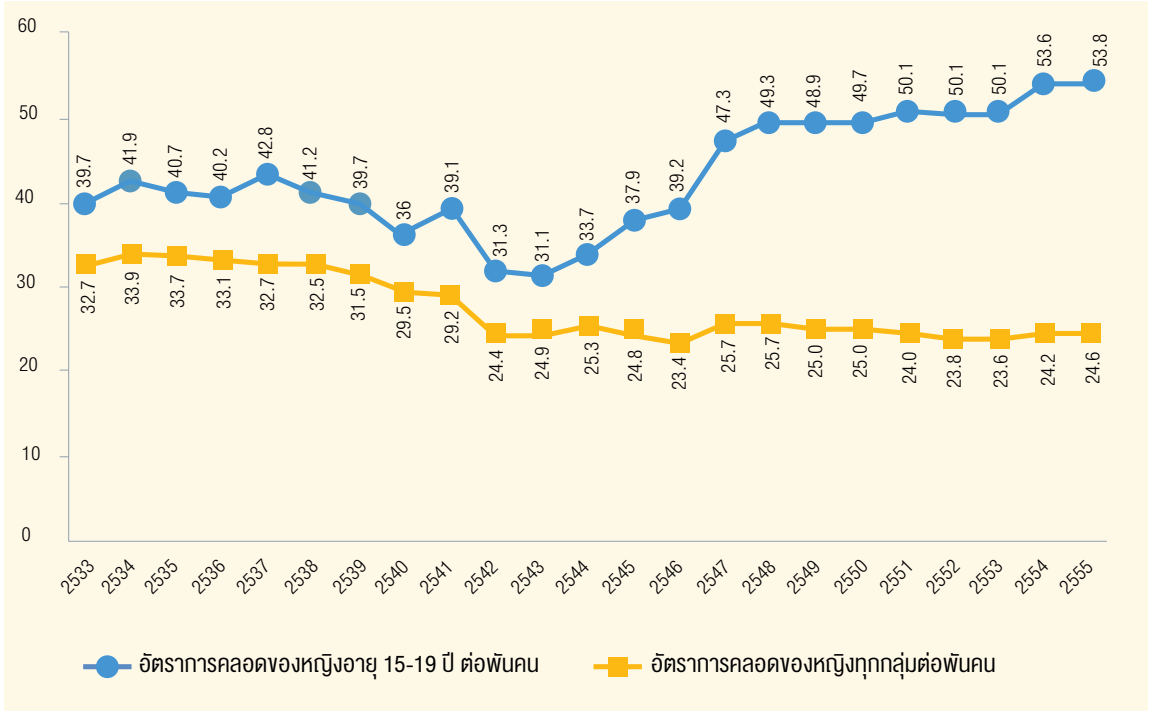
สถิติการคลอด



"จากพฤติกรรมเรื่อง unsafe sex , early sex, การติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ก็มีเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเราไม่มีสถิติการตั้งครรภ์ มีแต่สถิติการคลอด ซึ่งค่อนข้างสูง ตัวเลขล่าสุดปี พ.ศ. 2555 อยู่ที่ร้อยละ 53.8 ต่อวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน1,000 คน ตัวเลขมันสูงขึ้นเรื่อยๆ"

นพ.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15–19 ปีและในหญิงทุกกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2533–2555



ทั้งนี้พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีแม่วัยใสอายุ 15-19 ปีที่คลอดลูกมากกว่าหนึ่งท้องจำนวน 15,440 ราย หรือเป็นร้อยละ 11.9 ของการคลอดที่เกิดจากแม่อายุต่ำกว่า 20 ปีที่มีจำนวนทั้งหมด 129,451 คน ที่สำคัญมีแม่อายุต่ำกว่า 20 ปีจำนวนถึง 880 คนที่คลอดซ้ำเป็นท้องที่ 3 และมีเด็กผู้หญิงจำนวน 3,725 รายต่อปีที่ต้องกลายเป็นแม่ตั้งแต่ที่ตนยังเป็นเด็กอายุไม่ถึง 15 ปี โดยมีจำนวนถึง 243 คนที่คลอดลูกแล้วสองคนในขณะที่มีอายุยังไม่ถึง 15 ปี (ดูข้อมูลจากตารางที่ 1-4 ในภาคผนวก)

คลอดในวัยรุ่นที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย อาทิเช่น ความสมบูรณ์ของข้อมูล ปีที่มีข้อมูล ที่มาของข้อมูล เป็นต้น การเปรียบเทียบดังกล่าวจึงเป็นตัวชี้วัดเทียบเคียง (Proxy indicator)

สถิติการคลอดของหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่มีจำนวน 2.4 ล้านคน

ในแต่ละวัน การคลอด 10 รายเกิดจากแม่อายุต่ำกว่า 15 ปี โดย 0.6 รายมีลูกแล้วสองคน

ในแต่ละวัน การคลอด 355 รายเกิดจากแม่อายุต่ำกว่า 20 ปี 1 ใน 3 เกิดจากการตั้งท้องที่ไม่ตั้งใจ มี 42 รายท้องซ้ำ และ 2.4 รายมีลูกเป็นคนที่สาม

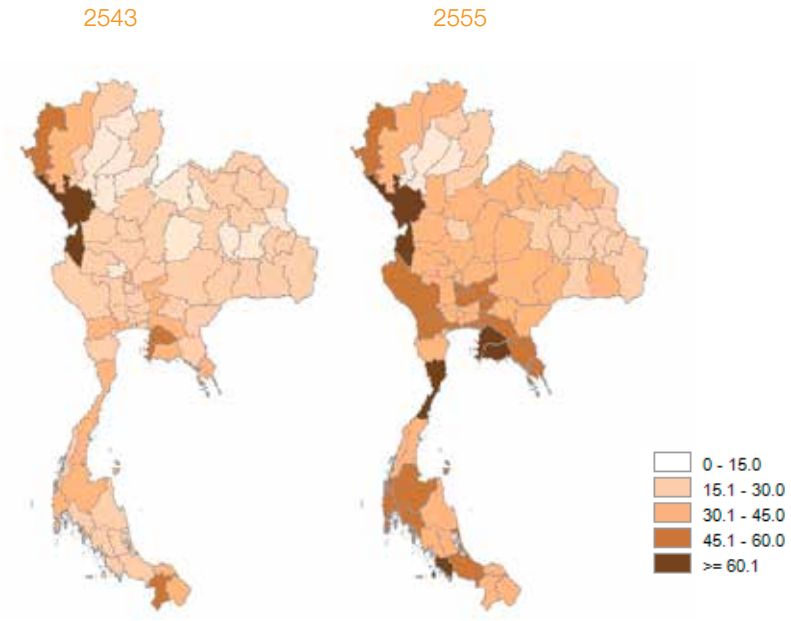
ร้อยละ 22.1 ของหญิงอายุ 15-19 ปี หรือจำนวนกว่า 530,000 ราย สมรสหรือใช้ชีวิตคู่ฉันท์สามีภรรยา

ร้อยละ 3.4 ของวัยรุ่นและเยาวชนหญิง 15-24 โสดที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 39 สมรสหรือเคยสมรส

ที่มา สถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2555, สำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติพ.ศ. 2552 สำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2553, กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ 2546, การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey Round 4, 2556) โดยเป็นร้อยละของหญิงอายุ 20-24 ปีที่สมรสก่อนอายุ 18 ปี

หากพิจารณาจากระดับจังหวัด อัตราการคลอดบุตรของหญิงวัย 15-19 ปี พบว่า ชลบุรี สมุทรสาคร ระยอง และประจวบคีรีขันธ์ เป็นสี่จังหวัดที่มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นสูงที่สุดของประเทศอยู่ที่อัตรา 79 - 85 รายต่อ 1,000 ประชากร 15-19 ปี โดยมีหกจังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรของหญิงวัย 15-19 ปี น้อยกว่า 40 รายต่อ 1,000 ประชากรวัยนี้ คือ ปัตตานี น่าน ลำปาง ลำพูน พะเยา แพร่

อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ในปี พ.ศ. 2543, 2555



ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข - ดูผนวกตาราง 1 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน 2543 - 2555

จากการติดตามของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2556 ว่าเหตุใดบางจังหวัดจึงมีอัตราการคลอดในวัยรุ่นสูง โดยมีข้อสังเกตจากจังหวัดนครนายกซึ่งอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศทั้งๆ ที่เป็นจังหวัดที่ไม่น่าจะมีปัจจัยบ่งชี้ใดๆ เป็นพิเศษ พบว่าหญิงวัยรุ่นที่คลอดมาจากจังหวัดใกล้เคียงคือปทุมธานีและฉะเชิงเทรา เป็นเพราะนครนายกมีระบบคมนาคมที่ดี เดินทางไปโรงพยาบาลได้ง่าย เมื่อไปคลอดที่จังหวัดใดก็จะแจ้งเกิดที่นั่น แม้ว่าจะไม่ได้อาศัยอยู่ในจังหวัดนั้นก็ตาม แล้วจึงย้ายกลับภูมิลำเนาภายหลัง อีกทั้งจังหวัดนครนายกเป็นจังหวัดขนาดเล็กที่มีการคลอดจากหญิงวัยรุ่นจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับจังหวัดใกล้เคียงจึงทำให้อัตราการคลอดในวัยรุ่นของ

นครนายกสูงขึ้นจากการที่มีคนจากจังหวัดอื่นมาคลอด

ดังนั้นสถิติการคลอดที่โรงพยาบาลหรือข้อมูลจากสูติบัตร จึงอาจจะไม่ได้สะท้อนว่าผู้ที่มาคลอดมาจากภูมิลำเนาที่อาศัยอยู่จริง เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับ หญิงวัยรุ่นยังต้องปกปิดการตั้งครรภ์และการคลอดของตนเอง ส่วนหนึ่งจึงอาจเลือกไปคลอดที่จังหวัดอื่นที่ตนเองไม่ได้อยู่อาศัยเพื่อไม่ให้ผู้อื่นรู้

การคลอดในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ใน 19 จังหวัด

ในช่วง 12 ปีที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2555 อัตราการคลอดในหญิงวัย 15-19 ปี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จังหวัดที่มีการคลอดในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว มี 19 จังหวัด คือ ชัยนาท (เพิ่มจาก 20 เป็น 56 ต่อ 1,000) เลย ประจวบคีรีขันธ์ สุโขทัย หนองบัวลำภู อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ ชัยภูมิ อยุธยา ร้อยเอ็ด พัทลุง บุรีรัมย์ เพชรบุรี สระบุรี พังงา นครสวรรค์ สมุทรสงคราม มุกดาหาร สมุทรปราการ (เรียงจากเพิ่มมากไปหาน้อย ดูตัวเลขในตารางที่ 1 ในภาคผนวก)

ทั้งนี้ความแตกต่างของอัตราการคลอดของวัยรุ่นในพื้นที่ต่างๆ นั้น เป็นผลจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม รวมทั้งการไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น แม้จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม นอกจากนี้ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ยังรวมถึงวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ต่างๆ การแต่งงานหรือใช้ชีวิตคู่ตั้งแต่วัยเด็ก ประเพณีและความเชื่อท้องถิ่น ความกดดันทางสังคม ความเข้มแข็งและการตอบสนองต่อปัญหาโดยผู้ให้บริการในพื้นที่ ตลอดจนความล้มเหลวของการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายต่างๆ

© นพดล อาชาสันติสุข

การคลอดในเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี

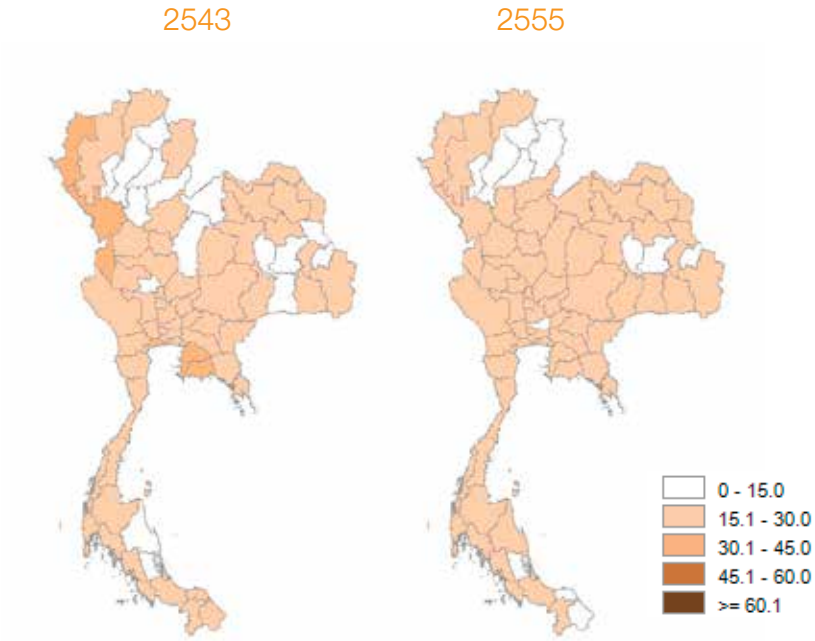
UNFPA (2012) ให้คำนิยามการแต่งงานหรือการใช้ชีวิตคู่ในวัยเด็ก(Child Marriage) ว่าเป็นการแต่งงานหรืออยู่กินอายุก่อน 18 ปี แต่การแต่งงาน/การใช้ชีวิตคู่ในขณะที่ยังเป็นเด็กส่งผลกระทบต่อเด็กผู้หญิงมาก ซึ่งการแต่งงานและมีครอบครัวเป็นสิทธิและศักยภาพของผู้ใหญ่ แต่เด็กผู้หญิงมีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้ไม่สามารถปกป้องสิทธิของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเจรจาต่อรองให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ ข้อจำกัดในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง การไม่สามารถบอกความต้องการและเข้าไม่ถึงข้อมูลและบริการเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มักจะมุ่งให้บริการกับผู้ใหญ่เป็นหลัก นอกจากนี้ร่างกายของเด็กผู้หญิงยังไม่ได้เติบโตเต็มที่และพร้อมที่จะตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

แม้ว่าการติดตามการคลอดในวัยรุ่นของหน่วยงานต่างๆ จะใช้อัตราการคลอดของหญิงวัย 15-19 ปีต่อประชากรวัยเดียวกันก็ตาม แต่ในความเป็นจริงนั้นกฎหมายกำหนดให้ผู้หญิงสามารถสมรสได้เมื่อมีอายุมากกว่า 17 ปีขึ้นไป จึงมีการถกเถียงกันว่าการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นจึงน่าจะพิจารณาจากเด็กผู้หญิงที่มีอายุ 18 ปีลงมา

ในปี พ.ศ. 2555 มีหญิงอายุ 10-19 ปีที่คลอดจำนวนทั้งสิ้น 133,176 ราย แต่พบว่าเป็นเด็กผู้หญิงอายุ 10-17 ปี ที่คลอดเพียงจำนวน 81,396 ราย หรือกล่าวได้ว่าร้อยละ 39 ของการคลอดที่เกิดจากหญิงอายุ 15-19 ปี เป็นการคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุ 18-19 ปีซึ่งตามกฎหมายพ้นจากความเป็นเด็กและสามารถสมรสได้ ซึ่งยังคงพบว่า ชลบุรี ประจวบคีรีขันธ์

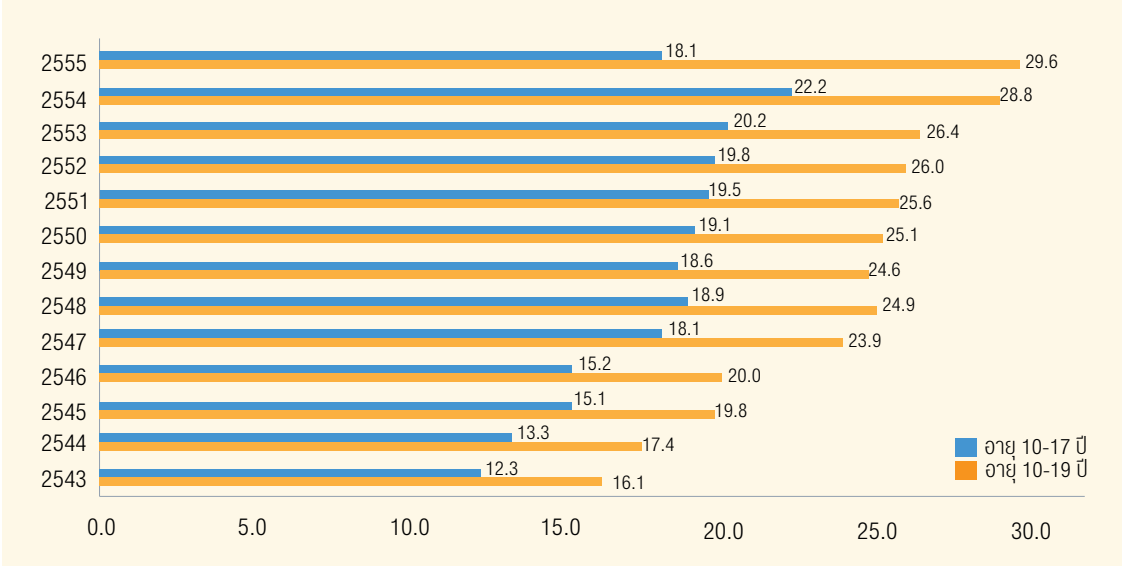
สมุทรสาคร และ ระยองยังคงเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-17 ปีสูงที่สุดมากกว่า 26 ต่อ 1,000 ประชากรวัยเดียวกัน (ดูตารางที่ 2 ในภาคผนวก)

อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 10-17 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 10-17 ปี พ.ศ. 2543, 2555



ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ภาคผนวกตาราง 2 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-17 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-17 ปี 1,000 คน ปี พ.ศ. 2543-2555

อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 10-17 ปี และ อายุ 10-19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงวัยเดียวกันปี พ.ศ. 2543-2555



ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ภาคผนวกตาราง 2 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-17 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-17 ปี 1,000 คน ปี พ.ศ. 2543-2555

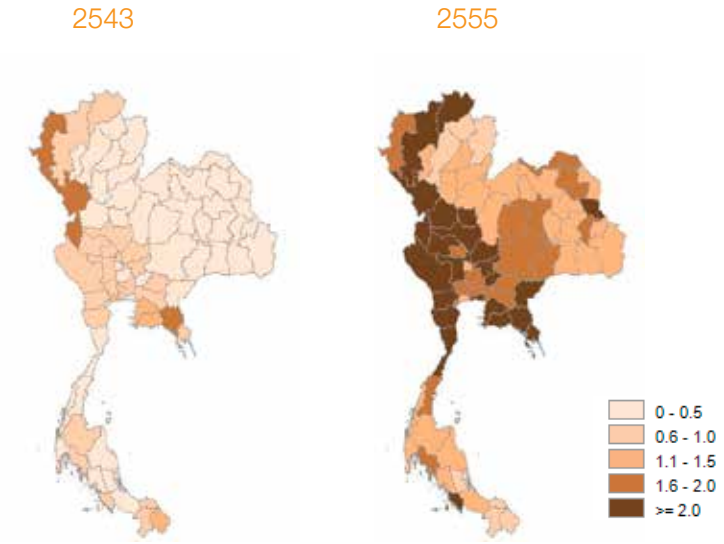
การคลอดในเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี

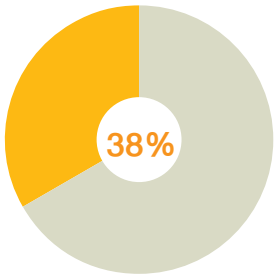
แม้ว่าเด็กผู้หญิงที่มีอายุ 15 ปียังอยู่ในวัยเรียนตามการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี แต่กลับพบว่ามีเด็กผู้หญิงวัยนี้คลอดบุตรกลายเป็นคุณแม่วัยใสมากขึ้น โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าจาก 1,465 รายในปี พ.ศ. 2543 เป็น 3,725 รายในปี พ.ศ.

© จีรวัฒน์ ณ กลาง

2555 หรือคิดเป็นอัตราการคลอดของเด็กผู้หญิงอายุ 10-14 ปี เป็น 1.78 รายต่อ 1,000 ประชากรอายุ 10-14 ปีจำนวน 2.096 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2543 ที่อัตราการคลอดดังกล่าวอยู่ที่ 0.55 ต่อ 1,000 โดยประจวบคีรีขันธ์ ระยอง เพชรบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี สระบุรี สมุทรปราการ พิจิตร เป็นจังหวัดที่มีการเพิ่มขึ้นของการคลอดในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีมากที่สุดในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา

อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงวัยเดียวกันปี พ.ศ. 2543, 2555





ของหญิงที่ไม่ได้ตั้งใจจะมีบุตรเนื่องจากลืมกินหรือลืมฉีดยาคุม

ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ภาคผนวก ตารางที่ 4 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน ปี พ.ศ. 2543 – 2555

การตั้งท้อง-คลอดซ้ำในวัยรุ่น

ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าร้อยละ 11.7 ของหญิงวัย 15-19 ปี หรือคิดเป็นอัตรา 6.4 รายของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 ราย คลอดลูกมากกว่าหนึ่งคนหรือท้องซ้ำในขณะที่ตนยังอายุไม่ถึง 20 ซึ่งการท้องในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาใหญ่แล้ว แต่มากไปกว่านั้นคือการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งท้องซ้ำในขณะที่ยังเป็นวัยรุ่น

การเกิดท้องซ้ำในช่วงที่มีอายุน้อยบ่งชี้ให้เห็นข้อจำกัดในการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะการให้คำแนะนำแก่แม่วัยรุ่นให้คุมกำเนิดด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพทันทีหลังคลอด ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการใช้วิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาฝังหรือใส่ห่วงก็ตาม ซึ่งร้อยละ 38 ของผู้หญิงที่ไม่ตั้งใจจะมีบุตรทุกวัยไม่ว่าจะเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ก็ตาม ต้องตั้งท้องเนื่องจากลืมกินหรือลืมฉีดยาคุม จึงต้องให้คำแนะนำและบริการหลังการคลอดให้แน่ใจว่า แม่วัยรุ่นและคู่มีความเข้าใจเรื่องวิธีการคุมกำเนิดอย่างแท้จริง และควรจะเว้นระยะการมีบุตรอย่างน้อยสองปีหรือเมื่อ

มีอายุ 20 ขึ้นไปแล้วจึงมีบุตรคนถัดไป อีกสาเหตุหนึ่งที่อาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่อายุน้อยมากคือการถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยข้อมูลจากการสำรวจความรุนแรงในชีวิตคู่และสุขภาพผู้หญิงพบว่า 5%– 9% ของผู้หญิงเคยถูกกระทำรุนแรงทางเพศเมื่ออายุ 15 ปี หรือน้อยกว่า โดยราว 25% – 50% ของผู้ละเมิดทางเพศต่อเด็กคือคนแปลกหน้า ตามด้วยคนรู้จักกับครอบครัว (14% – 18%) ญาติหรือผู้ที่อยู่อาศัยในครอบครัว (6% – 18%) หรือแฟน (7% - 18%) (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546)

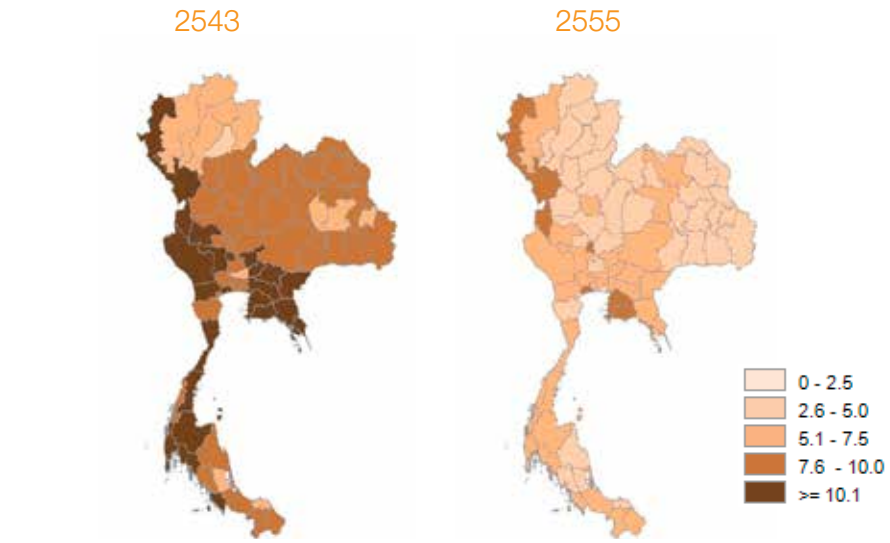
“มีกรณีหนึ่งที่เด็กผู้หญิงกะเหรี่ยงอายุ 18 ปีลงไปเรียนหนังสือที่กรุงเทพและถูกล่วงละเมิดทางเพศจนตั้งครรภ์ คุณแม่ของเธอพามาที่โรงพยาบาลร้องไห้เสียใจทั้งคู่ เห็นแล้วน่าสงสารมาก เดือนๆหนึ่งเราเจอประมาณสองสามกรณีส่วนใหญ่แล้วเป็นวัยรุ่นที่จากบ้านไปอยู่คนเดียวเพื่อเรียนหนังสือ ”

พยาบาลประจำศูนย์ช่วยเหลือสังคม โรงพยาบาลแม่สอด

“เด็กจะไปดูแลเด็กได้อย่างไร เพราะตัวเขาเองยังเด็กอยู่เลย ฉะนั้นการให้นมลูก การเลี้ยงลูกอย่างถูกต้อง การพาลูกมาฉีดวัคซีน การดูแลลูกทางจิตใจนั้น คงเป็นไปไม่ได้ แล้วก็จะเกิด generation ใหม่ ที่มีปัญหาเข้ามาอีก ปัญหาของสังคมก็จะตามมา และเราพบว่าร้อยละ 25 ของแม่วัยรุ่นจะท้องซ้ำภายใน 2 ปี เพราะว่าระบบไม่ได้แก้ปัญหาให้เขาเลย แค่คลอดเสร็จก็กลับไปอยู่กับสภาพแวดล้อมเดิมๆ ในปัจจัยเสี่ยงเดิมๆ เขาจึงท้องกลับมาอีก”

พ.ญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราการคลอดบุตรซ้ำของหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2543, 2555



ที่มา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ภาคผนวกตาราง 3 อัตราการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2543-2555

© วิสรุจน์ สิงหกลางพล

จำนวนการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 10-19 ปีที่คลอดบุตร ปี พ.ศ. 2555

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนคลอดทั้งหมด	จำนวนท้องซ้ำ	ท้องซ้ำร้อยละ
<20	133,176	15,683	11.8
15-19	129,451	15,440	11.7
<15	3,725	243	6.5

ที่มา : 1. ข้อมูลหญิงคลอด ปี พ.ศ. 2555 จากสำนักสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

10,564 ราย
เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐไม่ว่าจะเป็นการแท้งเองหรือการทำแท้ง

ยุติการตั้งครรภ์ - ตัวเลขที่หายไป

มีการคาดประมาณว่าจำนวนการยุติการตั้งครรภ์ของประเทศไทยน่าจะอยู่ที่ 200,000-300,000 รายต่อปี แต่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าตัวเลขนี้เป็นจริงมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2554 มีหญิงอายุ 15-19 ปีที่เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐไม่ว่าจะเป็นการแท้งเองหรือการทำแท้ง จำนวน 10,564 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 4 ต่อ 1,000 ของหญิงวัย 15-19 ปี โดยประจวบคีรีขันธ์ สุราษฎร์ธานี กระบี่ พิษณุโลก พังงา หนองบัวลำภู ตาก เลย เป็นจังหวัดที่มีหญิงวัย 15-19 ปี เข้ารับการรักษาจากการแท้งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเกือบเท่าตัว หรือ 7-8 ต่อ 1,000 ประชากรหญิง 15-19 ปี (ดูตัวเลขจากตารางที่ 5)

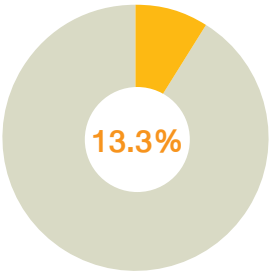
"ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเหล่านี้คือยอดภูเขาน้ำแข็งเท่านั้น แต่ปัญหาวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ใต้น้ำอีกเท่าไหร่ไม่รู้ เป็นอีกกลุ่มที่เราไม่มีทางรู้เลย ใหญ่แค่ไหนก็ไม่รู้ กลุ่มทำแท้งอีกกลุ่มหนึ่ง และอยู่นอกระบบอีกกลุ่มหนึ่งที่ไปคลอดที่รพ.เอกชน ยอดภูเขาน้ำแข็งที่เห็นคือข้อมูลที่ได้มากจากกลุ่มในระบบ(สถานบริการสุขภาพของรัฐ)เท่านั้น"

นพ.นพดล อธิรัตน์ปัญญา ผอ.โรงพยาบาลบ้านลาด

ใครเป็นพ่อเด็กของหญิงวัยรุ่น

ข้อมูลที่มักจะไม่มีการกล่าวถึงเมื่อพูดถึงเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือ ผู้ชายหายไปไหน พ่อของเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเป็นใคร ผู้ชายที่เป็นพ่อมีส่วนร่วมเลี้ยงดูลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นอย่างไร แม้ว่าข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นได้อย่างรอบด้าน ในความเป็นจริงกลับพบข้อมูลเกี่ยวกับพ่อของเด็กที่เกิดจากวัยรุ่นน้อยมาก

15-19 ปี
สมรสหรือเคยสมรสแล้ว



ข้อมูลการสำรวจสำมะโนและการเคหะแห่งชาติปี พ.ศ. 2553 ชี้ว่าร้อยละ 13.3 ของผู้หญิงอายุ 15-19 ปีสมรสหรือเคยสมรสแล้ว แต่ข้อมูลที่ไม่ปรากฏแน่ชัดคือคู่สมรสของหญิงวัยรุ่นเหล่านี้เป็นใคร มีจำนวนมากน้อยเพียงใดที่เป็นผู้ชายอายุมากกว่าผู้หญิงมาก หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการใช้ชีวิตคู่แบบความสัมพันธ์ต่างตอบแทน (Transactional sex) อาทิ ฝ่ายชายให้การเกื้อกูล เลี้ยงดู ส่งเสียให้เรียนหนังสือ มีเด็กหญิงวัยเรียนจำนวนมากน้อยเพียงใดที่ต้องอยู่กินใช้ชีวิตคู่กับชายที่มีอายุมากกว่าด้วยเหตุผลทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม มีวัยรุ่นหญิงชายจำนวนมากน้อยเพียงใดที่พัฒนาความสัมพันธ์จากเพื่อนเป็นคู่ชีวิต แต่สุดท้ายเมื่อผู้หญิงตั้งท้อง ผู้ชายหายไปปล่อยให้หญิงวัยรุ่นเลี้ยงลูกตามลำพัง กลายเป็น **"แม่เลี้ยงเดี่ยววัยใส"**

"...จริงๆเราอยากเจอพ่อวัยรุ่น แม่วัยรุ่น แต่พวกเขามักจะหายไป เพราะว่าไปทำงานหรือเรียนหนังสือ เช่น การพาเด็กมาฉีดวัคซีน ซึ่งพ่อแม่วัยรุ่นต้องพามา ยายจะมาไม่ได้ เราจะได้คุยกับพ่อแม่วัยใสว่า เลี้ยงลูกเป็นยังไง โรงเรียนเป็นยังไง แผนการกลับไปเรียนต่อเป็นยังไง หรือทำงานแล้ว รวมทั้งการติดตามเรื่องการคุมกำเนิด ดูทักษะชีวิตในการปฏิเสธ การตัดสินใจ เราดูสิ่งเหล่านี้ไม่ว่าเขาจะคลอดหรือยุติการตั้งครรภ์ไปแล้ว และก็พยายามสนับสนุนให้พ่อเด็กวัยรุ่นมาด้วย แล้วก็พูดคุยกันว่าพ่อมีบทบาทอะไรบ้าง พยายามจะส่งเสริมแรงบวกให้พ่อรู้สึกว่าเขามีความสำคัญในการดูแลลูก ตัวเลขที่เรามีคือร้อยละ 40 ของพ่อวัยรุ่นแม่วัยรุ่นจะเลิกรา

กันหลังจากที่ทราบว่าท้อง มีเพียงร้อยละ 60 ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ก็ไม่ได้เก็บตัวเลขว่าเกี่ยวข้องอยู่นานหรือไม่ เพราะเราพบอยู่เรื่อยๆ ว่าแรกๆ พ่อก็มาอยู่แต่สักพักก็หายและเลิกรากันไป"

พญ.จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์
แพทย์ผู้ดูแลคลินิกวัยรุ่น รพ.รามาธิบดี

สรุป

อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีและเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีเพิ่มสูงขึ้นเท่าตัวในช่วงสิบสองปีที่ผ่านมา แต่ร้อยละ 39 ของการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีเกิดจากผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 17 ปีไปแล้วที่สมรสได้ตามกฎหมาย ร้อยละ 11.9 ของการคลอดที่เกิดจากแม่วัยใสเป็นการคลอดซ้ำ ซึ่งการที่เด็กผู้หญิงอายุไม่ถึง 20 ปีท้องซ้ำหลังจากที่มีลูกคนแรก ย่อมสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดของการเข้าถึงการให้บริการ การมีความรู้ ความเข้าใจ และการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพื่อชะลอการมีบุตร

ทั้งนี้มีข้อท้าทายหลายประการเรื่องข้อมูลที่ใช้ติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประการแรกคือประเทศไทยยังไม่มีฐานข้อมูลการตั้งครรภ์เพราะไม่สามารถบันทึกข้อมูลของผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ เพราะการทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมายสามารถกระทำได้ในกรณียกเว้นบางประการเท่านั้น ประการที่สองข้อมูลที่ใช้แสดงสถิติและแนวโน้มการคลอดในวัยรุ่นยังได้มาจากหลายแหล่งข้อมูลที่ยังไม่สอดคล้องกัน แต่ละฐานข้อมูลมีจุดแข็งจุดอ่อนแตกต่างกัน ประการที่สามประเทศไทยยังไม่มีฐานข้อมูลเรื่องการคลอดในวัยรุ่นที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นเรื่องท้าทายว่าจะสร้างความเป็นหนึ่งเรื่องฐานข้อมูลเพื่อติดตามแนวโน้ม พัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงของการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นของทุกหน่วยงานอย่างไร

© อนุชัย ศรีจรูญพูทอง

© อัครินทร์ อัครกรินทร์

บทที่ 3
หลากปัจจัยสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นประเพณีและวัฒนธรรมที่นิยมให้ผู้หญิงแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย ความยากจน การขาดโอกาสด้านการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้และเข้าไม่ถึงวิธีการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน การถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการข่มขืนและถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน เช่น ในสังคมที่ผู้หญิงมีโอกาสทางการศึกษาน้อย หรือฐานะความเป็นอยู่ที่ยากจนเป็นเหตุให้วัยรุ่นหญิงต้องออกจากโรงเรียนกลางคันหรือต้องพึ่งพาค่าใช้จ่ายในการเรียนหนังสือ การขาดความรู้และทักษะที่จะป้องกันตัวจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การอยู่ในภาวะที่ไม่คิดว่าจะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์จึงไม่ได้ป้องกัน ไม่ได้ใช้ถุงยาง เป็นต้น

แต่การแก้ไขปัญหานี้เท่าที่ผ่านมามักจะมุ่งไปที่ประเด็นปลายเหตุของปัญหาโดยใช้มุมมองอย่างแคบๆ โดยมักจะมองว่าพฤติกรรมของเด็กผู้หญิงเป็นปัญหา จึงมุ่งไปที่การแก้พฤติกรรมของของวัยรุ่นหญิงเพียงอย่างเดียว ทำให้ละเลยไม่ได้เน้นการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบโดยรวมทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคม กฎหมายและสภาพแวดล้อมอื่นๆ ที่ต่างก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแทบทั้งสิ้น

ทั้งนี้รายงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ปี 2554 ชี้ว่า ปัจจัยที่จะนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่การที่เด็กทุกคนไม่สามารถได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างเหมาะสม เนื่องจากเพศศึกษาแบบรอบด้านยังไม่ครอบคลุมโรงเรียนทุกแห่ง

ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือยั่วยุให้เด็กมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เช่น สถานบันเทิง สื่อต่างๆ รวมทั้งภาพยนตร์ ละครโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเลกโทรนิกส์และเครือข่ายการสื่อสารสังคมรูปแบบต่างๆ การที่วัยรุ่นหลายคนต้องแยกมาอาศัยอยู่ในหอพักโดยไม่มีผู้ใหญ่ดูแล ประกอบกับการที่วัยรุ่นไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันตัวหรือคุมกำเนิด ตลอดจนขาดทักษะการเจรจาต่อรองเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์หรือต่อรองให้สามารถมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การบังคับใช้กฎหมายต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้มีการคุ้มครองสิทธิของเด็กยังไม่มีประสิทธิภาพ

อย่างเต็มที่ ดังจะเห็นได้จากจำนวนนักเรียนที่ออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งๆ ที่กฎหมายกำหนดให้เด็กๆและวัยรุ่นเหล่านี้ต้องอยู่ในวัยเรียนจนกว่าจะจบการศึกษาภาคบังคับ ในขณะเดียวกันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งจะช่วยรับประกันการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะกับวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายกำลังมีการเปลี่ยนแปลงและเป็นวัยที่กำลังต้องการความสนใจ

เส้นทางหนึ่งสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากรายงานวิจัยของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล ได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ สรุปรูปแบบหนึ่งสู่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ดังนี้

มือถือสื่อสัมพันธ์ - ด้วยความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี ทำให้โลกไร้พรมแดน เด็กสามารถเข้าถึงทั้งโทรศัพท์มือถือที่กลายเป็นห้องแชตเคลื่อนที่ อินเทอร์เน็ต ช่องทางการแลกเปลี่ยนส่งคลิปวิดีโอ ทั้งนี้เมื่อได้เบอร์โทรศัพท์มือถือแล้วก็คุยกันทางโทรศัพท์ จึงยากแก่การป้องกัน

เป็นแฟนกันนะ - เมื่อได้คุยกันแล้วก็เข้าสู่การขอเป็นแฟน มีทั้งผู้ชายเป็นผู้ขอและผู้หญิงเป็นผู้ขอ ระยะเวลาที่ขอมีตั้งแต่เริ่มคุยกันครั้งแรกไปจนถึงเป็นสัปดาห์ ในระหว่างนั้นก็นัดพบ และไปเที่ยวสถานที่ต่างๆ ด้วยกัน

การมีเพศสัมพันธ์กันครั้งแรกของคู่วัยรุ่นหญิงชายอาจไม่ใช่เพศสัมพันธ์ครั้งแรกของแต่ละคน เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกที่ทำความรู้จักกันไปจนถึงคบกันเป็นปี ทั้งนี้กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กันในสัปดาห์แรกที่รู้จักกันนั้นส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการเป็นแฟน แต่มาจากการมา สนุกกัน หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

คิดไม่ทัน ไม่ทันคิด - เหตุผลที่ไม่ป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ พบเหตุผลอาทิเช่น ไม่ได้เตรียมถุงยางไว้ เวลาจำกัด ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ คิดว่าไม่ท้อง เพราะครั้งก่อนๆ ก็ไม่ท้อง คิดว่าไม่เป็นไร ครั้งเดียวเท่านั้น ใส่แล้วไม่สนุก ถูกบังคับ ปฏิเสธไม่ได้ เป็นต้น

เลยตามเลย - เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแล้ว มักจะมีครั้งต่อไป โดยใช้โอกาส เทศกาล การหนีเรียน หรือช่วงเวลาที่ไม่มีใครอยู่บ้าน

การศึกษาของวัยรุ่นหญิง

การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เด็กหญิงที่ไม่ได้อยู่ในโรงเรียนมีโอกาสที่จะเป็นคุณแม่วัยรุ่นมากกว่าเด็กหญิงวัยเดียวกันที่ได้เรียนหนังสือ หญิงวัยรุ่นที่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปีจำนวนมากเป็นเด็กที่ไม่ได้เรียนหนังสือก่อนหน้านั้น

การส่งเสริมให้เด็กนักเรียนอยู่ในโรงเรียนอย่างน้อยจนกว่าจะจบการศึกษาภาคบังคับจึงเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างหนึ่ง

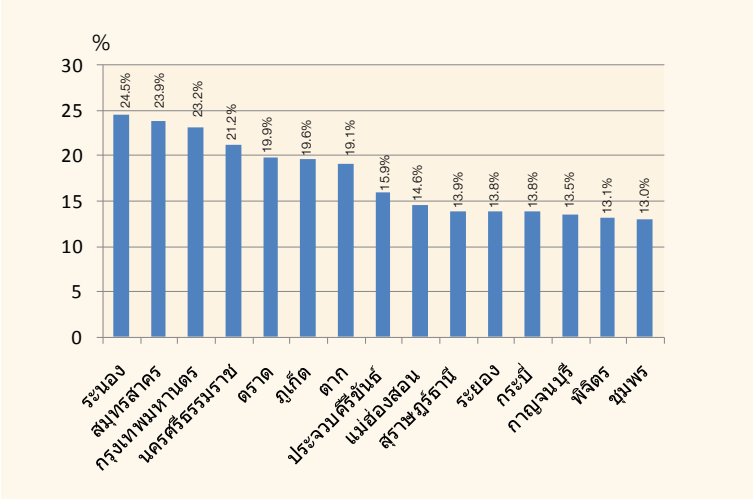
แม้จะมีนโยบายที่ต้องการให้เด็กไทยได้รับการศึกษาอย่างถ้วนหน้า เด็กไทยทุกคนได้เรียนฟรีจนจบการศึกษาภาคบังคับเป็นเวลา 9 ปี หรืออยู่ในช่วงอายุ 5-17 ปีโดยประมาณ กลับพบว่ามีเด็กนักเรียนที่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคันจำนวนมากในแต่ละปี โดยอัตราคงอยู่ของนักเรียนในระดับมัธยมต้นและมัธยมปลายอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง

อัตราการคงอยู่ของนักเรียน พ.ศ. 2540-2551

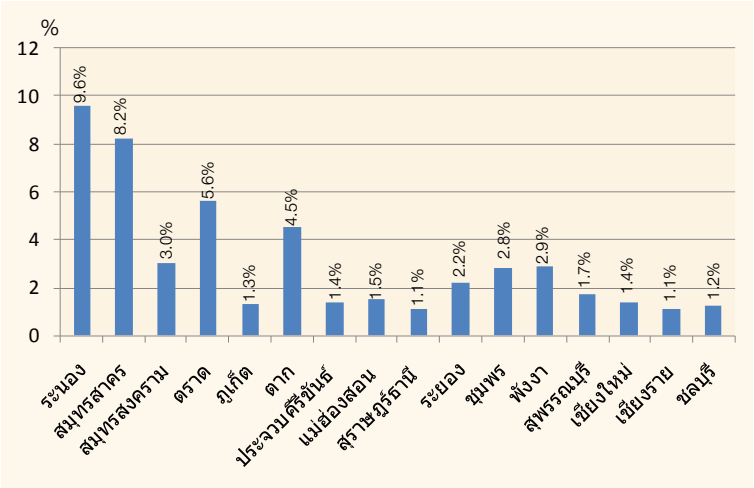
ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา	อัตราการคงอยู่ (%)
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	2510	100
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (จบระดับประถมศึกษา)	2538	85.9
	2543	87.1
	2545	88.4
	2548	90.4
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น)	2547	74.6
	2548	74.4
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย)	2545	42.3
	2550	51.1
	2551	52.8

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและการเคหะปี พ.ศ. 2553 (ดูตารางที่ 6 ในภาคผนวก) พบว่าเด็กหญิงอายุระหว่าง 12-17 ปีที่อยู่ในวัยของการศึกษาภาคบังคับจำนวน 317,253 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.8 ของเด็กหญิงวัยนี้ทั่วประเทศจำนวน 2.93 ล้านคน **ไม่ได้กำลังเรียนหนังสือ** โดยภาคใต้มีร้อยละ 13.5 และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 6.5 โดยพบว่า 15 จังหวัดต่อไปนี้ กว่าร้อยละ 13 ของเด็กหญิงอายุ 12-17 ปีที่ไม่ได้กำลังเรียน



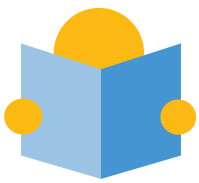
ส่วนเด็กหญิงอายุ 12-17 ปีที่**ไม่มีการศึกษา**มีจำนวนถึง 16,117 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของประชากรกลุ่มนี้จำนวน 2.93 ล้านคนทั่วประเทศ และมี 17 จังหวัดที่เด็กหญิงอายุ 12-17 ปีไม่มีการศึกษาในอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 1 ได้แก่



ทั้งนี้ร้อยละ 6.7 ของเด็กหญิงอายุ 12-17 ปีที่ไม่มีการศึกษาทั่วประเทศมาจาก 4 จังหวัด คือ ระนอง สมุทรสาคร ตราด และตาก

ทั้งนี้ผลการศึกษาในจังหวัดเชียงราย น่าน สงขลา และเพชรบูรณ์ พบว่าวัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า (สมรัฐ ศรีตระกูล 2550; สุรเดช บุณยเวทย์ และคณะ 2551; อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และคณะ 2552)

ส่วนผลการสำรวจในกลุ่มวัยรุ่นทั่วประเทศไทย 1,000 คน โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เห็นว่าการขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ พ.ศ. 2556) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการคุมกำเนิด พบว่าวัยรุ่นที่มีการศึกษาสูงมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Haque and Soonthorndhada 2009) แม้ว่าข้อมูลในระดับประเทศจะแสดงให้เห็นถึงการคุมกำเนิดอย่างแพร่หลายในประชากรกลุ่มนี้ แต่งานวิจัยที่ทำในระดับอำเภอชี้ว่าหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการคุม



ร้อยละ 6.7 ของเด็กหญิงอายุ 12-17 ปีที่ไม่มีการศึกษาทั่วประเทศมาจาก 4 จังหวัด คือ ระนอง สมุทรสาคร ตราด และตาก

กำเนิด ในรายที่มีความรู้ก็ไม่สามารถโน้มน้าวหรือต่อรองให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยได้ และมีบางรายที่ตั้งใจไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเพราะต้องการตั้งครรภ์ (สมรัฐ ศรีตระกูล 2550; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, กฤตยา แสวงเจริญ et al. พ.ศ. 2555)

การแต่งงานในวัยรุ่น

22.1% ของหญิงอายุ 20-24 ปีแต่งงานหรืออยู่กินก่อนอายุ 18 ปี

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนหนึ่งเป็นการแต่งงานหรืออยู่กินกันตั้งแต่เป็นเด็กก่อนอายุ 18 ปี ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษา หรือไม่ได้รับการศึกษาเลย หรือออกจากโรงเรียนโดยไม่ทำงาน (Jahan 2008)

เมื่อดูจากสถานภาพการสมรส ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและการเคหะปี พ.ศ.2553 พบว่าร้อยละ 13.3 ของหญิงวัย 15-19 ปีเคยสมรสหรือใช้ชีวิตอยู่กับคู่ฉันท์สามีภรรยา สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Surveys : MICS) รอบที่ 3 ปี พ.ศ. 2548-2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้หญิงอายุ 15-49 ปี จาก 43,470 ครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่ามีผู้หญิงอายุ 20-24 ปีที่รายงานว่าตนแต่งงานหรืออยู่กินก่อนอายุ 18 ปี มีร้อยละ 19.7 โดยร้อยละ 60 ของคนกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งข้อมูลล่าสุดของการสำรวจ MIC รอบที่ 4 ในปี 2556 พบว่าตัวเลขนี้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 22.1

ร้อยละของหญิงอายุ 15 ถึง 24 ปีที่สมรสหรือเคยสมรส ปี พ.ศ. 2503-2553

	2503	2513	2523	2533	2543	2553
15-19	13.8	19.0	16.7	14.9	11.7	13.3
20-24	61.3	62.1	56.5	51.8	44.5	40.0

ที่มา : สำนะโนประชากรและการเคหะแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อดูรายภาคพบว่าร้อยละ 20 ของผู้หญิง ใน 6 จังหวัด คือ ชัยนาท ประจวบคีรีขันธ์ พังงา ระยอง สมุทรสาคร และอุทัยธานี เป็นผู้ที่สมรสหรืออยู่กินแล้ว (ดูตารางที่ 6 ภาคผนวก)

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

แม้ว่าพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือครูบางคนจะบอกกล่าวสั่งสอนให้ลูกหลานและนักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังแต่งงาน แต่ในความเป็นจริงแล้ว คนไทยจำนวนมากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนแต่งงานและตั้งแต่ยังเป็นวัยรุ่น

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติปี 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งสุ่มตัวอย่างประชากรทั่วประเทศ พบว่าร้อยละ 41.4 ของประชากรอายุ 15-24 ปีเคยมีเพศสัมพันธ์ โดยเป็นผู้ที่สมรสแล้วร้อยละ 29 (ร้อยละ 19.5 ในชาย ร้อยละ 39 ในหญิง) และเป็นคนโสดที่เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 12.4 (ร้อยละ 21.1 ในชาย ร้อยละ 3.4 ในหญิง) และอีกร้อยละ 7.5 ปฏิเสธไม่ตอบว่าตนเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 13-15 ปี

ขณะที่ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มนักเรียนที่เก็บข้อมูลทุกปี โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าในปี 2554 เด็กชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ต่ำกว่าร้อยละ 5 เคยมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ราวเกือบ 1 ใน 4 ของเด็กนักเรียนชายชั้นมัธยมปีที่ 5 และราวร้อยละ 16 ของเด็กนักเรียนหญิงชั้นเดียวกันเคยมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 41-50 ของนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยอายุเฉลี่ยของนักเรียนที่ตอบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์เหล่านี้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 13-15 ปี[7]

7 การแปลผลข้อมูลเรื่องอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการเก็บข้อมูลที่มีอยู่ไม่ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ การสอบถามข้อมูลได้จากผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วเท่านั้น อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ได้จากการรายงานจึงน่าจะเป็นอายุที่น้อยกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้อายุแรกสมรสของหญิงไทยคือ 22 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552)

ร้อยละของนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มเป้าหมาย		ร้อยละ				
		2550	2551	2552	2553	2554
1.นักเรียนม.2	เพศชาย	3.2	3.7	4.2	4.4	4.2
	เพศหญิง	1.9	2.3	2.6	3.0	3.0
2.นักเรียนม.5	เพศชาย	21.2	24.1	24.7	25.9	28.0
	เพศหญิง	12.9	14.7	13.9	15.5	16.4
3.นักเรียนปวช. ชั้นปีที่ 2	เพศชาย	40.2	43.3	44.0	46.6	49.8
	เพศหญิง	34.1	36.5	37.4	41.0	41.6

ที่มา : ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2550-2554 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ร้อยละของสถานที่ที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

สถานที่		2553			2554		
		ม.2	ม.5	ปวช.2	ม.2	ม.5	ปวช.2
บ้านเพื่อน/บ้านตัวเอง	ชาย	67.9	72.0	64.0	69.0	69.4	62.3
	หญิง	62.7	63.5	57.9	68.8	65.3	56.4
โรงแรม/อพาร์ทเมนท์/ห้องเช่า (ชั่วคราว)	ชาย	9.9	12.7	13.5	10.6	14.8	17.4
	หญิง	14.8	14.8	13.2	9.8	14.4	16.4
หอพัก	ชาย	13.1	11.9	19.7	11.5	9.8	16.1
	หญิง	9.3	11.6	20.2	9.0	9.4	17.3
อื่นๆ	ชาย	9.1	3.4	2.8	5.0	3.5	2.4
	หญิง	13.2	10.1	8.7	9.0	9.3	8.5

ที่มา : ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2553-2554 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สถานที่ที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้น มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดที่บ้าน ตามด้วยโรงแรม ห้องเช่า และหอพัก ทำให้เกิดคำถามว่าผู้ปกครองได้มีการสนทนาเรื่องเพศสัมพันธ์กับวัยรุ่นมากน้อยแค่ไหน รายงานชิ้นหนึ่งเมื่อปี พ.ศ. 2549 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองจำนวนเพียงร้อยละ 59 รับทราบ “ตลอดเวลา” หรือ “เป็นส่วนใหญ่” ว่าลูกวัยรุ่นของพวกเขานั้นอยู่ที่ไหน ในทางกฎหมายและทางด้านศีลธรรมนั้นวัยรุ่นยังไม่บรรลุนิติภาวะและผู้ปกครองมีความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ต่อการกระทำของลูกหลานของพวกเขา แต่ส่วนใหญ่แล้วภาระจากพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์นั้นจะตกอยู่กับวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้ปกครองไม่ได้มีการสนทนาหรือให้ความรู้ความเข้าใจกับลูกเรื่องอนามัยการเจริญพันธ์อย่างเพียงพอ

และเป็นที่น่าสนใจว่าในขณะที่บ้านเป็นสถานที่ซึ่งวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ แต่ก็มีจำนวนมากที่เปลี่ยนจากการมีเพศสัมพันธ์ในหอพักไปมีเพศสัมพันธ์ในโรงแรม/อพาทเมนท์/ห้องเช่า ซึ่งเป็นไปตามรายได้ที่เพิ่มมากขึ้นของประชากรโดยรวม ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะบ่งชี้ได้ถึงศักยภาพของผู้หญิงและวัยรุ่นหญิงที่จะเจรจาเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้

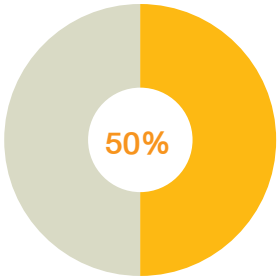
การใช้ถุงยางในวัยรุ่น

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2554 แสดงให้เห็นว่าจำนวนการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนเพิ่มขึ้นทุกปี

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด จำนวนนักเรียนหญิงที่ตอบว่าคู่ของเธอที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดนั้นต่ำกว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากโดยเฉพาะนักเรียนปวชปีที่ 2 ซึ่งส่วนหนึ่ง

อาจสืบเนื่องจากนักเรียนหญิงใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่นอย่างเช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด การนับวันมีประจำเดือน หรือยาคุมฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามความเห็นนี้เป็นการสมมุติฐานจึงควรมีทำการวิจัยในอนาคต

ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก



แม้ว่าจะมีการเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 แต่จำนวนร้อยละของทั้งนักเรียนชายและหญิงที่บอกว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์นั้นยังต่ำมาก

ร้อยละของนักเรียนที่ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยครั้งแรก ครั้งล่าสุดและทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่ของตน

ชั้น มัธยม 5	2550	2551	2552	2553	2554
ผู้ชาย					
ครั้งแรก	49.7	51.1	51.5	51.0	51.1
ครั้งล่าสุด	44.1	44.7	46.3	47.9	51.2
ทุกครั้ง	25.0	27.3	28.2	28.4	28.2
ผู้หญิง					
ครั้งแรก	46.3	49.9	47.6	49.2	54.1
ครั้งล่าสุด	34.6	38.1	34.7	38.1	46.5
ทุกครั้ง	19.7	20.4	19.6	21.3	22.7

นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2	2550	2551	2552	2553	2554
ผู้ชาย					
ครั้งแรก	48.3	48.3	51.4	49.4	55.0
ครั้งล่าสุด	45.0	42.9	46.7	43.9	51.2
ทุกครั้ง	23.2	23.0	26.1	23.7	28.9
ผู้หญิง					
ครั้งแรก	41.3	45.6	47.3	48.1	50.0
ครั้งล่าสุด	30.1	31.9	32.6	34.5	38.6
ทุกครั้ง	15.1	15.5	16.1	16.5	19.3

แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2550-2554 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (http://www.boe.moph.go.th/files/report/20120501_1696357.pdf)

© ทวีชัย เจาวัฒนา

ความเข้าใจเรื่องเพศของวัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นอายุ 15-24 ปีได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือระดับมัธยมตอนต้นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ โดยได้รับการสอนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 65.4) รองลงมาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 12.5) และมีผู้ที่ไม่เคยได้รับการสอนเรื่องดังกล่าวร้อยละ 11.2 นอกจากนี้ยังมีอีกกลุ่มที่จำไม่ได้หรือไม่แน่ใจว่าได้รับการสอนร้อยละ 3.6 หากพิจารณาเป็นกลุ่มอายุ พบว่า ทั้งกลุ่มอายุ 15 – 19 ปีและกลุ่มอายุ 20 – 24 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการสอนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และกลุ่มอายุ 20 – 24 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษาสูงกว่ากลุ่มอายุ 15 – 19 ปี คือ ร้อยละ 14.2 และ 8.2 ตามลำดับ (สำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552)

แต่เด็กนักเรียนจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศสัมพันธ์

แม้ว่าเด็กวัยรุ่นจำนวนมากจะได้รับการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แต่เด็กนักเรียนจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศสัมพันธ์ การเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษายังมีข้อจำกัด ยังไม่เป็นการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน (Comprehensive sexuality and reproductive health education) ยังขาดการสื่อสารทางบวกเรื่องเพศ ทัศนคติของครูผู้สอนส่วนหนึ่งยังอนุรักษ์นิยม ไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศ

คำถามจากโครงการ ‘รักเป็น ปลอดภัย - Young Love’

ในปี พ.ศ. 2556 รายการ ‘ผู้หญิงถึงผู้หญิง’ ของสถานีโทรทัศน์ช่อง 3 ร่วมกับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง มูลนิธิ Path2Health และ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ได้ร่วมจัดทำโครงการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน จากการจัดกิจกรรมที่โรงเรียน 12 แห่ง พบคำถามจากนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

เพศสัมพันธ์เป็นอย่างไร

- ถ้าเอาทางข้างหลัง จะเป็นอย่างไร
- ถ้าไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ควรทำอย่างไร จะปฏิเสธอย่างไร
- ถ้ามีเพศสัมพันธ์โดยใช้นิ้วสอด จะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ไหม

คุมกำเนิดแบบไหน

- มีเพศสัมพันธ์แล้วแตกนอก จะท้องได้ไหม
- มีเพศสัมพันธ์ช่วงมีประจำเดือน จะท้องได้ไหม
- นับหน้า 7 หลัง 7 ปลอดภัยไหม
- ยาคุมฉุกเฉินป้องกันการท้องได้หรือไม่ กินอย่างไร
- วิธีการกินยาคุมแผง ทำอย่างไร
- ยาขับเลือด ทำแท้งได้จริงไหม
- กินยาคุมบ่อยๆ จะเป็นหมันไหม
- (คำถามจากพ่อแม่) สำหรับวัยรุ่น ควรฉีดยาคุมในช่วงไหน ถึงจะป้องกันได้จริง

สื่อสารเรื่องเพศอย่างไร

- (คำถามจากพ่อแม่) ถ้าผู้ชายอ้างกับลูกสาวว่า หากไม่มีเพศสัมพันธ์ด้วย จะเลิกคบ ควรคุยกับลูกสาวอย่างไร
- (คำถามจากพ่อแม่) ลูกชายมาสารภาพว่า มีแฟนเป็นผู้ชาย จะทำอย่างไรดี
- (คำถามจากพ่อแม่) ถ้าเปิดเข้าไปในห้องลูกพบว่าลูกกำลังดูหนังโป๊อยู่ ทำอย่างไรดี
- (คำถามจากพ่อแม่) เด็กวัยรุ่นตอนต้น สามารถไปตรวจภายในได้หรือไม่
- (คำถามจากพ่อแม่) ทำอย่างไร ถ้าลูกชายพาแฟนเข้าบ้าน และแฟนลูกชายไม่ยอมไปเรียนหนังสือ
- ถ้ามีเพื่อนตั้งท้อง แต่ไม่กล้าบอกพ่อแม่ เพราะถูกห้าม เราควรทำอย่างไร
- ถ้าท้องขณะยังเรียนอยู่ จะจัดการอย่างไรทั้งกับพ่อแม่ และเรื่องเรียน
- เวลาผู้ชายชวนไปบ้าน ไปโรงแรม ควรตอบว่าอย่างไร
- ถ้าลูกสาวเป็นทอม อยากผ่าตัดนมออก เราควรทำอย่างไร

© ปัญวรรณ ศุภศรี

การคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษาในวัยรุ่น

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ชี้ว่าภาพรวมวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีที่เคยใช้การคุมกำเนิดมีเพียงร้อยละ 15.7 ไม่แตกต่างกันระหว่างหญิงชาย แต่อัตราการเคยใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีที่สมรสสูงถึงร้อยละ 79.8 วิธีการคุมกำเนิดที่นิยมใช้ในวัยรุ่นที่แต่งงานแล้วมีความแตกต่างกันระหว่างเพศ โดยเกือบร้อยละ 60 ของผู้หญิงจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดตามด้วยยาฉีดคุมกำเนิด ในขณะที่ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัยตามด้วยการให้ผู้หญิงกินยาคุม ในขณะที่ในกลุ่มที่เป็นคนโสดมีเพียงร้อยละ 8.5 เท่านั้นที่เคยใช้การคุมกำเนิด โดยประมาณครึ่งหนึ่งในผู้หญิงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ตามด้วยถุงยางอนามัยในขณะที่ผู้ชายส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัย

ร้อยละของวัยรุ่นหญิงและชายอายุ 15-19 ปีที่โสดและแต่งงานแล้ว ที่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิด ตามวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

	โสดที่มีเพศสัมพันธ์			สมรส		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง	97.9	98.2	96.4	86.5	91.3	85.4
ยาเม็ดคุมกำเนิด	14.6	9.1	48.4	53.8	35.9	58.0
ยาคุมฉุกเฉิน/ยาคุมหลังร่วมเพศ	5.2	5.4	3.9	0.5	0.7	0.4
ยาฉีดคุมกำเนิด	1.8	0.5	9.4	17.0	8.2	19.1
ยาฝังคุมกำเนิด	-	-	-	0.1	0.1	0.1
ห่วงอนามัย	0.2	0.2	-	0.1	-	0.4
ถุงยางอนามัย	73.1	79.4	34.1	13.1	46.3	5.3
ทำหมันหญิง	-	-	-	0.3	-	0.4
นับระยะปลอดภัย	2.5	2.8	0.4	1.0	-	1.3
อื่นๆ	0.6	0.7	0.1	0.7	-	0.8
ไม่ใช้	2.1	1.8	3.6	11.4	8.7	14.6

ที่มา การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

เหตุผลที่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปีไม่คุมกำเนิดเพราะ ต้องการมีบุตรเพิ่ม (44%) กลัวอันตรายต่อสุขภาพ (26%) สามีไม่ค่อยอยู่บ้าน (6%) เพิ่งคลอดหรือหลังแท้ง (6%) สามีไม่ให้คุม (3%) มีปัญหาเกี่ยวกับมดลูก/รังไข่ (4%) มีเหตุผลอื่นๆ

ที่มา การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

ร้อยละ 32.1ของผู้หญิงอายุ 15-19 ปีมีลูกทั้งๆ ที่ไม่ได้ตั้งใจ ให้เหตุผลที่ไม่ป้องกันการตั้งครรภ์เพราะ ลืมกินหรือฉีดยาคุม (38.7%) คุมกำเนิดด้วยวิธีการดั้งเดิม (28.9% เช่น หลั่งภายนอก นับระยะปลอดภัย) ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ (25.6%) ไม่มีความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด (3%) ใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ผิดพลาด (0.9%) ไม่คิดว่าจะมีลูก/คิดว่ามีลูกยาก (0.9%) ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ (0.9%) เพิ่งคลอดหรือแท้ง (0.5%) ไม่มีเวลาไปซื้อหรือรับบริการคุมกำเนิด (0.6%)

ที่มา การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

วัยรุ่นที่เสพสารเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ หรือนำไปสู่การตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเป็นเพราะมึนเมาหรือขาดสติ จึงไม่ใช้การคุมกำเนิดหรือใช้ถุงยาง

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ในนักเรียนอาชีวศึกษาอายุ 15-21 ปี ในจังหวัดเชียงราย ในปี 2542 แสดงให้เห็นว่า นอกจากอายุและระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์แล้ว กลุ่มที่มีการใช้สารเสพติด ได้แก่ นักเรียนหญิงที่เสพยาบ้าและนักเรียนชายที่สูบกัญชา มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติดประมาณ 2-3 เท่า (Manopaiboon, Kilmarx et al. 2003) เช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งพบการใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ พ.ศ. 2552)

นอกจากนี้มีการศึกษาอื่นๆ ที่ชี้ว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และคณะ พ.ศ. 2552) และเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กิตติพงษ์ อุบลสะอาด พ.ศ. 2552) อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Manopaiboon, Kilmarx et al. 2003; สมรัฐ ศรีตระกูล พ.ศ. 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในเพศชายนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันสูงกว่าเพศชายที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 20

หลากความต่างของวัยรุ่น

จากพฤติกรรมเสี่ยงและทักษะในการลดความเสี่ยงของวัยรุ่นแต่ละกลุ่มแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เช่น วัยรุ่นที่ครอบครัวมีฐานะร่ำรวยและยากจน วัยรุ่นในเขตเมืองและชนบทและภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ วัยรุ่นที่จบการศึกษาในระดับต่างๆ ความเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จึงแตกต่างกัน ดังตัวอย่างจากการศึกษาหนึ่งที่พบว่า วัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเพศสัมพันธ์อายุเฉลี่ยต่ำที่สุด และเมื่อตั้งครรภ์แล้วส่วนใหญ่เลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไป ส่วนวัยรุ่นในภาคใต้มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ พ.ศ. 2554) ในขณะที่การแต่งงานตั้งแต่อายุน้อยพบได้ในกลุ่มที่ด้อยโอกาส ประชากรชนเผ่า ครอบครัวที่ยากจน ขาดโอกาสทางการศึกษา เนื่องจากขาดแคลนทุนทรัพย์ และต้องออกจากโรงเรียน (Nicaise, Tonguthai et al. 2000) ดังนั้น ในการนำนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้นจึงควรพิจารณาความแตกต่างดังกล่าว และกำหนดรูปแบบการดำเนินมาตรการและจัดบริการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

ครอบครัวของวัยรุ่น

พฤติกรรมของวัยรุ่นส่วนหนึ่งถูกกำหนดโดยลักษณะของครอบครัวที่วัยรุ่นเติบโตมา เช่น การอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย(Extended family) ลักษณะการอยู่อาศัยของวัยรุ่น อยู่ตามลำพังหรืออยู่หอพัก อีกทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวที่ส่งผลต่อวิธีเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ปลูกฝังค่านิยม การมีโอกาสทางการศึกษา

นอกจากนี้มิติด้านความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับคนในครอบครัวก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานโดยวิทยาลัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้ว่า ปัจจัยด้านครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ พ.ศ. 2556) ทั้งนี้ ในครอบครัวที่มีความอบอุ่น วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครองและสมาชิกอื่นๆ มีปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้มงวดในครอบครัวและการอบรมสั่งสอน วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์น้อยกว่าวัยรุ่นที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีลักษณะที่ตรงกันข้าม

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า การที่วัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับครอบครัวขยาย จะทำให้มีคู่หรือแต่งงานช้าลง เนื่องจากมีญาติคอยดูแลกำกับความประพฤติ (Jahan 2008) และกลุ่มวัยรุ่น

ที่ตั้งครรภ์มักถูกเลี้ยงดูแบบไม่ใช้เหตุผล ผู้ปกครองมีอาชีพไม่มั่นคง มีการศึกษาและรายได้ต่ำ และมีการหย่าร้างในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้รายได้รวมของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา รูปแบบการเลี้ยงดู ประวัติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของมารดาและญาติ ความสัมพันธ์กับพี่น้องของวัยรุ่นในกลุ่มที่ตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ พ.ศ. 2552)

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยบางส่วนกลับพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวมีความสำคัญรองลงมาหรือไม่พบว่า มีความสำคัญ เช่น การศึกษาของ Podhisita (2004) ที่ชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาและรายได้ของบิดามารดา ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดาหรือพี่น้องและความเข้มงวดของครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือ การศึกษาของ Manopaibul (2003) ที่ศึกษาเฉพาะนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงราย พบว่าลักษณะโครงสร้างครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการแยกมาอยู่คนเดียว การแยกกันอยู่ของบิดามารดา และความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับคนในครอบครัวไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

อุ๋ย อายุปัจจุบัน 18 ปี อายุเมื่อคลอดบุตร 17 ปี

ฐานะบ้านอุ๋ยค่อนข้างยากจน แม่สนับสนุนให้อุ๋ยเรียนหนังสือสูงๆ แต่อุ๋ยไม่ชอบเรียนหนังสือ พอจบม. 3 ก็ออกจากโรงเรียน มาใช้ชีวิตเที่ยวเล่นกับเพื่อนๆ มีแฟนอายุ 24 ปี อุ๋ยไปมาหาสู่ที่บ้านแฟนบ่อยๆ พ่อแม่ก็รับรู้ว่าคบคนนี้อยู่ อุ๋ยเองเวลาไปนอนกับแฟนก็ไม่ได้ป้องกันอะไร อยู่อย่างนี้ประมาณ 1 ปี อุ๋ยท้องตอนอายุ 17 ปี พอท้องก็กลับมาปรึกษาแม่ว่าจะเอายังไง สรุปก็คืออุ๋ยกับแฟนต้องทำพิธีผูกข้อมือ เป็นเหมือนพิธีแต่งงานหลังจากนั้นแฟนก็ย้ายมาอยู่ที่บ้านอุ๋ย

‘ตอนนั้นที่ท้องก็กังวลและกลัวมากว่าจะเลี้ยงลูกไม่ได้ เลี้ยงไม่ไหว เพราะเราอายุยังน้อยและไม่มีภาวะความเป็นแม่เลย ยังคงติดเพื่อน ติดเที่ยวอยู่ แต่แม่ก็คอยช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจตลอด ช่วยให้เราคลายกังวล ในขณะที่ท้องและคลอดลูกใหม่ๆ อุ๋ยยังคงไปเที่ยวกับเพื่อนๆ อยู่บ้าง เพราะแม่ยังช่วยเลี้ยงลูกให้ เลยไม่ห่วงไม่กังวลอะไร เพราะช่วงคลอดลูกแรกๆ อุ๋ยหงุดหงิดมาก ทำอะไรไม่เป็น หลังจากนั้นอุ๋ยถึงหยุดเที่ยวเตร่ได้ เพราะแม่บอกให้อุ๋ยมาเลี้ยงลูกเอง จุดนี้ทำให้อุ๋ยมีความเป็นแม่มากขึ้น ห่วงลูกมากขึ้น โตมากขึ้น’

ในการวางแผนชีวิตครอบครัวตอนที่เริ่มท้อง สามีต้องออกไปทำงาน เพราะแม่อุ๋ยมีรายได้น้อย อุ๋ยต้องเลี้ยงลูกอย่างเต็มตัวก่อนในช่วงแรก จนกระทั่งลูกโตพอจะไปโรงเรียนอุ๋ยกับแฟนจึงไปหางานทำด้วย

ด้านการศึกษาของลูก อุ๋ยตั้งใจจะส่งลูกเรียนเต็มที่เท่าที่ลูกอยากเรียน ใจอุ๋ยอยากให้ลูกได้เรียนสูงๆ แต่ถ้าลูกจะเหมือนอุ๋ยก็ห้ามไม่ได้ เพราะตัวอุ๋ยเองก็เกเร และอุ๋ยยังตอบตัวเองไม่ได้ว่าทำไมตนจึงเป็นเด็กเกเรขนาดนั้น

ปัจจุบันอุ๋ยกำลังเรียนกศน. มัธยมปลายเพื่อเอาวุฒิ ม. 6 มาหางานทำ

สภาพแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม

สภาพแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม ล้วนมีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ พ.ศ. 2552) การคบเพื่อนที่ชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุ (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ พ.ศ. 2556) การมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง ประเพณี ความเชื่อของคนในท้องถิ่น และเทศกาลต่างๆ (เช่น วันวาเลนไทน์ เทศกาลแข่งเรือ สลากภัตร หรือวันปีใหม่) (สุรเดช บุณยเวทย์ และคณะ พ.ศ. 2551) นอกจากนี้บางการศึกษาระบุว่า ความรุนแรง การถูกบังคับขืนใจหรือละเมิดทางเพศ (sexual coercion) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยเช่นเดียวกัน (Manopaiboon, Kilmarx et al. 2003; อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และคณะ พ.ศ. 2552) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมยังมีส่วนกำหนดให้มีการแต่งงานในเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ดังจะเห็นได้จากการที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของหญิงที่แต่งงานหรืออยู่กินกับชายก่อนอายุ 18 ปี

สูงกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 23.5 และ 23.8 ตามลำดับ) และเกือบร้อยละ 30 ของหญิงที่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี อยู่ในครัวเรือนที่พูดภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2549)

ข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

แม้ว่ามีงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ก็พบว่ามีข้อจำกัดในด้านจำนวนและคุณภาพ งานวิจัยส่วนหนึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยหรือการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเขตตำบล/อำเภอ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งหากเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมและดำเนินการวิจัยอย่างมีคุณภาพ มีการศึกษาประชากรกลุ่มเดิมเป็นระยะยาว (Longtitudinal study) จะเป็นประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ สำหรับการศึกษาในระดับประเทศอย่างเป็นระบบนั้นส่วนหนึ่งเป็นการสำรวจความคิดเห็นของคนกลุ่มต่างๆ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้นการศึกษาวิจัยในปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นควรได้รับการพัฒนาต่อไปในอนาคตเพื่อให้มีข้อมูลที่จำเป็นในการกำหนดนโยบายเพื่อจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ปัจจัยที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นมีความซับซ้อนเชื่อมโยงกันหลายมิติ และมีความแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะของวัยรุ่นเอง ไม่ว่าจะเป็น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ตลอดจนปัจจัยที่มาจากครอบครัวและชุมชน แรงกดดันจากหลากหลายมิติของวัยรุ่นนำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ส่งผลดังกล่าวต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การร่วมมือกันและความสอดคล้องของการทำงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ความพยายามดังกล่าวรวมถึงการคุ้มครองสิทธิที่เด็กวัยรุ่นต้องได้รับการศึกษา ได้รับข้อมูลเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ตลอดจนบริการที่เกี่ยวข้อง ได้รับการคุ้มครองเพื่อไม่ให้ถูกละเมิดทางเพศและถูกบังคับหรือใช้ความรุนแรงไม่ว่าจะเป็นภายในบ้านหรือนอกบ้านก็ตาม การตระหนักถึงหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานเหล่านี้มีความสำคัญและควรเป็นหลักของการทำงานไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหมาย การกำหนดนโยบายหรือโครงการเพื่อตอบสนองกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาจากหลายปัจจัยและมีความซับซ้อน

© จิรวัชร สายวุฒินนท์

© ชวาล คูร์พิพัฒน์

บทที่ 4
มุมสังคมมองการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ในปี พ.ศ. 2556 ปรากฏการณ์ **“วันฮอร์โมนแห่งชาติ”** เป็นวันที่วัยรุ่นจับจ้องรอคอยเพื่อดูละครซีรี่ส์ “HORMONES วัยว้าวุ่น” ซึ่งเป็นละครที่สะท้อนพฤติกรรมและสังคมของวัยรุ่น โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน นับเป็นละครยอดฮิตที่ถูกพูดถึงมากที่สุดเรื่องหนึ่ง สังคมออนไลน์มีการวิพากษ์วิจารณ์ทั้งจากคนที่ชื่นชอบซีรี่ส์ดังกล่าวและคนที่เห็นตรงข้าม ข้อสังเกตที่ทุกคนตั้งประเด็นคือเรื่องศีลธรรม จึงเป็นข้อถกเถียงในทำนองว่า “จะปฏิเสธความจริงไปทำไม” “สังคมมันก็เป็นแบบในซีรี่ส์นี้มาแต่ไหนแต่ไร” “ซีรี่ส์แบบฮอร์โมนนั้นทำให้ศีลธรรมเสื่อมจริงหรือ” เป็นต้น

ข้อถกเถียงของสังคมในประเด็นซีรี่ส์ **“HORMONES วัยว้าวุ่น”** จึงสามารถบ่งชี้อาการและมุมมองของสังคมไทยได้เป็นอย่างดี ถึงทัศนคติของวัยรุ่นไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ท่ามกลางวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อของสังคมไทยของผู้คนส่วนหนึ่งที่ยังไม่เปลี่ยนทั้งในเรื่องต้องรักนวลสงวนตัว ไม่เห็นด้วยกับการอยู่ก่อนแต่ง การท้องก่อนแต่ง หรือการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

อย่างไรก็ตาม ประเด็นข้อถกเถียงพฤติกรรมของวัยรุ่นในละครเรื่อง Hormones นั้นยังเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเด็กวัยรุ่นโดยมองว่าเด็กวัยรุ่นเป็นปัญหา มากกว่าการพยายามแก้ปัญหาทั้งระบบอย่างเช่นสภาพสังคม หรือกฎหมายหรือค่านิยมบางอย่างที่ขัดขวางการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของเด็กวัยรุ่น

เนื้อหาบทนี้สะท้อนความหลากหลายของมุมมองสังคมเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์บุคคลและการเล่าเรื่องราวจากคนที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ ซึ่งข้อมูลที่ได้ยังมีข้อจำกัดเพียงสะท้อนความคิดเห็นส่วนหนึ่งของผู้เกี่ยวข้อง ไม่ได้เป็นภาพสะท้อนของลักษณะปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีความหลากหลายมากกว่ากรณีศึกษาต่างๆ เช่น ไม่มีข้อมูลจากวัยรุ่นอายุน้อยที่ตั้งท้อง หรือจากวัยรุ่นที่ถูกละเมิดทางเพศ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มุมมองของครู

ครูอาจารย์เป็นผู้ที่ใช้เวลาอยู่ใกล้ชิดกับนักเรียนวัยรุ่นบางรายมากกว่าผู้ปกครอง อีกทั้งยังมีหน้าที่อบรมสั่งสอนวัยรุ่นทั้งด้านวิชาการ ทักษะชีวิต และความประพฤติ ผู้ที่เป็นครูประจำชั้นหรือครูแนะแนวจะเข้าใจลักษณะนิสัยและพฤติกรรมของนักเรียนที่อยู่ในความดูแล รวมทั้งรับรู้แนวโน้มที่จะเกิดปัญหากับวัยรุ่นโดยทั่วไปเป็นอย่างดี

จากการสัมภาษณ์ครูจากสถาบันการศึกษาทั้งสายสามัญและสายอาชีพให้ความเห็นว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ย่าตายาย แทนที่จะเป็นพ่อแม่[8] จึงไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ครูบางคนที่เคยผ่านเหตุการณ์มีเด็กนักเรียนที่อยู่ในความดูแลตั้งครรภ์ ไม่เห็นด้วยกับการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเรียนเนื่องจากไม่เหมาะสม โดยทั่วไปแล้วการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะถูกตีตราว่า “ผิด” และ “ไม่เหมาะสม” โดยจะโทษแต่วัยรุ่นหญิงเป็นส่วนใหญ่ ค่านิยมความคิดดั้งเดิมมักจะไปในเชิงการทำโทษมากกว่าจะสนับสนุน และครูหรือผู้บริหารโรงเรียนก็แทบจะไม่มีส่วนรับผิดชอบต่อการไม่ให้ความรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับนักเรียนเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้พวกเธอตั้งครรภ์

ขณะที่การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน ปรากฏเป็นนโยบายตั้งแต่ปี 2481 แต่วิชาเพศศึกษาได้เปิดสอนครั้งแรกในโรงเรียนเมื่อปี พ.ศ. 2521 ซึ่งเป็นการสอนในโรงเรียนบางโรงเรียนที่พร้อมจะรวมหลักสูตรวิชาเพศศึกษาเข้าไว้ในวิชาอื่นๆ เช่น สุขศึกษา แต่อย่างไรก็ตาม การสอนวิชาเพศศึกษาขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้บริหารและคุณครูในแต่ละโรงเรียน วิชาเพศศึกษาไม่ได้มีการสอนอย่างจริงจังในทุกโรงเรียนทั่วประเทศ

8 ร้อยละ 10.1 ของครัวเรือนมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับหลานตามลำพัง (การสำรวจผู้สูงอายุปี 2555, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

“การตั้งครรภ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องไม่เหมาะสมอย่างแน่นอน แต่เมื่อเกิดเหตุขึ้นมาแล้วเราต้องให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหา ในฐานะที่เป็นครูมัธยม นักเรียนวัยรุ่นทั้งนั้น อยากรู้ อยากลอง แต่เด็กที่ท้องส่วนมากไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ อาศัยกับปู่ย่าตายาย คนแก่ไม่ทันเด็กหรอก ช่องว่างระหว่างวัยสูง ... พอท้อง เกิดเรื่องขึ้นมาบางคนเขาก็ลาออกไปเอง แต่ตัวครูเองถ้าเห็นหรือรู้ว่าเด็กคนนี้ท้อง ก็จะทำเป็นไม่รู้ไม่ชี้ ถึงกำหนดคลอดเด็กจะลาป่วยไปประมาณ 1 สัปดาห์ เขาก็กลับมาเรียนใหม่ ครูก็รู้นะว่าเขาไปคลอดลูก บางคนเขาเรียน ม.6 แล้ว ยังไงก็อยากให้เขาจบมีวุฒิการศึกษา ก็ต้องช่วย”

อดีตครูโรงเรียนมัธยมประจำจังหวัด, 11 สิงหาคม พ.ศ. 2556

“เขาเรียนหนังสืออยู่ เขาท้อง คือมันผิดช่วงวัยแล้ว เป็นเรื่องที่ผิด แล้วเรายังจะตอกย้ำด้วยการไล่ออกจากโรงเรียนอีก เหรอ ... ถ้าให้เขาเรียนจนจบยังเอาวิชาความรู้ไปหางานทำได้ บางคนไม่ยอม อาย จะลาออก ครูต้องบังคับ เธอลาออกแล้วจะไปทำอะไรได้ ... มีทุกปี มีอยู่เรื่อยๆ เราจะสังเกตดูรูปร่าง คนนี้ทำไมมันอ้วนผิดปกติ ... เราก็เรียกมาซักถาม พอรู้ว่าท้องแน่ก็คำนวณว่าที่เดือนมันจะทันวันสอบไหม ... ถ้าไม่เห็นท้องชัดก็ให้มาเรียนได้ทุกวัน ... แต่ถ้ามันเห็นชัดว่าท้องก็พักการเรียน คลอดแล้วกลับมาเรียนใหม่ มีหลายคนไปคลอดแล้วก็กลับมาเรียนจนจบ ทั้ง ปวช. ปวส.”

อาจารย์วิทยาลัยเทคนิค, 16 สิงหาคม พ.ศ. 2556

การสัมภาษณ์คุณครูและนักเรียนในโรงเรียนต่างๆ พบว่า คุณครูมีอิทธพลในการให้ความรู้ทางด้านเพศศึกษากับนักเรียน คุณครูที่เข้าใจความสำคัญเรื่องเพศศึกษามักจะใส่ความรู้ทางด้านนี้ในวิชาที่ตนเองสอน อย่างเช่น วิชาชีววิทยา พละศึกษา แนะแนว หรือสุขศึกษา

ดังเช่น ข้อมูลจากโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าหลักสูตรพื้นฐานของวิชาสุขศึกษาสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ การวางตัวในวัยรุ่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รวมถึงเรื่องเพศกับวัฒนธรรมไทย ซึ่งความเห็นของผู้สอนส่วนหนึ่งเห็นว่าปัจจุบันเด็กๆ มีค่านิยมทางด้านเพศที่เปลี่ยนไปโดยไม่คิดว่าต้องมีเพศสัมพันธ์หลังแต่งงานเท่านั้น ประกอบกับสื่ออินเตอร์เน็ต โซเชี่ยลเน็ตเวิร์ค เปิดโอกาสให้เด็กเข้าถึงข้อมูลเร็วและในวงกว้าง วิธีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน ครูส่วนหนึ่งจะไม่ห้ามเด็กเรื่องเพศสัมพันธ์ เพราะคิดว่าห้ามกันไม่ได้ แต่จะเน้นการป้องกัน สอนวิธีการคุมกำเนิด เอาตัวอย่างที่ได้จากคลิปในยูทูปมาใช้เป็นสื่อการสอนกับเด็กให้รู้จักวิธีการใส่ถุงยางอนามัยทำอย่างไร ใช้วิธีการคุมกำเนิดทำอย่างไร

นอกจากนี้โรงเรียนมีการรณรงค์ จัดกิจกรรมพี่สอนน้อง ทำคลิปหนังสั้น โดยเน้นกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วมให้เด็กคิดเองทำเอง หรืออาจจะทำวอล์คแรลลี่ ฐานนี้เล่าประสบการณ์ทางเพศ หรืออีกฐานหนึ่งแข่งใส่ถุงยาง เป็นต้น

“ส่วนใหญ่เราทำกิจกรรมทำกับเด็กม.2 ซึ่งเป็นวัยรุ่นเต็มตัว เซี้ยวซ่าส์ มีประจำเดือนกันหมดแล้ว และเด็กม.4 กำลังเป็นจุดเริ่มต้นของวัยใกล้มหาวิทยาลัย เริ่มสวยเต็มที่ มีความคิดอีกสเต็ปหนึ่ง”

ครูวิชาสุขศึกษาโรงเรียนมัธยม, 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ทั้งนี้ครูแต่ละคนจะมีวิธีคิดของตนว่าเด็กคนไหนมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ ครูบางคนจะเรียกเด็กมาคุยส่วนตัว แต่เด็กบางคนที่ครูมองว่ามีความเสี่ยงกลับเป็นเด็กที่รู้จักวิธีการป้องกันไม่ให้ท้อง ส่วนหนึ่งพ่อแม่รับรู้ เด็กบางคนใส่ห่วงอนามัย ฉีดยาคุม บางคนฝังยาคุมกำเนิด แต่เด็กที่ครูไม่เห็นว่ามีความเสี่ยงกลับท้อง จึงตอบไม่ได้ว่ามีความเสี่ยงแบบใดที่ทำให้เด็กนักเรียนตั้งครรภ์ รูปแบบความเสี่ยงเป็นอย่างไร ระบุได้ยากเด็กเสี่ยงคือใคร ไม่มีความแน่นอนว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร

ข้อมูลจากมุมมองของครูยังพบว่าเด็กที่ท้องส่วนใหญ่ไว้ใจว่าผู้ชายจะคุมได้ทำให้ไม่ตั้งท้อง ปลอดภัย เชื่อใจ เด็กบางคนพ่อแม่รู้แต่ห้ามลูกไม่ได้ เด็กที่ท้องในวัยเรียนส่วนหนึ่ง ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ พ่อแม่ทำงานดึก เกิดช่องว่าง เด็กบางคู่เปิดเผยชัดเจน มาโรงเรียนเดินด้วยกัน ไปไหนมาไหนด้วย โรงเรียนจะตักเตือนว่าห้ามเลยเกิดส่อไปในทางชู้สาวในโรงเรียน เวลามีปัญหาท้อง ทางฝ่ายปกครองจะเชิญพ่อแม่มารับทราบเพื่อช่วยกันวางแผนว่าจะมีทางเลือกอย่างไร เด็กบางคนพร้อมที่จะเรียนต่อจนจบ บางคนขอพักการเรียน หรือบางคนย้ายไปโรงเรียนอื่นๆ แต่ส่วนใหญ่ ถ้าเป็นเด็กมัธยมปลายที่ท้องพ่อแม่จะให้ลาออก

หากมีเด็กนักเรียนตั้งครรภ์ครูอาจเรียกเด็กมาพบส่วนตัว เพื่อเตรียมเด็กให้สามารถเผชิญหน้ารับผลกระทบเหล่านี้ ต้องให้กำลังใจให้เด็กเรียนให้จบ

“ในทางกลับกันก็บอกเพื่อนๆ ห้องอื่นๆ ว่าปัญหาอย่างนี้ไม่ใช่เรื่องที่น่าเยาะเย้ย ไม่มีใครอยากให้เกิด เราอย่าไปทำร้ายจิตใจเพื่อน และเป็นเรื่องที่ดีมาก ที่เพื่อนมุ่งมั่นเรียนให้จบ เราอย่าเป็นตัวขวางหรือทำให้เพื่อนหมดกำลังใจ จงให้กำลังใจเพื่อน มันเป็นการดีเสียอีกที่ทำให้เพื่อนเรียนจบ…ในทางกลับกัน ก็สอนเด็กว่า คุณเห็นแล้วผลเป็นอย่างไร คุณต้องดูแลตัวเอง จะย้ำบ่อยครั้งว่า มีแฟนไม่มีใครว่า คุณต้องวางตัวให้ถูก มันจะหมดอนาคต หากกลับมาเรียนก็อายเพื่อน ถ้าไม่อยากเป็น ก็ตั้งใจเรียน”

ครูวิชาสุขศึกษาโรงเรียนมัธยม, 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มุมมองของวัยรุ่น

“หนูมีเพื่อนที่มีเพศสัมพันธ์ ก็ถามว่าดีหรือ แต่หนูว่าวัยอย่างนี้เรื่องความรักมันไม่มั่นคง เรายังเจอคนอีกหลายๆคน การมีเพศสัมพันธ์ในวัยอย่างนี้เรามีความเสี่ยงหลายๆ ด้าน การตั้งท้อง การติดโรค เราอาจจะเครียดได้ ทำให้เสียผลการเรียน หนูรับได้ที่มีเพื่อนมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เขาไม่ได้ทำอะไรที่ไม่ดี มันเป็นเรื่องธรรมชาติไปแล้ว ใครๆ ก็ยอมรับได้ หนูถามเพื่อนว่ามีอะไรกันได้ใส่ถุงยางหรือเปล่า เตรียมของตัวเองไว้ก็ดี เป็นเรื่องปกติที่ผู้หญิงพกถุงยางเป็นการป้องกันตัวเอง เพราะผู้ชายไม่เอามา”

ปัน นักเรียนมัธยมปลายอายุ 15 ปี โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในกรุงเทพ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

การวิจัยในประเทศไทยจำนวนมากศึกษาความคิดเห็นและทัศนคติของวัยรุ่นในสถานศึกษาประเภทต่างๆ และวัยรุ่นที่อยู่นอกสถานศึกษา ต่อการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของคนในวัยเดียวกัน ผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังเป็นนักเรียนเห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากยังไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูลูก นอกจากนี้การตั้งครรภ์ยังทำให้เกิดความอับอาย ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมไทย และเป็นการทำลายอนาคตของตนเอง ในบางการศึกษาพบว่ามีวัยรุ่นถึงร้อยละ 60 มีทัศนคติที่ดีต่อการทำแท้ง (Fengxue, Isaranurug et al. 2003) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเดียวกันชี้ว่า วัยรุ่นจำนวนหนึ่งเห็นว่าการทำแท้งเป็นการทำลายศีลธรรมในสังคม และวัยรุ่นไม่ควรมีสิทธิที่จะไปทำแท้ง แต่ก็มีบางส่วนเห็นว่า การทำแท้งเป็นทางออกเพื่อป้องกันไม่ให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ต้องออกจากโรงเรียน และเกิดปัญหาเศรษฐกิจกับครอบครัว อีกทั้งยังช่วยไม่ให้เกิดการทอดทิ้งทารก อีกการศึกษาหนึ่งชี้ว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์โดยยังไม่ได้แต่งงาน เนื่องจากเป็นการลดทอนคุณค่าของตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่า และเมื่อคลอดลูกก็จะทำให้ความเป็นวัยรุ่นต้องสิ้นสุดลง ไม่สามารถไปเข้ากลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อนวัยเดียวกัน เพราะต้องดูแลลูก (Muangpin, Tiansawad et al. 2010) ความคิดเห็นที่กล่าวมาแล้วนี้ บางส่วนสอดคล้องกับความเห็นจากการสัมภาษณ์

“ทำไมเขาคิดไม่ได้ เพราะครูก็สอน พูดถึงปัญหานี้ มีโฆษณาในทีวี มีการอบรม เขาน่าจะคิดได้ว่าไม่เหมาะสม วัยเราคือเรียนหนังสือ คนจะท้องได้ต้องเรียนจบ เป็นผู้ใหญ่ สามารถเลี้ยงลูกได้ หนูว่าเป็นเพราะอยากรู้ อยากลอง แต่พลาดไป แต่หนูก็ไม่ได้รังเกียจนะคะ ก็ให้กำลังใจ หนูไม่เห็นด้วยถ้าโรงเรียนจะไล่ออก ให้พักการเรียนไปจัดการเรื่องต่างๆ ก็พอ แต่ก็ไม่ใช่ให้อุ้มท้องมาเรียนได้ คนจะท้องหรือไม่ท้องเขาก็มีสิทธิเรียนเท่าๆ กัน เรื่องการทำแท้งไม่เคยคิดเลยค่ะ ก็คือการฆ่าคนใช่ไหมคะ เราเป็นคนทำให้เขาเกิดขึ้นมา ถึงจะไม่ตั้งใจ แต่ก็ต้องรับผิดชอบชีวิตเขา”

นักเรียนหญิงวัย 15 ปี, 16 สิงหาคม พ.ศ. 2556

“ตอนใกล้จบ ม. 6 มีเพื่อนในห้องท้อง หนูตกใจมาก เพราะห้องเรามีแต่เด็กตั้งใจเรียน เป็นห้องเก่งของโรงเรียน ไม่คิดว่าจะมีเรื่องแบบนี้ แล้วก็รู้ว่าเขาไปเอาเด็กออก สำหรับหนูมันร้ายแรงมาก หนูคิดว่าชีวิตนี้เขาไม่มีวันจะดีได้ ทั้งทำผิดแล้วยังทำบาปอีก”

นักเรียนหญิงวัย 18 ปี, 16 สิงหาคม พ.ศ. 2556

ในขณะที่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในขณะที่เป็นนักเรียน วัยรุ่นชายส่วนหนึ่งมองว่า การมีคู่รักและมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ และการมีความสัมพันธ์ทางเพศเป็นการให้และการได้ของแต่ละฝ่าย (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, กฤตยา แสวงเจริญ et al. 2556) วัยรุ่นหญิงบางส่วนเห็นว่า การยินยอมมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรัก ความจริงใจ และต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นหรือผูกมัดฝ่ายชาย (Tangmunkongvorakul, Carmichael et al. 2011) ในบางการศึกษาแสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นหญิงจำนวนไม่น้อยตั้งใจที่จะมีลูกเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับฝ่ายชาย หรือต้องการให้ฝ่ายชายให้ความสนใจ เอาใจใส่ (ศิริพร จิรวัฒน์

กุล, กฤตยา แสวงเจริญ et al. 2555)

เรื่องเล่าจากพ่อ-แม่วัยใส

ส้ม อายุเมื่อมีบุตร 19 ปี อายุปัจจุบัน 22 ปี

เมื่อส้มอยู่ม. 5 อายุ 18 ปี ก็เจอพ่อของลูกซึ่งอายุมากกว่า 2 ปี คิดว่าผู้ชายคนนี้จะเป็นรักแท้และรักสุดท้าย จึงมาอยู่กินด้วยกัน ซึ่งที่บ้านของส้มและแฟนก็รับรู้ว่าอยู่ด้วยกัน ประมาณ 1 ปีส้มก็ท้อง ไม่ได้ตั้งใจจะท้อง และไม่ได้คาดคิดว่าเราจะท้องในวัยนี้ เพราะถึงจะไม่ได้ป้องกันโดยการกินยาคุมหรือใช้ถุงยาง แต่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ โดยการหลั่งภายนอก หรือนับระยะปลอดภัย

ส้มตั้งครรภ์เมื่อเรียนจบม. 6 แล้ว อยู่ระหว่างปิดเทอมรอเข้ามหาวิทยาลัย ตอนที่รู้ว่าท้องอายุครรภ์ 4 เดือนแล้ว ความรู้สึกแรกคือ กลัว กลัวแม่จะว่า กลัวแม่จะเสียใจจึงปรึกษารุ่นพี่ที่รู้จักในโรงเรียนซึ่งท้องเหมือนกันว่าจะพูดหรือบอกที่บ้านยังไงดี พี่เขาก็แนะนำให้ไปคุยกับแฟนแล้วให้บอกที่บ้านตรงๆ

แฟนส้มถามว่าจะไปทำแท้งหรือไม่ โดยให้เหตุผลว่าทั้งคู่ยังไม่พร้อมที่จะมีลูก แต่ส้มไม่เคยคิดจะทำแท้ง จึงต้องบอกแม่ แม่ร้องไห้ เสียใจ แต่สุดท้ายแม่ก็ให้กำลังใจ บอกว่าไม่เป็นไร จะช่วยเลี้ยงลูก ส่วนผู้ใหญ่ทางบ้านแฟนไม่ได้ว่าอะไร แต่เขายังไม่พร้อมจะรับผิดชอบในตัวส้มเรื่องมาสู่ขอแต่งงาน เพียงแค่จะช่วยรับผิดชอบเรื่องลูก และค่าใช้จ่ายเล็กๆ น้อยๆ

ในระหว่างท้องจนกระทั่งคลอดลูกได้ 3-4 เดือน แฟนกับส้มยังอยู่ด้วยกัน พ่อแม่แฟนก็ช่วยเหลือค่อนข้างเยอะทั้งเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าทำคลอด ค่าของใช้เด็ก รวมถึงช่วยเลี้ยงดูบ้างระยะหนึ่งจนเลิกกัน

ปัจจุบันส้มอายุ 22 ปี มีแฟนใหม่อายุ 28 ปี มีงานทำ และกำลังเรียนต่อ ชีวิตตอนนี้คือเน้นทำงานและเรียน

ส้มมองว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนไม่ใช่เรื่องที่ผิด แต่การไม่รู้จักป้องกันนั้นผิด และผิดที่สุดคือ เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้นมาแล้วไม่รู้จักรับผิดชอบหรือตัดสินใจทำอะไรผิดๆ กว่าเดิม สังคมน่าจะปลูกฝังวัยรุ่นว่าควรจะป้องกันการตั้งครรภ์อย่างไร มีวิธีการใดบ้าง มากกว่าการห้ามวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ และมองว่าการเป็นคุณแม่วัยใส ดีกว่าทำแท้งวัยใส เพราะสมัยนี้วัยรุ่นผิดพลาดตั้งท้องกันมาก แต่มีวัยรุ่นส่วนน้อยที่เลือกจะรับผิดชอบเลี้ยงดูเด็กแทนที่จะทำแท้ง

ลัดดา อายุเมื่อมีบุตร 19 ปี อายุปัจจุบัน 24 ปี

ลัดดาเป็นเด็กต่างจังหวัดที่บ้านมีอาชีพทำสวน พ่อแม่ไม่สนับสนุนให้ลูกสาวเรียนเยอะ พอเรียนจบม. 3 เธอจึงออกจากโรงเรียนมาช่วยพ่อแม่ทำสวน แต่ไปเรียนกศน.ต่อจนจบมัธยมปลาย

สามีลัดดาอายุมากกว่า 3 ปี เป็นรุ่นพี่ที่โรงเรียน ลัดดาแต่งงานเมื่อมีอายุ 18 ปี หลังจากนั้น 1 ปี ก็มีลูก เป็นลูกสาวปัจจุบันอายุ 4 ปี 7 เดือนแล้ว และยังไม่พร้อมที่จะมีคนที่ 2 เพราะยังเหนื่อยกับการเลี้ยงลูกคนแรกอยู่

ลัดดายอมรับว่าการเป็นแม่ตั้งแต่อายุยังน้อยนั้นมีปัญหามาก ด้วยวุฒิภาวะทำให้เครียด และอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย แม้ว่าลัดดามาอยู่ในบ้านพ่อและแม่สามีซึ่งช่วยเธอเลี้ยงดูบุตรในบางครั้ง แต่เธอต้องเลี้ยงลูกสาวด้วยตนเอง ทำให้ไม่ได้ทำงาน ในขณะที่คนอื่นๆ ในบ้านทำงานกันหมด เวลามีปัญหาอะไรเรื่องลูกต้องคิด ต้องตัดสินใจแก้ไขปัญหาเอง ซึ่งเป็นเรื่องยากมาก หาคนปรึกษาไม่ค่อยได้ ส่วนใหญ่อยากรู้อะไรก็พึ่งพากูเกิลตลอด จนกระทั่งลูกอายุ 2 ปีครึ่งและเข้าโรงเรียนแล้ว ลัดดาจึงกลับมาทำงานอีกครั้ง

ตอนนี้ลัดดากำลังเรียนปริญญาตรี ส่วนสามีเรียนจบปริญญาตรี

พ่อวัยใส สุวัทน์ อายุเมื่อมีบุตร 18 ปี อายุปัจจุบัน 27 ปี

สุวัทน์ทราบว่ากำลังจะเป็นคุณพ่อเมื่ออายุ 18 ปี เพิ่งสอบเข้าโรงเรียนเตรียมทหารได้ แต่ตัดสินใจไม่ไปรายงานตัว ออกมาหางานทำแทนการเรียนต่อเพราะว่ากำลังจะมีลูก

สุวัทน์มีบุตรกับผู้หญิงคนหนึ่งอายุ 16 ปีที่พบในระหว่างเที่ยวผับแห่งหนึ่ง รู้จักกัน 3 วันก็มีอะไรกัน และคบกันมาเรื่อยๆ ครั้งแรกที่มีเพศสัมพันธ์สุวัทน์ป้องกันโดยใส่ถุงยาง แต่ต่อมาก็ละเลยไม่ได้ป้องกันจนกระทั่ง 2 เดือนต่อมาผู้หญิงก็ท้อง ทั้งสุวัทน์และแฟนไม่พร้อม ได้รับคำปรึกษาจากใครๆ ให้ทำแท้ง แต่ทั้งคู่กลัวและเป็นความสัมพันธ์ครั้งแรกของทั้งคู่ คิดว่าอยู่ๆ กันไปคงจะรักกันเอง จึงตัดสินใจเอาเด็กไว้ คิดทบทวนอยู่หลายอาทิตย์ก่อนจะตัดสินใจบอกพ่อแม่

ปัญหาที่เจอคือ สุวัทน์ต้องเลิกเรียนออกมาทำงานจนกระทั่งลูกคลอด แฟนก็อยากทำงานบ้าง ทั้งคู่ต่างคนต่างทำงานหาเงินมาเลี้ยงลูก ทำให้ชีวิตคู่ในปีแรกดำเนินไปด้วยความลำบาก พอเข้าปีที่ 2 ทั้งคู่เริ่มมีปากมีเสียงกันรุนแรง จนกระทั่งปลายปีที่ 2 แฟนสุวัทน์มีแฟนใหม่และออกจากบ้านไป สุวัทน์เครียดมากกินเหล้าตลอดช่วงสี่ปีแรกที่มีลูกจนติดเหล้า

ตอนนี้ลูกชายของสุวัทน์อายุ 7 ขวบ เป็นเด็กดี ฉลาด น่ารัก แต่คิดย้อนกลับไปสุวัทน์เสียดายเวลาและโอกาสที่จะไปได้ไกลกว่านี้ ในวันนี้สุวัทน์ตั้งใจจะสอนและพูดคุยกับลูกชายเรื่องเพศเมื่อโตขึ้นจะได้ไม่พลาดแบบสุวัทน์ที่ผ่านมา

ผู้ปกครองมองการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การศึกษาในประเทศไทยชี้ว่า พ่อแม่ของวัยรุ่นรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมไทย และไม่เห็นด้วยที่ลูกสาวของตนจะตั้งครรภ์หรือลูกชายจะทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ ผู้ปกครองของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งรู้สึกอับอายที่ลูกหลานของตนมีความประพฤติที่ไม่เหมาะสม (Nicaise, Tonguthai et al. 2000; Jahan 2008) ในขณะเดียวกันผู้ปกครองคิดว่า ในสภาพสังคมปัจจุบัน รัฐไม่สามารถควบคุมข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ ได้ และพ่อแม่ผู้ปกครองไม่มีเวลาที่จะดูแลลูกอย่างใกล้ชิด อาจจะเป็นไปได้น้อยมากที่จะห้ามไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ จึงพยายามให้คำแนะนำแก่ลูกหลานให้รู้จักระมัดระวังป้องกันตัวจากการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อเอชไอวี (Rhucharoenpornpanich, Chamratrithirong et al. 2012)

จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของวัยรุ่นชายหญิง พบมุมมองที่สอดคล้องกับผลการศึกษาข้างต้น มีความเห็นว่าพ่อแม่ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ควรให้โอกาส ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือแก่ลูก เพราะพ่อแม่อาจมีส่วนที่ทำให้เด็กเกิดปัญหา ในเรื่องของการทำแท้งผู้ปกครองมีความเห็นแตกต่างกัน บางรายไม่เห็นด้วยที่จะให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไปทำแท้ง เนื่องจากเป็นบาปและอาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ แต่บางรายคิดว่า การทำแท้งอาจจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยเฉพาะในรายที่หากปล่อยให้ตั้งครรภ์จนคลอดแล้ว แม่วัยรุ่นไม่มีความสามารถที่จะเลี้ยงดูลูกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

“ถ้าผมมีลูกสาวท้องมา ผมก็โมโหนะ แต่เราคือครอบครัว ยังไงก็ต้องให้โอกาสเขา เขาเป็นลูกเรา เมื่อพลาดมา เมื่อมีปัญหา เราต้องช่วยอุ้มชูแก้ไข ผมมองว่าพ่อแม่มีส่วนผิด ... เรื่องการทำแท้งนี่คนอื่นๆ เขามองว่าคือบาป แต่ผมว่ามันไม่ใช่เสมอไป ผมคิดว่าเราต้องพิจารณาความพร้อม บางคนสภาพบ้านก็แย่ เด็กเกิดในสภาพเลวร้าย ถ้าปล่อยให้เขาเกิดมาผมว่าบาปกว่าทำแท้งอีก”

ข้าราชการชายอายุ 54 ปี
ผู้ปกครองของวัยรุ่นชายอายุ 18 ปี, 15 สิงหาคม 2556

© อำนาจ เกตุชื่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มุมมองสื่อมวลชน

สื่อมวลชนมีอิทธิพลอย่างมากในการชี้นำสังคม เป็นตัวกลางเผยแพร่ข้อมูลที่หลากหลายที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการทำแท้งในวัยรุ่น จากการสำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครปฐมพบว่า ประมาณร้อยละ 97 ได้รับข้อมูลในเรื่องดังกล่าวจากสื่อมวลชน ในขณะที่ได้รับข้อมูลจากพ่อแม่เพียงร้อยละ 70 (Fengxue, Isaranurug et al. 2003)

การที่ประชาชนโดยเฉพาะวัยรุ่นจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองด้านสุขภาพทางเพศ ไม่ถูกชี้นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายการคัดกรองข้อมูลข่าวสาร และการกำหนดเนื้อหาของรายการ/บทความที่จะนำมาเผยแพร่โดยผู้ทำหน้าที่สื่อมวลชน

อย่างไรก็ตามสื่อมวลชนส่วนหนึ่งยังคงนำเสนอข่าวเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเชิงลบ ตำหนิหญิงวัยรุ่นว่าเป็นเด็กใจแตก เป็นแม่ใจร้าย แต่สิ่งที่มักจะไม่มีการพูดถึงโดยสื่อเลยคือเด็กหญิงวัยรุ่นเหล่านี้แท้จริงแล้วตั้งท้องได้อย่างไร สภาพปัญหาและข้อเท็จจริงเป็นอย่างไร ถูกล่วงเกินทางเพศหรือไม่ ผู้ชายหายไปไหนเมื่อเด็กผู้หญิงตั้งท้อง ครอบครัวมีบทบาทอย่างไร หากถือว่าการที่เด็กวัยรุ่นโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อยต่ำกว่า 18 ปีตั้งครรภ์เป็นรูปแบบหนึ่งที่สะท้อนถึงการถูกละเมิดสิทธิความเป็นเด็ก ไม่ได้รับการคุ้มครองจากรัฐ ครอบครัว คนรอบข้างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง แต่ข่าวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มักจะเน้นที่แม่วัยรุ่น การที่เด็กถูกตีตรา ประทับตราอีกครั้งโดยสื่อหรือสังคมรอบข้างว่าตั้งท้องเป็นเด็กใจแตก ทำแท้งเป็นแม่ใจยักษ์ ย่อมเป็นการซ้ำเติมเด็กที่ไม่ได้รับความช่วยเหลืออีกทั้งยังถูกตีตราอีกด้วย และเป็นที่น่าเสียดายว่าประเด็นด้านกฎหมายและสิทธิของเด็กวัยรุ่นทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ไม่มีการพูดคุยกันต่อสาธารณชนเท่าที่ควร

จากการสำรวจประเด็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่น เรื่องราวและภาพที่สื่อนำเสนอประมวลได้ดังนี้

สื่อกระแสหลัก อย่าง สื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อโทรทัศน์ ส่วนใหญ่ลักษณะการพาดหัวข่าวมักจะเป็นภาพลบและมักจะออกมาในลักษณะการประนามในการกระทำดังกล่าว อาทิ

- สาวใจโหด ชีวิตเฟะ ทำแท้ง 2 หน
- แม่วัยรุ่น ทิ้งลูกในรถแท็กซี่ แม่ใจร้าย แม่ใจยักษ์
- สลดสาว 17 ใจแตกทำแท้งตายคารีสอร์ท
- ตะลึง! สถิติแม่วัยโจ๋พุ่ง อายุแค่ 11 ขวบ ตั้งท้องคลอดลูกแล้ว
- เด็กชายอายุ 14 ปีข่มขืนเด็กหญิงวัย 6 ปี อ้างอ่านหนังสือโป๊ที่ยืมมาจากเพื่อนแล้วเกิดอารมณ์ทางเพศ

สื่อละคร นับเป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อสังคมอย่างมาก ที่ผ่านมาสื่อละครไม่ค่อยมีเรื่องราวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ปีพ.ศ. 2556 จากกรณีละครซีรีส์ “HORMONES วัยว้าวุ่น” ที่สะท้อนชีวิตจริงของวัยรุ่นไทยที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่มัธยม และวัยรุ่นส่วนใหญ่ต่างยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และมองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องปกติในสังคมยุคใหม่ เกิดคำพูดติดปากวัยรุ่นปีนี้ว่า “อยากกินสไปรท์ต้องใส่ถุง” ซึ่งสไปรท์คือตัวละครเด็กนักเรียนหญิงที่มีความสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน แต่จะมีการป้องกันทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การตอบสนองของคนดูในเรื่องนี้แสดงให้เห็นค่านิยมที่เปลี่ยนไปของคนดูซึ่งเป็นเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่รับได้กับการที่ตัวละครเอกมีความสัมพันธ์ในวัยรุ่นก่อนแต่งงาน แต่ต้องมีความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

โซเชี่ยลมีเดีย จากการสำรวจกระทู้ในพันทิป ในเฟซบุ๊ก การพูดคุยและการสื่อสารในสังคมออนไลน์ เรื่องเพศสัมพันธ์ในมุมมองที่แตกต่างกัน ในสังคมโลกออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล หรือการตั้งกระทู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเป็นกลุ่ม ในระดับการสนทนาส่วนบุคคล วัยรุ่นมักจะพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างตรงไปตรงมา แต่ด้วยความที่อยู่ในวัยเดียวกันในบางครั้ง ผู้ให้คำแนะนำอาจไม่สามารถให้คำแนะนำที่เป็นทางออกที่ดีที่สุด อย่างเช่นในกรณีกระทู้การตั้งท้อง จะเห็นได้ว่าผู้ให้คำแนะนำหลายคนแนะนำการแก้ปัญหาด้วยการทำแท้ง

สำหรับการตั้งกระทู้คุยกันไม่ว่าจะบนเว็บไซต์เด็กดีหรือพันทิปนั้น มักจะเป็นการแบ่งปันประสบการณ์เรื่องเพศของกลุ่มวัยรุ่น ขณะที่คนเข้ามาแสดงความคิดเห็นต่างโต้ตอบกันอย่างตรงไปตรงมา ที่แสดงให้เห็นปัญหาและวิธีการจัดการที่ถูกต้อง

โลกคลิ๊กๆ ของเด็กวัยใส

นายอมรวิชช์ นาครทรรพ อาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการสถาบันรามจิตติ ในฐานะหัวหน้าโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดหรือโครงการChild Watch กล่าวถึงวัฒนธรรมการใช้เทคโนโลยีของเด็กและเยาวชนว่าจากการสำรวจมีแนวโน้มการใช้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

จากการสำรวจ 4-5 ปีที่ผ่านมา สื่อโทรทัศน์มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยเด็กจะดูโทรทัศน์อยู่ที่ประมาณ 160-170 นาทีต่อวัน หรือวันละ 2-3 ชั่วโมง และยังมีพื้นที่สื่ออื่นๆ เข้ามาครองชีวิตเด็กไทยเพิ่มขึ้นมาอีก 3 ทางคือ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต และคอมพิวเตอร์ โดยการใช้อินเทอร์เน็ตจะแปรผกผันกับโทรศัพท์มือถือ ปัจจุบันการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กอยู่ที่ประมาณ 130 นาทีต่อวัน หรือประมาณ 2 ชั่วโมง หากรวมการใช้ทั้ง 3 ทางนี้เด็กจะใช้เวลา 6 ชั่วโมงต่อวัน หมดไปกับสื่อ เทคโนโลยี หรือครึ่งชีวิตยามตื่นของเด็กๆ หมดไปกับสิ่งเหล่านี้

“การที่สื่อเข้ามาครองพื้นที่ในชีวิตเด็ก เข้าใจได้ว่าเป็นความตื่นตาตื่นใจ ไม่อยากเชย แต่ถ้าเด็กรู้จักใช้เทคโนโลยีจะทำให้เด็กได้เรียนรู้ ฉลาดขึ้น เพราะมีเว็บดีๆให้อ่าน มีเกมดีๆให้เล่น แต่มีเรื่องที่น่าเป็นห่วงคือ เด็กติดเกม โดยมีรายงานจาก การศึกษานอกโรงเรียนว่า มีเด็กอายุไม่ถึง 15 ปี ที่ออกมาจากระบบโรงเรียนปกติ ประมาณ 150,000 คน เฉลี่ยจังหวัดละประมาณเกือบ 2,000 คน ไม่ยอมไปโรงเรียน สาเหตุหนึ่งมาจากติดเกม จึงต้องมาเรียน กศน.แทน”

อมรวิชช์ นาครทรรพ จากหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ ฉบับวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2553

อีกสื่อหนึ่งที่มาแรงคือคลิปที่มีข้อความและภาพไม่เหมาะสมพบว่า เด็กร้อยละ 30 จะเข้าไปดูคลิปพวกนี้เป็นครั้งคราวถึงเป็นประจำ อาจจะไม่ติดมากแต่ก็ดูเป็นระยะ ๆ ส่วนสื่อประเภทอื่น ๆ อย่าง วีซีดี หนัง หรือเว็บโป๊ ร้อยละ 20- 25 เพราะโทรศัพท์มือถือสมัยนี้สามารถเปิดดูคลิปเหล่านี้ได้ จึงกลายเป็นว่ามีพื้นที่อบายมุขอยู่ในสื่อซึ่งเด็กเข้าถึงหลายช่องทาง

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มุมมองฝ่ายการเมือง

มุมมองต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักการเมืองสะท้อนถึงความตระหนักต่อปัญหา ทิศทางและแนวคิดในการกำหนดมาตรการที่เหมาะสม รวมทั้งความเข้มงวดในการกำกับติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาและนำเสนอต่อสังคมเป็นประเด็นเชิงนโยบายระดับชาติมาอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากนายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า

“ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดจากใช้วิธีคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้ป้องกัน ขาดความรู้และมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศ คิดว่าร่วมเพศครั้งเดียวไม่ตั้งครรภ์หรือหากใช้ถุงยางจะขัดขวางความรู้สึกทางเพศ นอกจากนี้วัยรุ่นยังไม่กล้าเข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับบริการคุมกำเนิด ส่งผลให้วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้”

แนวหน้า ฉบับวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2556

ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ.2556 นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ ในฐานะประธานคณะกรรมการ ได้กล่าวถึงปัญหาท้องไม่พร้อม

“คณะกรรมการฯ เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายที่ต้องเข้าไปดูแลคือกลุ่มเยาวชนในระบบการศึกษา ... ต้องทำความเข้าใจกับผู้ใหญ่ว่าการมีเซ็กซ์ในวัยรุ่นคงห้ามไม่ได้ในยุคนี้ แต่ทำอย่างไรให้มีการป้องกันและเข้าถึงการคุมกำเนิด ควรนำโซเชียล มีเดียมาใช้เป็นตัวช่วยตอบคำถามที่เยาวชนอยากรู้ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากัน อีกทั้งช่องทางบริการท้องไม่พร้อมที่มีอยู่ ต้องพัฒนาช่องทางให้ออกมาข้างนอก เช่น คลินิก ให้ภาคประชาชนมีส่วนเกี่ยวข้องมากขึ้น ส่วนการเข้าถึงถุงยางอนามัยก็แจกผ่านตู้หรือสิ่งทางอินเทอร์เน็ต โดยภาครัฐควรจะมาร่วมมือกัน และดึงกลุ่มเป้าหมาย คือ เยาวชน ผู้ใช้แรงงาน มาร่วมด้วย มาช่วยคิดวางแผน”

นางปวีณา หงสกุล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมพูดคุยในรายการ The Chat Room เกี่ยวกับประเด็นการทำงานเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

“การป้องกันท้องไม่พร้อมนี่เป็นเรื่องที่ต้องทำงานบูรณาการร่วมกัน กระทรวงศึกษาธิการจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความรู้ แต่ตัวดิฉันเองไม่อยากให้สอนเรื่องที่ไปกระตุ้นให้เด็กเรียนรู้ทางเพศ แนวทางที่จะสอนให้วัยรุ่นรู้จักการใช้ถุงยางอนามัยนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องสอนอย่างมีกระบวนการทางจิตวิทยาพอสมควร ไม่เช่นนั้นเด็กจะอยากเอาไปลองใช้ และต้องปลูกฝังเรื่องการให้เกียรติผู้หญิงควบคู่ไปด้วย เพื่อให้วัยรุ่นรู้จักยับยั้งชั่งใจ ... พ่อแม่ยุคใหม่ควรมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น บางบ้านห้ามลูกคบเพื่อนต่างเพศ ห้ามพูดถึงเรื่องเพศเลย ควรรับฟังปัญหา รับฟังความคิดเห็นของลูก มากกว่าการสั่งให้ทำ เพราะจะทำให้ลูกอึดอัดและแสดงอาการต่อต้าน พ่อแม่ต้องเปิดใจรับเรื่องเพศมากกว่านี้”

รายการ The Chat Room สถานีโทรทัศน์ Voice TV ประจำวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ.2556

จากมุมมอง ความคิดเห็น ที่มีต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งในแง่ของอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลและสังคมทุกระดับ และมุมมองที่มีต่อการจัดการปัญหาดังกล่าว เป็นไปในทิศทางของการค้ำครองสิทธิของเด็กวัยรุ่น ลงทุนเพื่อให้เด็กวัยรุ่นสามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ การจัดการสาเหตุของปัญหาโดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นอย่างเดียวป้องกันไม่ให้มีเพศสัมพันธ์นั้นไม่ใช่การแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ ควรเน้นให้ความรู้การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและมีความรับผิดชอบ

สรุป

มุมมองสังคมเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสะท้อนถึงความหลากหลายของวิธีคิดของผู้ที่เกี่ยวข้อง ครูและโรงเรียนมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่เด็กนักเรียนนับตั้งแต่การสอนเพศศึกษา การช่วยเหลือและให้คำปรึกษาเมื่อเด็กตั้งครรภ์ ทัศนคติและความเข้าใจของครูและนโยบายของโรงเรียนในการจัดการปัญหาแม่วัยรุ่นจึงมีความสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้นบทบาทของครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติตัวของวัยรุ่น สื่อมวลชนมีหน้าที่เสมือนกระจกสะท้อนมุมมองและวิธีคิดของคนในสังคมว่ามองเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างไร

สิ่งสำคัญคือจะทำอย่างไรเพื่อให้สังคมช่วยกันดูแลเพื่อให้วัยรุ่นได้รับการปกป้องคุ้มครอง มีอิสรภาพทางความคิดไม่ถูกครอบงำแต่ตระหนักรู้ถึงผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การให้ความช่วยเหลือให้เด็กสามารถมีข้อมูลอย่างรอบด้านให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รักษาความเป็นส่วนตัวของเด็ก อีกทั้งยังให้โอกาสเด็กในการพัฒนาตนเอง ไม่หมดอนาคตจากการตั้งท้อง ไม่ถูกกีดกันออกจากระบบการศึกษา หรือการมีงานทำ ไม่ถูกสังคมประณาม ดูถูก หมิ่นศักดิ์ศรี หรือถูกตีตรา การมีมุมมองทางสังคมเชิงบวกที่มองปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างรอบด้าน ไม่มองเพียงว่าการตั้งครรภ์ของเด็กวัยรุ่นนั้นเป็นปัญหาที่เกิดจากตัวเด็กเอง แต่เป็นความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสอดคล้องกันทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม จึงควรจะมีการจัดการปัญหาอย่างบูรณาการจากทุกมิติเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นที่ไม่ปลอดภัย

บทที่ 5
ผลกระทบการตั้งครรภ์วัยรุ่นในมิติต่างๆ

วัยรุ่นเป็นวัยสดใสแรกแย้ม เป็นวัยที่มีหน้าที่เรียนหนังสือ เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่อยากจะอยู่ในวัยนี้นานๆ แต่ถ้าหากวัยรุ่นกลายเป็นแม่วัยใส นับเป็นการก้าวข้ามและเป็นก้าวกระโดดของชีวิต ที่วัยรุ่นบางคนอาจจะมีความพร้อม แต่บางคนอาจจะไม่พร้อมรับสภาพดังกล่าว

เมื่อเด็กผู้หญิงตั้งครรภ์หรือมีบุตร สิทธิต่างๆของวัยรุ่นอาจจะถูกคุกคามตามมา ทั้งสิทธิมนุษยชน สิทธิในการมีสุขภาพที่ดี สิทธิในการได้รับการศึกษา โอกาสในการหารายได้และสร้างอนาคต ทำให้ “โอกาส” และสิทธิที่พึงมีหายไป หลายคนต้องติดอยู่ในกับดักของความยากจนตลอดชีวิต ถูกละทิ้ง และเป็นชีวิตที่พลิกผันที่ยากจะกลับมาเหมือนเดิม

ผลจากการตั้งครรภ์และการกำเนิดบุตรก่อนวัยอันควรนี้ ส่งผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ต่อแม่วัยใสและมักจะถูกส่งต่อไปยังลูกที่มีชีวิตใหม่ด้วยความไม่พร้อม วิถีชีวิตแม่วัยใสที่เปลี่ยนไป ไม่ได้มีผลกระทบกับเฉพาะเด็กผู้หญิงที่เป็นแม่วัยใสเท่านั้น

ผลกระทบวงกว้างต่อชีวิตเด็กหญิงในหลายมิติ

ผลกระทบทางสุขภาพ

ถ้าเด็กผู้หญิงตั้งครรภ์ในช่วงสองปีแรกที่เริ่มมีประจำเดือน เป็นช่วงที่เชิงกรานและช่องคลอดยังมีการเจริญเติบโตอยู่ ซึ่งสูติแพทย์ระบุว่าร่างกายยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ประกอบกับผลการศึกษาจากประเทศต่างๆ พบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักจะมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ยากจน มีภาวะทุพโภชนาการ มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ โลหิตจาง ภาวะตกเลือดหลังคลอด เยื่อบุมดลูกอักเสบ มากกว่าวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า (Neal, Sarah, et al., 2012) ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากการคลอดบุตร การเจ็บป่วย และความพิการของวัยรุ่น ส่วนผลกระทบอื่นๆ อาทิ อาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การไม่สามารถเข้าถึงการดูแลเป็นประจำสม่ำเสมอ และการดูแลในภาวะฉุกเฉินจากผู้มีความเชี่ยวชาญ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในแต่ละปี มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากกว่า 10,000 ราย และแนวโน้มการติดเชื้อในเยาวชนอายุระหว่างอายุ 15 - 24 ปี มีเพิ่มขึ้น แม้การติดโรคทางเพศไม่ได้เป็นผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่เป็นผลจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยที่จะนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือการใช้ถุงยางอย่างไม่ถูกต้อง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ผลของโรคอาจทำให้เกิดภาวะการมีบุตรยาก ภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกราน ท้องนอกมดลูก มะเร็งในเด็กผู้หญิงและผู้หญิง และอาจทำให้เด็กมีน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด และทำให้เกิดอาการทางด้านกายภาพและประสาทสำหรับเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีโรคติดต่อทางเพศ

วัยรุ่นผู้หญิงมักจะมีความเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าวัยรุ่นผู้ชาย จากปัจจัยทางกายภาพ และวัยรุ่นหญิงบางรายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุมากกว่าตนมาก การไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการต่างๆ และวิถีปฏิบัติทางสังคมและค่านิยมซึ่งทำให้ความสามารถในการป้องกันตัวเองของเด็กผู้หญิงลดน้อยลง หรือจากการเพิ่มความเสี่ยงทางอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ต่างตอบแทนในรูปแบบต่างๆ (World Health Organization, 2009a).

ความเสี่ยงต่อสุขภาพของเด็กแรกเกิด

การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ และเด็กแรกเกิดจากแม่วัยรุ่นมีจำนวนมากกว่ามารดาอายุระหว่าง 20-29 ปีถึงร้อยละ 50 (World Health Organization, 2012a) เด็กประมาณ 1 ล้านคนทั่วโลกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมักเสียชีวิตก่อนมีอายุได้หนึ่งขวบ เด็กที่รอดชีวิตมักมีน้ำหนักน้อยและเกิดก่อนกำหนดมากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีอายุในช่วง 20-29 ปี นอกจากนี้การไม่สามารถเข้าถึงการรักษาของแม่วัยใสทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีการถ่ายทอด HIV จากแม่ไปสู่เด็ก

การตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุน้อยโดยเฉพาะเมื่อมีอายุน้อยกว่า 17 ปี ก่อให้เกิดผลเสียแก่ทารก โดยมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด เด็กมีน้ำหนักตัวน้อยและการเสียชีวิตของทารก ประมาณร้อยละ 1.2-2.7 เท่าเมื่อเทียบกับแม่ที่มีอายุมากกว่า 20-24 ปี (Cunnington 2001)

นอกจากนี้พบว่าแม่วัยรุ่นมักไม่ได้ฝากครรภ์ที่เหมาะสม มีโอกาสสูงในการผ่าตัดคลอดบุตรหรือคลอดด้วยหัตถการต่างๆ รวมทั้งการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังการคลอดบุตร (postnatal depression) (Thaithae and Thato 2011; Kaewjanta 2012) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มิได้เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางสรีระวิทยาของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ แต่เกิดจากปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น การศึกษา ฐานะ ความกดดันอื่นๆ

กรณีที่หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้งนั้น ในประเทศที่การทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมายเช่น ประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของการเกิดปัญหาแทรกซ้อนซึ่งนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าประเทศที่การทำแท้งเป็นเรื่องถูกกฎหมายอย่างชัดเจน (Jones, Forrest et al. 1985; Miller 2000)

สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นในระยะกลางและระยะยาว พบว่า เด็กเหล่านี้มีโอกาสได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสมทั้งด้านโภชนาการและการกระตุ้นพัฒนาการ ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและพัฒนาการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ที่ด้อยกว่าเด็กที่เกิดจากแม่วัยอื่น (Jones, Forrest et al. 1985) ประกอบกับมีรายงานว่า แม่วัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากกว่าแม่ที่มีอายุมากกว่า ซึ่งสามารถส่งผลด้านสุขภาพทั้งทางตรง เช่น ทารกในครรภ์ได้รับพิษจากแอลกอฮอล์ หรือได้รับควันบุหรี่จากการสูบของแม่ หรือผลกระทบต่อสุขภาพทางอ้อม เช่น ถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้ายร่างกาย เมื่อแม่มีอาการมึนเมา ขาดสติเป็นต้น (Corcoran 1998; Kearney and Levine 2012)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลกระทบด้านสุขภาพของการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นเกิดขึ้นทั้งจากปัจจัยด้านชีววิทยาและปัจจัยแวดล้อมด้านพฤติกรรม สังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ ของแม่ที่ส่งผลต่อแม่และลูก โดยผลกระทบเหล่านี้อาจเกิดได้ขณะตั้งครรภ์ คลอดบุตร จนไปถึงผลกระทบภายหลังการคลอดบุตรทั้งระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว ผลกระทบเหล่านี้ในบางกรณีมีความรุนแรงถึงขั้นเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น การคลอดก่อนกำหนด หรือบางกรณีทำให้ทุพพลภาพในด้านร่างกายหรือจิตใจไปตลอดชีวิต เช่น การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ล่าช้าของทารกจากแม่วัยรุ่น เป็นต้น

การทำแท้งและการทอดทิ้งทารก

การตัดสินใจทำแท้งเป็นการสะท้อนความสับสน คับข้องใจ และความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นกับแม่วัยรุ่นเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ มีการศึกษาเมื่อหลายปีก่อนแสดงให้เห็นว่า เกือบครึ่งหนึ่งของหญิงที่ทำแท้งในประเทศไทยมีอายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 30 ของการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายเป็นการทำแท้งในวัยรุ่น (Warakamin, Boonthai et al. 2004) ซึ่งร้อยละ 24 ของวัยรุ่นที่ทำแท้งนี้เป็นนักเรียน (Intaraprasert and Pattarachai 2006) และมีวัยรุ่นเป็นจำนวนมากที่ได้รับอันตรายจากอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้ง การศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงรายพบว่า ในจำนวนการตั้งครรภ์ทั้งหมด 153 ราย นักเรียนกลุ่มนี้เลือกที่จะทำแท้งถึงร้อยละ 90 (Manopaiboon, Kilmarx et al. 2003)

การศึกษาหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ. 2550 ชี้ว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์กว่าร้อยละ 90 ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ และประมาณร้อยละ 70 เลือกที่จะซื้อยาทำแท้งมาใช้ด้วยตนเอง (self-prescribed aborticide) ทั้งที่เป็น ยาเหน็บ ยาเม็ด/น้ำสำหรับรับประทานเพื่อขับประจำเดือน หรือแอลกอฮอล์ หรือไปรับบริการจากคลินิกทำแท้งเถื่อน ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่ต้องการลาออกจากโรงเรียน และไม่ต้องการให้พ่อแม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ (Anusornteerakul, Khamanarong et al. 2008)

การค้นพบซากทารกถึง 2002 รายที่เสียชีวิตจากการทำแท้งเถื่อน ที่วัดไผ่เงินเมื่อปลายปี พ.ศ. 2553 เป็นหลักฐานยืนยันว่าการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายยังเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ในขณะเดียวกันก็สะท้อนถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยในประเทศไทย (Chaturachinda 2011)

การทอดทิ้งเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเป็นประเด็นที่ปรากฏอยู่ในรายงานข่าวผ่านสื่อมวลชนไทยอยู่เป็นระยะๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีผู้พบทารกแรกเกิดถูกทิ้งไว้ในที่สาธารณะ ก็มักจะมีการตั้งสมมติฐานว่าเป็นทารกที่เกิดจากแม่ที่อายุยังน้อย อย่างไรก็ตามจำนวนการทอดทิ้งเด็กที่มีการรายงานผ่านสื่อนี้น่าจะน้อยกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากยังมีทารกแรกเกิดและเด็กเล็กถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาล และสถานสงเคราะห์แต่ไม่เป็นข่าว รวมทั้งกรณีการทอดทิ้งเด็กไว้กับปู่ย่าตายาย ญาติ หรือผู้ดูแลประเภทอื่นโดยไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่จากพ่อแม่เท่าที่ควร เนื่องจากทั้งพ่อและแม่ต้องไปประกอบอาชีพในจังหวัดอื่น (ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย พ.ศ. 2553) แต่ก็ไม่มีสถิติที่ชัดเจนว่า เป็นการทอดทิ้งเด็กโดยแม่วัยรุ่นมากน้อยเพียงใด และแนวโน้มเป็นอย่างไร มีเพียงการให้ข้อมูลในภาพรวมโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น เว็บไซต์ “สถานการณ์เด็ก เยาวชน และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม” ของ

สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.) (ปรับปรุงเมื่อวันที่ 1 พ.ศ. 2555)[9] ชี้ว่า มีเด็กกำพร้า 88,730 คน ถูกทอดทิ้งตามโรงพยาบาล สถานรับเลี้ยงเด็ก และที่สาธารณะ โดยมีสาเหตุจากแม่ที่อยู่ในวัยเรียน และแม่ที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกได้ นอกจากนี้ มีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ว่า เด็กที่ถูกทอดทิ้งส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องพัฒนาการ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ที่ล่าช้ากว่าเด็กทั่วไป

"เมื่อ 10 ปี ก่อนตอนนั้นเข้าไปเป็นผู้ช่วยสัปเหร่อแล้วหัวหน้าแนะนำให้รู้จักแม่ของโก๊ะ ซึ่งแม่ของโก๊ะทำงานเป็นผู้ช่วยแพทย์ที่โรงพยาบาลมาสอบถามว่าพอจะรับซากทารกที่ถูกทำแท้งเถื่อนไปเก็บและทำลายได้ไหม ตอนนั้นผมพอรู้ว่าช่องบรรจุศพของวัดไผ่เงินมีความกว้างคูณยาว 1 เมตร คูณ 80 เซนติเมตร จึงรับปาก และได้รับค่าจ้างครั้งละ 500 บาท ทุกวันศุกร์-เสาร์-อาทิตย์ แม่ของโก๊ะนำถุงบรรจุซากทารกมาให้ 2-3 ถุง ซึ่งผมก็ไม่เคยเปิด เพราะรู้แล้วว่าในถุงนั้นคืออะไร ผมรับซากทารกมาเรื่อยๆ ไม่มีจังหวะเผา จนช่องที่เก็บเต็มก็ย้ายไปช่องอื่น แต่ปรากฏว่าวันหนึ่งมีคนมาล็อกกุญแจช่องเก็บศพ แต่สุดท้ายมารู้ว่านายมานะเป็นคนล็อก และนายมานะก็รับซากทารกจากใครไม่รู้มาเก็บเช่นเดียวกัน"

สัปเหร่อ คลายปริศนาตัวเลขซากทารกกว่า 2,000 ศพวัดไผ่เงิน
น.ส.พ.คมชัดลึก วันเสาร์ที่ 20 พ.ย. 2553

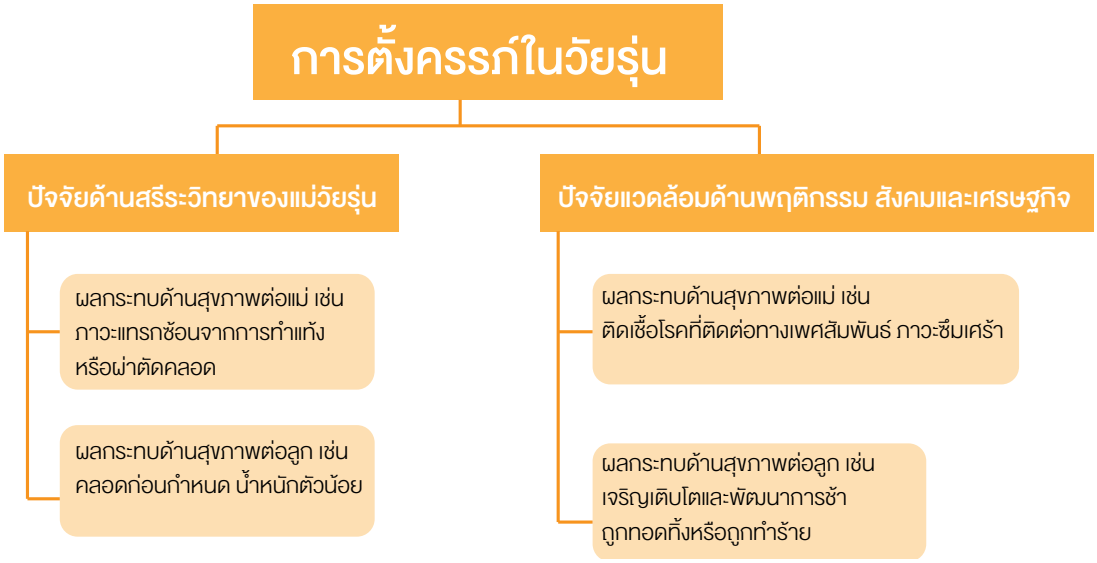
ผลกระทบต่อจิตใจ

ด้วยเหตุผลทางความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีโดยเฉพาะในสังคมที่ยินยอมให้ชายเป็นใหญ่ ทุกปีมีเด็กผู้หญิงจำนวนหลายล้านคนจากทั่วโลกถูกบังคับให้แต่งงาน โดยคาดประมาณว่าร้อยละ 90 ของวัยรุ่นที่คลอดบุตรทั่วโลกเหล่านี้เป็นเด็กผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว นั่นหมายความเด็กวัยรุ่นจำนวนมากได้เปลี่ยนสภาพจากเด็กเป็นผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว และเป็นมารดาที่ต้องมีความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ในทันที ต้องเปลี่ยนสถานะจากการเป็นเด็กที่อยู่ภายใต้การดูแลของพ่อแม่กลายเป็นภรรยาภายใต้อาณัติของสามีในทันที ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเพศ เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับสามี และการไม่มีปากเสียง ขาดพลังอำนาจของการใช้ชีวิตครอบครัว

แม้ว่าในประเทศไทยไม่ได้มีภาพของการแต่งงานในเด็กเช่นเดียวกับที่เห็นในสังคมและวัฒนธรรมของประเทศอื่นๆ การที่เด็กวัยรุ่นหญิงจำนวนมากต้องกลายเป็นแม่ตั้งแต่วัยเด็กย่อมทำให้ประสบความเครียดหรือเป็นโรคซึมเศร้า เนื่องจากไม่ได้เตรียมตัวสำหรับการใช้ชีวิตครอบครัว การมีเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกรณีที่เด็กผู้หญิงถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ อาจจะทำให้รู้สึกว่ามีมลทินเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งนี้ทางเลือกให้กับเด็กผู้หญิงและครอบครัวจึงขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและแรงกดดันจากครอบครัวและชุมชน นำไปสู่ความพยายามยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่าจะเป็นสิ่งผิดกฎหมายและไม่ปลอดภัย โดยยอมรับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

ส่วนผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการประกอบอาชีพ เมื่อออกจากโรงเรียนผู้ปกครองจะให้ลูกแต่งงานเพื่อรักษาชื่อเสียง ซึ่งพบว่าครอบครัววัยรุ่นเกิดปัญหาทั้งเรื่องการดำเนินชีวิตและการเลี้ยงลูก เนื่องจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ขาดวุฒิภาวะ ขาดประสบการณ์ ขาดชีวิตอิสระ และไม่มีงานที่ดีทำ รายได้ไม่เพียงพอ เพราะเรียนมาน้อย เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจกลายเป็นภาระของพ่อแม่ทั้งสองฝ่าย กรณีพ่อแม่ไม่ช่วยเหลือ หรือฝ่ายชายทอดทิ้งก็จะเครียด เกิดการทะเลาะและใช้ความรุนแรง หากไปอยู่บ้านฝ่ายชายทั้งๆ ที่ไม่ได้รับการยอมรับก็จะกระทบต่อจิตใจแม่ที่ตั้งครรภ์อย่างรุนแรง ส่วนพ่อแม่ที่ลูกตั้งครรภ์ก็จะรู้สึกอับอาย ผิดหวัง เสียใจ

ปัจจัยและผลกระทบด้านสุขภาพจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น



9 http://www.qlf.or.th/Home/Details?contentId=147

นักเรียนหญิง ม.1-ม.6 ลาออกจากโรงเรียนกลางคัน รวม 135,342 คน

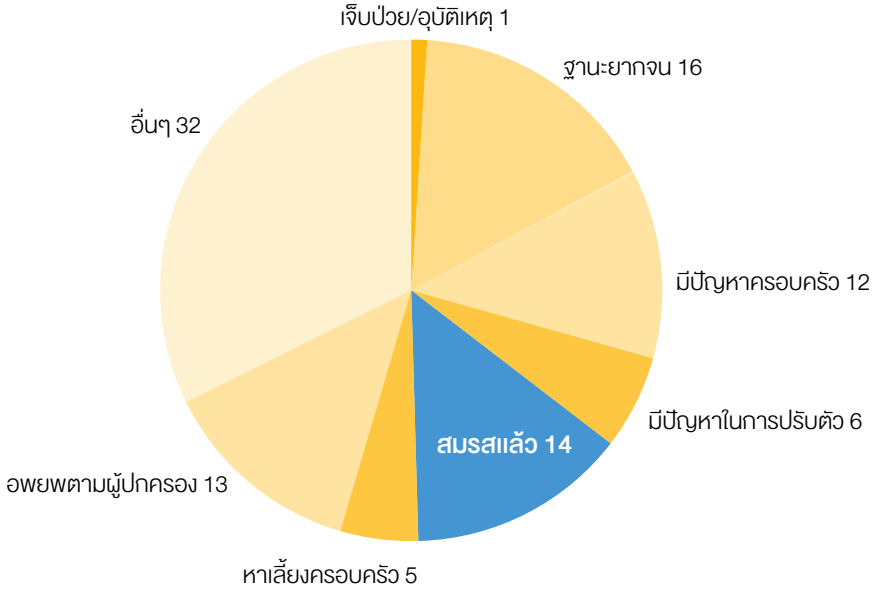
ผลกระทบต่อการศึกษา

การตั้งครรภ์เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียน เพราะจำเป็นต้องหาเลี้ยงตัวเอง ในขณะที่ส่วนหนึ่งยังคงอาศัยอยู่กับพ่อแม่ของตน หรือครอบครัวของสามี รวมทั้งการตั้งครรภ์ของนักเรียนยังไม่ได้รับการยอมรับในสังคมไทย (Nicaise, Tonguthai et al. 2000) แต่ไม่มีสถิติที่ชัดเจนว่ามีนักเรียนจำนวนเท่าไรที่ออกจากโรงเรียนด้วยเหตุดังกล่าว

ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการระบุว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 มีนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ลาออกจากโรงเรียนกลางคันรวม 135,342 คน ในจำนวนนี้มีสาเหตุจากการสมรสแล้วถึง 19,178 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14 ของจำนวนนักเรียนที่ลาออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งหมด และพบว่าการลาออกจากโรงเรียนด้วยสาเหตุจากการสมรสของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ทั้งหญิงและชาย เป็นร้อยละ 3, 6, 8, 6, 10 และ 11 ของการออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งหมดในแต่ละชั้น ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวไม่ครอบคลุมการลาออกของนักเรียนในโรงเรียนเอกชน โรงเรียนอาชีวศึกษา และโรงเรียนอื่นๆ บางประเภท แม้จะไม่มีข้อห้ามไม่ให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน แต่การตั้งครรภ์เป็นเหตุให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของครอบครัว ทำให้รู้สึกอับอาย เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้แต่งงานเป็นพฤติกรรมที่ผิดจารีตสังคม ผู้ปกครองมักไม่ต้องการให้นักเรียนไปโรงเรียนในขณะที่ตั้งครรภ์ นักเรียนจึงต้องหยุดเรียนหรือเลิกเรียนไปโดยปริยาย (Suwansuntorn and Laeheem 2012; คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา 2554)

อัตราการลาออกจากโรงเรียนจากสาเหตุต่างๆ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2548-2552



แหล่งข้อมูล: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

ผลกระทบครอบครัวและอาชีพ

ทางออกของผู้ปกครองนอกจากให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ลาออกจากโรงเรียน ผู้ปกครองบางรายเลือกที่จะให้เด็กแต่งงานกันเพื่อแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรักษาชื่อเสียงของตนและวงศ์ตระกูล (Suwansuntorn and Laeheem 2012) พบว่าชีวิตครอบครัวของพ่อแม่วัยรุ่นมักประสบปัญหาทั้งการดำเนินชีวิตโดยทั่วไปและการเลี้ยงดูบุตร จากความไม่พร้อม ขาดการเตรียมตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขาดวุฒิภาวะ ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ขาดชีวิตอิสระ

นอกจากนี้การที่วัยรุ่นหญิงเลิกเรียนกลางคัน ส่งผลต่อชีวิตของแม่วัยรุ่นในระยะยาว ไม่สามารถหางานที่ดี มีรายได้สูงตามที่ต้องการได้ หากฝ่ายชายมีอายุใกล้เคียงกันก็อาจจะยังคงเป็นนักเรียนและ

ไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เป็นภาระของพ่อแม่ของทั้งสองฝ่าย (สมคิด สมศรี, บรรณรัตน์ เก่งกสิกิจ et al. พ.ศ. 2554) ในกรณีที่แม่วัยรุ่นไม่ได้รับความช่วยเหลือจากพ่อแม่หรือเครือญาติของตน หรือฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ/ทอดทิ้ง ก็จะเกิดความเครียด มีการทะเลาะเบาะแว้งกันและมีการใช้ความรุนแรงตามมา และถ้าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ทำให้พ่อแม่และญาติผู้ใหญ่ของวัยรุ่นคนนั้นรู้สึกผิดหวัง เสียใจ และอับอาย หากการตั้งครรภ์นั้นไม่เป็นที่ยอมรับของพ่อแม่ของฝ่ายชาย แต่แม่วัยรุ่นต้องแต่งงานและย้ายเข้าไปอยู่ที่บ้านของฝ่ายชาย ก็จะทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างรุนแรง

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

แม้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยมีปัญหาขนาดใหญ่ มีเด็กวัยรุ่นจำนวนมากที่ตั้งครรภ์และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วงสิบปีที่ผ่านมา แต่ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาของไทยที่สะท้อนถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

รายงาน UNFPA State of World Population ปี พ.ศ. 2556 เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอ้างถึงรายงานของธนาคารโลกที่ระบุว่าหากเด็กผู้หญิงสามารถมีอำนาจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ จะส่งผลให้มีอำนาจต่อรองทางสังคม มีโอกาสได้เรียนหนังสือต่อ มีอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ อาจมีโอกาสได้งานที่ดี หรือมีโอกาสหารายได้ ดังนั้นการลงทุนในเด็กผู้หญิงจึงมีประโยชน์ต่อเศรษฐกิจ

ในทางกลับกันผลเสียจากการไม่ลงทุนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในเด็กวัยรุ่น จะสูงกว่าความสูญเสียการเสียโอกาสจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งวัดจากรายได้ที่หายไปในช่วงนั้นของชีวิต หรือจากต้นทุนจากการเสียโอกาสที่วัดจาก “สิ่งที่น่าจะเกิดขึ้น” อย่างเช่นถ้าเด็กผู้หญิงสามารถเลื่อนการตั้งครรภ์ไปเมื่อถึงเวลาที่พร้อมจะทำให้สามารถใช้เวลาในการศึกษาเพื่อสร้างโอกาส ผลผลิต และรายได้ให้กับตนเอง ย่อมส่งผลดีให้กับประเทศชาติและทำให้รายได้ประชาชาติมีจำนวนมากขึ้น

รายงานของธนาคารโลกยกตัวอย่างต้นทุนการเสียโอกาสที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการออกจากโรงเรียนว่า ถ้าหญิงวัยรุ่นจำนวน 1.6 ล้านคนทั้งหมดในเคนยาเรียนจบชั้นมัธยมศึกษา และถ้าแม่วัยรุ่นจำนวนกว่าสองแสนคนมีงานทำแทนที่จะตั้งครรภ์ จะทำให้มีผลผลิตของเคนยาเพิ่ม 3.4 พันล้านเหรียญทุกปี ซึ่งสูงเป็นมูลค่าเท่ากับภาคการก่อสร้างทั้งหมดของเคนยา ในทำนองเดียวกัน ประเทศบราซิลจะมีผลผลิตเพิ่มขึ้นอีก 3.5 พันล้านเหรียญ ถ้าหญิงวัยรุ่นทุกคนสามารถเลื่อนการตั้งครรภ์ไปจนกว่าจะมีอายุ 20 ปีต้นๆ และถ้าเด็กหญิงวัยรุ่นในประเทศอินเดียสามารถเลื่อนการตั้งครรภ์ไปถึงอายุ 20 ต้นๆ ประเทศอินเดียจะมีผลผลิตเพิ่มขึ้น 7.7 พันล้านเหรียญ

ทั้งนี้ธนาคารโลกรายงานว่าการประเมินต้นทุนการเสียโอกาสที่แท้จริงจากการไม่ลงทุนในเด็กผู้หญิงมักเป็นตัวเลขที่มีมูลค่าน้อยเกินไป ซึ่งการลงทุนเหล่านั้นมีส่วนในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การประเมินเป็นการประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจเท่านั้น ไม่ได้มองจากฐานของต้นทุนสังคมที่แท้จริง รายงานยังได้เน้นให้ดูความสามารถในการผลิตที่หายไปในตลาดแรงงานจากการตั้งครรภ์ในเด็กผู้หญิง ซึ่งยังไม่ได้คำนวนต้นทุนที่หายไปจากสุขภาพของผู้หญิงซึ่งมีผลต่อความสามารถในการผลิตของเด็กที่จะเป็นแรงงานในอนาคต แต่ต้นทุนที่แท้จริงยังรวมถึงภาวะสุขภาพต่ำของเด็กที่เกิดมาจากแม่วัยรุ่น การมีชีวิตสั้น การไม่มีทักษะการทำงานของเด็กผู้หญิงที่หางานไม่ได้ การขาดอำนาจต่อรองทางสังคม และปัจจัยอื่นๆ จะทำให้การประเมินต้นทุนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นควรจะสูงกว่านี้มากหลายเท่า (Cunningham et. al., 2008).

ยิ่งมีเด็กหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวนมาก ต้นทุนทางเศรษฐกิจจะยิ่งส่งผลกระทบต่อชุมชนและประเทศโดยรวมมากกว่าตัวบุคคล และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะยิ่งเพิ่มต้นทุนเพื่อดูแลอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยให้กับวัยรุ่น และภาวะสุขภาพอื่นๆ ที่เกิดกับการตั้งครรภ์หรือการคลอดในวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นการที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย และผลต่อพัฒนาการของเด็ก

ต้นทุนไม่ได้จำกัดอยู่แค่เพียงโรคแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์หรือเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาเท่านั้น สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาที่เป็นประเทศพัฒนาแล้วที่มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงมากเช่นกัน พบว่าในปี พ.ศ. 2551 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการคลอดในวัยรุ่นเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายประมาณเกือบ 11 พันล้านเหรียญต่อปี ซึ่งเป็นเงินที่ผู้เสียภาษีในอเมริกาต้องจ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพและรองรับการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น (National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2011)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (Hoffman 2006) ได้แก่ ผลกระทบที่เกิดกับแม่และพ่อที่มีลูกตั้งแต่วัยรุ่น ได้แก่ ต้นทุนค่าเสียโอกาสที่แม่วัยรุ่นและพ่อจะมีความสามารถในการจ่ายภาษีอากรให้กับประเทศชาติลดลงตลอดช่วงชีวิตของคนทั้งสอง รวมกับต้นทุนที่รัฐต้องจัดสวัสดิการทางสังคมให้กับแม่วัยรุ่น และ ผลกระทบที่เกิดกับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ได้แก่ ต้นทุนที่รัฐต้องจัดสวัสดิการทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดบริการทางสังคมและการศึกษาพิเศษให้กับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ต้นทุนของการบังคับใช้กฎหมายกับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่ก่อปัญหาสังคมเมื่อโตขึ้น

สำหรับผลกระทบค่าเสียโอกาสในการจ่ายภาษีลดลง ตั้งอยู่บนหลักฐานสำคัญที่ว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลให้แม่แม่และพ่อที่มีลูกตั้งแต่ยังเป็นวัยรุ่นมีโอกาสทางการศึกษาลดลง มีทางเลือกในการงานอาชีพและรายได้น้อยลง และการที่แม่หรือพ่อมีการศึกษาน้อยส่งผลให้ลูกมีโอกาสทางการศึกษาน้อยลงตามไปด้วย (Denise and Pol 1982) ตารางต่อไปนี้แสดงตัวอย่างของการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่คำนวณจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่อยู่ในระบบการศึกษาของแม่ในกลุ่มอายุต่างๆ และจำนวนปีที่แม่เหล่านั้นต้องออกไปจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควร ทั้งนี้พบว่าหากแม่ตั้งครรภ์ที่อายุ 24 ปีหรือมากกว่า จะไม่มีการสูญเสียโอกาสทางการศึกษาเลย

การคาดประมาณจำนวนปีที่ต้องออกไปจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควรของแม่ที่ตั้งครรภ์ในวัยต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา

อายุของแม่ที่ตั้งครรภ์	จำนวนปีที่อยู่ในระบบการศึกษาโดยเฉลี่ย	จำนวนปีที่ต้องออกไปจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควร
15 ปีหรือน้อยกว่า	8.9	4.0
16-17	10.5	2.4
18	11.3	1.6
19-20	11.9	1.0
21-23	12.7	0.2
24 หรือมากกว่า	13.5	0.6

ที่มา: Dillard and Pol 1982

นอกจากนี้บางการศึกษาวิจัยยังพิจารณาถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นข้ามรุ่น (intergenerational impact) เช่น มีหลักฐานสนับสนุนว่าบุตรสาวของแม่วัยรุ่นมีโอกาสตั้งครรภ์และกลายเป็นแม่วัยรุ่นเช่นกันสูงถึงร้อยละ 33 สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 17 ปีหรือน้อยกว่า และร้อยละ 17 สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 18-19 ปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 11 กรณีบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 20 ปีหรือมากกว่าจะตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Denise and Pol 1982; Corcoran 1998)

ทั้งนี้การศึกษาในอเมริกาพบว่า เด็กชายที่เกิดจากแม่อายุต่ำกว่า 17 ปี มีโอกาสก่ออาชญากรรมและถูกคุมขังมากกว่าแม่ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป 2.2 เท่า และความสามารถในการเสียภาษีให้ประเทศชาติลดลงตลอดช่วงชีวิต

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดข้ามรุ่น คือ ลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมีโอกาสตั้งครรภ์และเป็นแม่วัยรุ่นด้วย และยิ่งแม่ตั้งครรภ์อายุน้อย ลูกสาวที่เกิดมาก็มีโอกาสกลายเป็นแม่วัยรุ่นมากยิ่งขึ้น

สำหรับการศึกษาต้นทุนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมระดับประเทศยังมีการศึกษาน้อยมาก พบเพียงการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเท่านั้น ซึ่งมีอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงที่สุดในบรรดาประเทศที่พัฒนาแล้ว การศึกษาเหล่านี้ระบุว่าจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกาซึ่งเกิดขึ้นปีละ 760,000 รายและการคลอดในแม่วัยรุ่นปีละ 420,000 ราย ทำให้เกิดต้นทุนกับรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา รัฐบาลของรัฐต่างๆและรัฐบาลท้องถิ่น รวมกันกว่า 9.1 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี 2004 หรือคิดเป็นมูลค่า 1,430 เหรียญ ต่อทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นหนึ่งราย (Hoffman 2006) และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 11.1 พันล้านเหรียญในปี 2006 นอกจากนี้รายงานฉบับดังกล่าวยังได้ระบุอีกว่า ต้นทุนทางสังคมของการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในกรณีที่แม่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี มีมูลค่าสูงกว่ากรณีที่แม่มีอายุ 18-19 ปีอย่างมาก โดยผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยเฉลี่ยของการคลอดบุตรของแม่ที่อายุน้อยกว่า 17 ปี คิดเป็น 4,080 เหรียญต่อทารกหนึ่งคน และคิดเป็น 104 เหรียญต่อทารกหนึ่งคนในกรณีที่แม่มีอายุ 18-19 ปี

สำหรับการคำนวณผลกระทบทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากสหรัฐอเมริกา พบเพียงรายงานในประเทศอังกฤษที่ศึกษาเฉพาะต้นทุนที่เกิดขึ้นกับระบบประกันสุขภาพซึ่งคิดเป็นมูลค่า 69 ล้านปอนด์ในปี 2008

© ชนะกานต์ นิพพิทา

(Frances 2008) ทั้งนี้ในรายงานฉบับดังกล่าวยังระบุว่า การลงทุนในป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า กล่าวคือ ทุก 1 ปอนด์ที่ใช้ลงทุนสามารถสร้างผลตอบแทนกลับมาเป็นมูลค่าเงินสูงถึง 4 ปอนด์ ซึ่งสอดคล้องกับที่อเมริกาที่งบประมาณที่ใช้ในศูนย์วางแผนครอบครัวทั่วประเทศกว่า 2 พันล้านเหรียญ สามารถสร้างผลตอบแทนได้ถึง 7 พันล้านเหรียญ จากการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น

อย่างไรก็ตามผลการคาดประมาณเรื่องต้นทุนและความสูญเสียทางเศรษฐกิจตลอดจนการลงทุนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากผลการศึกษาของอเมริกาและอังกฤษนั้นยังเป็นเพียงการประเมินต้นทุนทางสังคมอย่างต่ำ (Conservative Estimation) ซึ่งที่จริงเมื่อมองอย่างรอบด้านมูลค่าความสูญเสียอาจสูงมากกว่านี้ ดังนั้นหากต้องการทราบมูลค่าต้นทุนที่สูญเสียไปจากการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ของประเทศไทย จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเฉพาะให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

สรุป

การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทุกมิติของชีวิตเด็กและครอบครัว และยังส่งผลกระทบข้ามรุ่นสู่ลูกที่เกิดจากเด็กวัยรุ่น มีผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขที่ในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมามุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นข้อท้าทายที่ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายเพื่อจัดการกับปัญหานี้ เพื่อลดผลกระทบต่อตัวเด็กวัยรุ่นเองที่ควรมีโอกาสสามารถพัฒนาศักยภาพของตัวเด็กเองในวัยเรียน สามารถเติมเต็มศักยภาพของตนในช่วงวัยที่อยู่ในระบบการศึกษา เพื่อให้สามารถมีอาชีพที่มั่นคง นำไปสู่การใช้ชีวิตครอบครัวเมื่อมีความพร้อม อีกทั้งเป็นข้อท้าทายต่อระบบบริการสังคมและสาธารสุข และส่งผลต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในขณะที่ประเทศไทยเป็นหนึ่งในสิบประเทศที่จะก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจเสรีอาเซียน ในปี 2558 แต่ประเทศไทยกลับมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในลำดับห้าของอาเซียน รองจากลาว อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และกัมพูชา เป็นอัตราที่สูงกว่าสิงคโปร์เกือบแปดเท่า (UNFPA, 2013, Annex) คำถามคือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำนวนมากของประเทศไทยขณะนี้จะส่งผลต่อความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่กำลังมีความท้าทายมากขึ้นได้อย่างไร จะลดความเสี่ยงเหล่านี้และพลิกกลับเพื่อพัฒนาความสูญเสียที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ส่งผลระยะยาวและอาจส่งผลข้ามไปยังประชากรรุ่นลูกได้อย่างไร

© ชยทัต หลักดี

บทที่ 6
มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

บทที่ 6

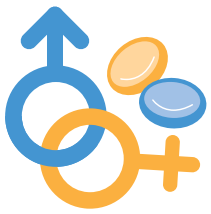
หลายปีที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ต่างตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยหน่วยงานหลักต่างมีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหา แต่การดำเนินงานขณะนี้ยังขาดการบูรณาการ ไม่เชื่อมโยงกันทั้งในด้านนโยบายและการปฏิบัติ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและมีช่องว่างในการทำงาน อีกทั้งฐานข้อมูลที่ใช้ติดตามสถานการณ์ยังขาดความสอดคล้องระหว่างหน่วยงาน ไม่มีตัวชี้วัดหลักที่ใช้นิยามและวิธีการวัดตลอดจนแหล่งข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ยังไม่มีการตั้งเป้าหมายผลลัพธ์ที่คาดหวังของประเทศที่สอดคล้องกันของทุกหน่วยงานว่าจะลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเท่าไร ในระยะเวลาเท่าใด จะบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ได้อย่างไร จะติดตามประเมินผลแบบใด จะมีกลไกเพื่อพัฒนาความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวง หน่วยงานส่วนกลาง จังหวัด และท้องถิ่นอย่างไร ตลอดจนจะบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังได้อย่างไร (กฤติยา อาชวนิชกุล พ.ศ. 2551; เบญจพร ปัญญายง พ.ศ. 2553; คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา พ.ศ. 2554)

เช่นเดียวกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้มีฉันทามติแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในปี พ.ศ. 2553 และเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แต่ขาดการปฏิบัติตามมติเพราะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ได้รู้สึกมีส่วนร่วมและดำเนินการอย่างจริงจัง (ศิตาพร ยังคง และคณะ พ.ศ.2556)

นอกจากนี้ยังมีโครงการนำร่องเพื่อแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งโครงการวิจัยโดยนักวิชาการในสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทาง ทั้งนี้ยังไม่ชัดเจนว่าจะสามารถขยายผลให้เป็นส่วนหนึ่ง ในการดำเนินงานตามปกติของหน่วยงานที่รับผิดชอบได้จริงเมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วอย่างไร

บทนี้จะนำเสนอนโยบาย มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น

การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน



กระทรวงศึกษาธิการและองค์กรพัฒนาเอกชนได้ร่วมมือกันพัฒนาหลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เพื่อให้มีการยอมรับมากขึ้น แต่มีการนำไปใช้ในโรงเรียนเพียงบางแห่ง มีการเรียนการสอนที่ไม่สม่ำเสมอ เน้นเพียงการควบคุมพฤติกรรมทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเท่านั้น โดยไม่ครอบคลุมประเด็นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวก่อนมีประจำเดือน และการสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ เป็นต้น ทำให้การสอนเพศศึกษาไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร (Thaweesit and Boonmongkon 2009)

แม้ในปัจจุบันจะมีช่องทางสำหรับการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่การสอนเพศศึกษาอย่างจริงจังก็ยังไม่ครอบคลุมวัยรุ่นที่สำเร็จการศึกษาภาคบังคับและออกไปประกอบอาชีพ ทั้งที่เป็นแรงงานอิสระและผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการ รวมทั้งวัยรุ่นที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

สำหรับวัยรุ่นที่อยู่ในสถานประกอบการ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์บ้างเพียงบางส่วนจากโครงการป้องกันโรคเอดส์ จากโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติด การป้องกันการค้าบริการทางเพศ และการป้องกันอาชญากรรมทางเพศ แต่ไม่ได้รับข้อมูลการให้บริการเรื่องการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมครบถ้วน

การศึกษาของ Vuttanont และคณะ (2006) พบว่า หลักสูตรและวิธีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนในประเทศไทยแต่ละแห่งแตกต่างกันมาก โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านชีววิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของ

ร่างกาย และความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง มากกว่าการให้ความรู้ที่จำเป็นในทางปฏิบัติ เช่น วิธีใช้ถุงยางอนามัย วิธีการคุมกำเนิด และแทบจะไม่มีการสอนเรื่องเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความรัก ความสัมพันธ์ และทักษะการต่อรอง ข้อมูลที่อยู่ในสื่อการสอนไม่ครอบคลุมประเด็นที่นักเรียนต้องการทราบ แม้บุคลากรสาธารณสุขจะสนับสนุนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แต่ก็เป็นการสนับสนุนในหลักการ และมีเพียงส่วนน้อยที่ทำงานร่วมกับโรงเรียนหรือให้คำปรึกษาแนะนำต่อโรงเรียนอย่างจริงจัง

นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากครูผู้สอนเพศศึกษา เช่น ครูบางท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะสอนวิชานี้ รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนหลักสูตรด้วยตนเองในหลายประเด็น และบางประเด็นได้ถูกตัดออกไป ซึ่งการตัดสินใจกระทำเช่นนั้นเป็นผลมาจากค่านิยมส่วนตัว เช่น คิดว่าเป็นการผิดศีลธรรมที่ครูจะพูดถึงเรื่องเพศกับเด็กนักเรียน การสอนเพศศึกษาจะกระตุ้นให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น และการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศของครูผู้สอนเอง

ส่วนการศึกษาทดลองโครงการสอนเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์โดยให้วัยรุ่นเป็นผู้นำ (Youth-led educational program) ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือของไทย เป็นเวลา 3 เดือน (Fongkaew, Settheekul et al. 2011) พบว่า แม้จะมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประเด็นเชิงบวกของการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็ไม่ได้ช่วยปรับปรุงทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ข้อควรระวังในการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และความสามารถในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

นอกจากการสอนเพศศึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว การให้โอกาสนักเรียนที่ตั้งครรภ์ได้เรียนต่อในระบบโรงเรียน ก็ยังพบช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ แม้กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายให้โรงเรียนอนุญาตให้นักเรียนกลับมาเรียนได้ หรือให้เรียนที่บ้านด้วยตนเอง โดยมีครูแนะแนวติดตามสนับสนุน ให้กลับมาสอบจนจบการศึกษาภาคบังคับ แต่ก็เป็นการสั่งการในการประชุมผู้บริหารโดยไม่มีลายลักษณ์อักษร ทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันไป (คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา พ.ศ. 2554) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงเรียน ครู และสมาคมผู้ปกครอง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2554)

“หลายฝ่ายมุ่งมาที่โรงเรียนด้วยเหตุผลการป้องกัน เพราะเรื่องนี้เป็นปัญหาใหญ่ ดังนั้นเราจึงจัดการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน ซึ่งเพศศึกษาไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่เป็นเรื่องที่เราเห็นความสำคัญมานานแล้วและบรรจุไว้ในหลักสูตรสุขศึกษาและพลศึกษาทุกชั้นปีตั้งแต่ป.1 ถึงม.6 นอกจากหลักสูตรก็มีกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนในส่วนของสมรรถภาพ หรือทักษะส่วนบุคคลก็จะอยู่ในวิชาแนะแนว…เพศศึกษาไม่ได้มีขึ้นมาโดยความจำเป็นของตัวมันเอง แต่เป็นแนวทางแก้ปัญหา ซึ่งตอนนั้นมีขึ้นเพื่อแก้ปัญหาโรคเอดส์ แล้วตอนหลังก็แก้ปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์วัยรุ่น…พอเราเปิดสอนเพศศึกษาก็มีปัญหาว่า สอนอย่างไร มีช่วงหนึ่งเราก็ลงทุนสูงมากเพื่ออบรมครูให้สอนเพศศึกษาให้เป็นและรู้สึกว่าง่ายที่จะพูด ง่ายที่จะสอน เพราะครูก็หนุ่ม นักเรียนก็สาว อาจจะเขินๆ กัน เราก็จัดผ่านกิจกรรมหลายอย่าง …แต่เรื่องพวกนี้ไม่ได้ถูกสอนมาในสถาบันที่ผลิตครู จึงคิดว่าเรายังขาดตัวต่อ …ถ้าสถาบันผลิตครูเติมเต็มเรื่องการดูแลช่วยเหลือนักเรียน รู้จักเด็กเป็นรายบุคคล รู้จักการแก้ปัญหาเด็กโดยเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับเด็ก รู้จักการสอนเพศศึกษา รู้จักการแก้ปัญหาให้เหมาะกับเด็กเป็นพื้นฐานทางจิตวิทยาเบื้องต้น…”

ดร.สายพันธ์ ศรีพงศ์พันธุ์กุล
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ

ปัจจุบันมีโรงเรียนทางเลือกหรือโรงเรียนที่จัดการศึกษาเพื่อให้เด็กที่มีเวลาไม่เหมือนคนอื่น หรือเป็นเด็กที่อยู่ในสภาวการณ์หรือจิตใจที่ไม่เหมือนคนอื่นสามารถเรียนต่อได้ โดยมีวิธีการจัดการศึกษาที่หลากหลาย โรงเรียนเหล่านี้มีอยู่ในหลายจังหวัด ตัวอย่างเช่น ที่โรงเรียนหนองชุมแสงวิทยาที่เปิดรับเด็กที่ท้องให้มาเรียนต่อได้นานแล้ว มีนักเรียนที่ตั้งท้องจำนวนมากที่ยังคงเรียนหนังสือต่อจนคลอด อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีโรงเรียนเพียงไม่กี่แห่งที่พยายามให้โอกาสเด็กที่ท้องได้เรียนต่อ ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารโรงเรียน ในข้อเท็จจริงเด็กที่ท้องต้องเสียค่าเดินทางเพื่อไปเรียนอีกอำเภอ หรืออีกจังหวัด นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำในโอกาสทางการศึกษาของเด็กเมื่อตั้งครรภ์

“โรงเรียนและสังคมไทยมีจุดอ่อนคือ ใช้คำว่า “เพศศึกษา” ทำให้ครูและผู้ปกครองส่วนหนึ่งต่อต้าน ซึ่งจริงๆ แล้วควรจะใช้คำว่า “ครอบครัวศึกษา” แล้วอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและเด็กในวงกว้างโดยให้ความรู้เรื่องจิตวิทยาการเลี้ยงลูกด้วย แต่ถ้าเป็นเพศศึกษาจะเจาะจงเฉพาะเรื่องการใส่ถุงยาง การกินยาคุม จึงยังมีกระแสต่อต้านอยู่ เรื่องเพศและการท้องเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่โรงเรียนกลับผลักออกเหมือนกับว่า เด็กที่ท้องมีความผิดเทียบเท่ากับกรณีอื่นๆ เช่น ยาเสพติด โดยที่โรงเรียนไม่ได้ห่วงชีวิตของนักเรียนเลย รวมถึงลูกในท้อง ผู้ชาย และญาติพี่น้องของสองครอบครัว ซึ่งทุกคนต่างมีความทุกข์และไม่มีใครแก้ไขให้”

คุณครูไมตรี ศรีสกุลไทย
ผู้อำนวยการ โรงเรียนหนองชุมแสงวิทยา จ.เพชรบุรี

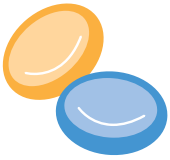
การปล่อยให้ผู้บริหารโรงเรียนแต่ละแห่งเป็นผู้ตีความและตัดสินเนื้อหาการสอนเรื่องเพศศึกษานั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นในประเทศไทยได้รับความรู้และการศึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในโรงเรียนแตกต่างและไม่เท่าเทียมกัน แม้ว่าจะมีนโยบายให้วัยรุ่นได้รับการศึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่มีวัยรุ่นจำนวนมากในประเทศไทยที่ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อชีวิตของวัยรุ่นทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ทั้งนี้ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานองค์เอกชนจะขับเคลื่อนให้โรงเรียนมีหลักสูตรเรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน (Comprehensive Sexuality Education) โดยจะบูรณาการการทำงานร่วมกับกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การหยุดความรุนแรง การบังคับและล่วงละเมิดทางเพศ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการถูกละเมิดทางเพศ เด็กบางคนอาจถูกบังคับขืนใจหรือถูกฝืนใจให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ วัยรุ่นบางคนต้องใช้ชีวิตคู่ตั้งแต่ที่ยังอยู่ในวัยเด็กทั้งๆ ที่ตามกฎหมายการสมรสตามกฎหมายจะมีขึ้นได้เมื่อบุคคลอายุ 17 ปีขึ้นไป การหยุดความรุนแรงและการละเมิดทางเพศของเด็กผู้หญิงต้องการความเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นของไทยที่ได้รับความสนใจมากขึ้นจากทุกภาคส่วนในขณะนี้ยังมีข้อจำกัดที่พูดคุยกันน้อยมาก ว่าจะทำอย่างไรให้เด็กวัยรุ่นคงอยู่ในระบบการศึกษาภาคบังคับและไม่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี การต่อรองและการสื่อสารทางเพศ และการไม่ต้องเป็นผู้ถูกกระทำทางเพศ จึงควรเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน เพื่อสร้างพลังอำนาจแก่เด็กผู้หญิงให้มีทักษะในการสื่อสารและมีทัศนคติของความเท่าเทียมทางเพศ ไม่เป็นเบี้ยเลี้ยงให้กับผู้ชายในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้พบว่าความรุนแรงในชีวิตคู่จะลดลง เมื่อมีการเสริมสร้างพลังและอำนาจการต่อรองทางเศรษฐกิจให้กับผู้หญิง การให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การให้ผู้ชายและเด็กผู้ชายเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ปัญหา (UNFPA State of World Population, 2013)



การใช้ถุงยางและการคุมกำเนิดในวัยรุ่น

มีวัยรุ่นครึ่งหนึ่งที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยจะใช้ถุงยางในครั้งต่อๆ ไปน้อยลง ในขณะเดียวกันผู้หญิงวัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดกึ่งถาวร เพราะมีราคาแพง และยังไม่ครอบคลุมการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

การแก้ไขปัญหาจึงต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งการให้ความรู้ และการให้บริการในเชิงป้องกัน เช่น การเข้าถึงยาคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย ทั้งนี้ยังคงมีการต่อต้านและโต้เถียงว่าควรจะมีการจำหน่ายถุงยางอนามัยอย่างเปิดเผยหรือจัดให้มีถุงยางในสถานศึกษาหรือไม่ ขณะเดียวกันเด็กวัยรุ่นไม่กล้าซื้อถุงยางจากร้านสะดวกซื้อ ส่วนหนึ่งไม่มีเงินซื้อ และอีกส่วนหนึ่งไม่แน่ใจในคุณภาพของถุงยางที่ได้รับแจกฟรี สถานศึกษาบางแห่งสนับสนุนให้มีการติดตั้งเครื่องจำหน่ายถุงยางในโรงเรียนแต่ไม่เปิดเผยเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกวิพากษ์วิจารณ์ นอกจากนี้ต้องมีการปรับทัศนคติและวิธีคิดของผู้ให้บริการสาธารณสุขว่าวัยรุ่นที่มารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่ว่าจะเป็นการขอคำปรึกษา ขอบริการคุมกำเนิดหรือถุงยางนั้นเป็นวัยรุ่นที่ฉลาด รู้จักป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหาแล้วค่อยจึงมาแก้ปัญหาทีหลัง

“ปี 2554 เราทำตู้ถุงยาง 100% 24 ชั่วโมง โดยทดลองทำที่โรงพยาบาลบ้านลาดก่อน มีบริการ 2 จุดคือหน้าคลินิกวัยใส และหน้าห้อง OPD ทำมา 2 ปี ถุงยางหมดทุกคืน บางครั้งมาเอากันเป็นแก๊งค์เลย แต่ละเดือนยอดแจกถุงยางฟรีอยู่ที่ 1,000-2,000 ชิ้น แล้วแต่ช่วงว่าเดือนไหนจัดอีเว้นท์บ่อยก็จะแจกมาก แล้วไซส์ 52 มิลลิเมตรจะนิยมมากกว่า เราก็ต้องพยายามบอกเจ้าหน้าที่ว่าถุงยางหมดนะดีแล้ว เพราะเด็กเอาไปใช้ อย่างน้อยก็ป้องกันได้ตั้ง 3 เรื่อง ไม่มีเอดส์รายใหม่เพิ่ม ไม่มีท้องในวัยรุ่น ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เหมือนเป็นเมนูป้องกัน โครงการแจกถุงยางฟรี คุ้มมาก ระบบไม่มีปัญหาเลย มีแต่คนสนับสนุน คนที่มาหยิบถุงยางเรามีทั้งหน้าเดิมทั้งเพศทางเลือก ที่เขารู้แหล่งแล้วว่าจะหาถุงยางได้จากเรา ซึ่งถ้าหมดแล้วก็คือหมดนะ แต่ถ้าใครจำเป็นจริงเราก็มีสำรองไว้ให้ที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งตอนเย็นๆ เราจะใส่ตู้ไว้ประมาณ 2 โหลกว่า ก็หมดทุกวัน”

ลดาวัลย์ เรืองอร่าม
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านลาด อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี

บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร

การศึกษาส่วนหนึ่ง (Anusornteerakul และคณะ, 2008, Tangmunkongvorakul, Ruangyuttikarn et al. 2006) สะท้อนข้อจำกัดของบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่ามีค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลานานในการรอรับบริการและเวลาเปิดให้บริการไม่เหมาะสม ระยะเวลาให้บริการสั้นเกินไป มีบริการที่ไม่ครบถ้วน ไม่มีกิจกรรมที่จะช่วยให้คลายจากความวิตกกังวล ขาดความเป็นส่วนตัว ทัศนคติทางลบของผู้ให้บริการต่อวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานด้วยท่าทีไม่เป็นมิตร เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นไม่ไปใช้บริการ ผู้บริหารไม่เห็นด้วย ไม่ให้การสนับสนุน อีกทั้งบุคลากรบางคนไม่เข้าใจต่อความยากลำบากในการบอกเล่าประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการเก็บรักษาความลับ ข้อจำกัดที่วัยรุ่นไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ การให้บริการโดยบุคลากรเพศชาย และความไม่รู้สึกคุ้นเคยกับบุคคลากรที่ให้บริการ อีกทั้งผู้ให้บริการส่วนหนึ่งยังขาดแนวทางที่ชัดเจนว่าสามารถให้บริการคุมกำเนิดแก่ผู้หญิงโสดและวัยรุ่นอย่างไร การทำรายงานที่ต้องการรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ เช่น ชื่อ ที่อยู่ และต้องใช้เวลาในการไปรับบริการมากเกินไป ระบบส่งต่อที่ไม่มีคุณภาพ ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างแผนกภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลกับโครงการที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก

กรณีการยุติการตั้งครรภ์ แม้จะมีการผลักดันให้มีข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2548 และเงื่อนไขตามที่ระบุในข้อบังคับฉบับนี้เอื้อให้กับการแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับหนึ่ง แต่ก็ถูกวิจารณ์ว่าไม่สามารถลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้หญิงส่วนหนึ่งจึงไปใช้บริการทำแท้งเถื่อนและได้รับผลแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจำนวนมาก (ณัฐยา บุญภักดี พ.ศ. 2551)

"บุคลากรต้องบริการอย่างเป็นมิตร คือต้องเข้าใจในการเข้าถึงวัยรุ่น เพราะว่า บุคลากรที่มองว่าปัญหาแม่วัยรุ่นเป็นเรื่องไม่ดี เป็นเรื่องน่ารังเกียจ น่าเบื่อ หรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวัยรุ่นจะเป็นอุปสรรค เพราะจะทำให้การบริการเป็นลักษณะของการตีตรา สร้างความอับอายเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กหรือวัยรุ่นรู้สึกว่ามารับบริการแล้วไม่ได้รับการช่วยเหลือ แต่โดนดูถูก ว่าท้องมาอีกแล้ว ไม่รู้หรือไงว่าอายุเท่านี้ไม่ควรตั้งครรภ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้หมอคิดว่าสำคัญต่อบุคลากรที่ต้องเข้าใจองค์ความรู้ที่จะเข้าถึงวัยรุ่น"

พญ.จิราพร ประเสริฐวิทย์ แพทย์ผู้ดูแลคลินิกวัยรุ่น รพ.รามาธิบดี

นโยบายการรณรงค์ระดับประเทศ

การรณรงค์ระดับประเทศเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นการขาดเจ้าภาพหลักว่าหน่วยงานใดควรจะเป็นผู้ชี้นำการสื่อสารสาธารณะเพื่อป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หวังผลอย่างไร และเนื้อหาที่นำเสนอควรเป็นอย่างไร มีหลายหน่วยงานให้ความสำคัญในการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น "Stop Teen Mom หยุดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น" ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ฉายภาพสีหน้าของเด็กวัยรุ่นหลายๆ คนที่กำลังคลอดลูก ซึ่งภาพการนำเสนอดังกล่าวนำไปสู่การถกเถียงพูดคุยของคนในสังคมวงกว้าง มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย มีมุมมองที่แตกต่างกันไป

ภาพการณรงค์และกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

"ตัวอย่างของการพัฒนาบริการอย่างรอบด้าน ที่นอกจากมีบริการด้านสาธารณสุขแล้วก็ต้องมีบริการด้านสังคมด้วย โดยมีทั้งบริการการป้องกัน คือให้ความรู้ ให้เข้าถึงการคุมกำเนิด และบริการด้านการช่วยเหลือ...ในแง่ของนโยบายแต่ละที่ก็มีนโยบายของตัวเอง แต่การนำไปปฏิบัติก็คือต่างคนต่างทำ เนื่องจากงบประมาณไม่ได้อยู่ส่วนกลางแต่อยู่ในพื้นที่ ฉะนั้นแต่ละภาคส่วน แต่ละกระทรวงต่างก็มีนโยบาย อย่างกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งต้องมีมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งนโยบายนี้พูดถึงกระทรวงพัฒนาสังคมฯ พูดถึงกระทรวงศึกษาฯ และอื่นๆ ที่เขาต้องพัฒนาหรือนำไปใช้ แต่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นเจ้าภาพไม่สามารถไปบังคับทางกระทรวงอื่นๆ ได้ เพียงแต่ขอความร่วมมือก็แล้วแต่ว่าทางหน่วยงานอื่นๆ จะนำไปใช้อย่างไร"

นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง
ผู้อำนวยการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข

การบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน

ทั้งนี้ตามยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2553-2557 ซึ่งมียุทธศาสตร์ 6 ข้อ จะมีการประเมินผลในปลายปีหน้า พ.ศ.2557 พร้อมกับเสนอร่างยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 ผลความสำเร็จคือการที่ทุกจังหวัดมีคณะกรรมการขับเคลื่อนเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีการทำแผนยุทธศาสตร์ของแต่ละจังหวัดเป็นแผนปฏิบัติการในการทำงานเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

กรมอนามัยได้จัดทำมาตรฐานการดูแลแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ มาตรฐานเรื่องการดูแลการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย กรณีที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามเงื่อนไขทางกฎหมาย การพัฒนามาตรฐานการบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลมีคลินิกวัยรุ่นเพื่อให้ได้รับบริการข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกัน และรับบริการกรณีที่ประสบปัญหา เป็นศูนย์กลางในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

ภาระการดูแลวัยรุ่นไม่ใช่เพียงการดำเนินงานในโรงเรียนและให้บริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพเท่านั้น สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ เป็นอีกหนึ่งในหน่วยงานที่บทบาทสำคัญ จากคู่มือ"ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม" ปี พ.ศ. 2556 ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ชี้ถึงปัญหาว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีอายุน้อยลงมาก เด็กยังขาดวุฒิภาวะในการจัดการปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้น ในฐานะเจ้าภาพหลัก ตามพ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 กระทรวงได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป้าหมายดำเนินงานตามมาตรการการปกป้องและรักษาสิทธิของเด็กวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ช่วยลดปัญหาผลกระทบหลายอย่างต่อเด็กผู้หญิง ครอบครัวและชุมชน และหยุดวงจรที่จะก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมลงไปเรื่อยๆ ทั้งการละเมิดสิทธิ ความยากจน ความไม่เท่าเทียม ตามแนวทางดังนี้

- เด็กและเยาวชนมีความรู้และทักษะในการจัดการกับสถานการณ์เรื่องเพศได้ ไม่นำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- เด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและแม่วัยใสได้รับการช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู มีทักษะชีวิต ไม่กลับไปตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข อาทิ มาตรการส่งเสริมความรับผิดชอบของผู้ชายที่ทำให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม แม่วัยใสได้โอกาสกลับไปเรียนต่อหรือได้รับการศึกษาทางเลือกกรณีไม่สามารถกลับไปเรียนได้เต็มเวลา หรือได้รับการฝึกอาชีพเพื่อมีงานทำ
- มีการช่วยเหลือให้แม่วัยใสสามารถเลี้ยงลูกได้ ในกรณีที่ไม่สามารถเลี้ยงได้ ลูกของแม่วัยใสจะได้รับการเลี้ยงดูในรูปแบบครอบครัวอุปถัมภ์และครอบครัวบุญธรรม
- ส่งเสริมให้ครอบครัว สังคม ชุมชน ของวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและช่วยเหลือแม่วัยใส
- มีกลไกรับผิดชอบในระดับชาติ จังหวัดและชุมชน อาทิ มาตรการช่วยเหลือเมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยจัดให้มีการตรวจสอบการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ จัดให้แม่วัยใสได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบครัวตนเองและผู้ชายที่ทำให้ตั้งครรภ์ไม่พร้อมทราบ ให้การบำบัดฟื้นฟู ด้านร่างกายและจิตใจกรณีเกิดความเครียด
- ส่วนมาตรการช่วยเหลือระหว่างตั้งครรภ์อาทิ ช่วยให้มีการตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ แนะนำเรื่องโภชนาการและฝึกทักษะการเลี้ยงลูก สนับสนุนที่พักพิงชั่วคราว ให้คำปรึกษาแม่วัยใสกรณีครอบครัวไม่ยอมรับ สนับสนุนปัจจัยเกื้อหนุนการดำรงชีพกรณีแม่วัยใสที่ขาดแคลน รวมทั้งการดูแลหลังคลอดในเรื่องสุขภาพของแม่วัยใสและลูกที่ต้องฉีดวัคซีน
- มีกลไกระดับปฏิบัติตามพ.ร.บ.คุ้มครองเด็กพ.ศ. 2546 หรือมีผู้ปฏิบัติงานด้านเด็กเข้ามาดูแลช่วยเหลือการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นรายบุคคล ในระดับจังหวัดและท้องถิ่น
- พัฒนาบุคลากร เครือข่ายให้มีส่วนร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อาทิ มาตรการส่งเสริมความรับผิดชอบในกรณีผู้ชายทำให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้แก่ การดำเนินคดีกับผู้ล่วงละเมิดทางเพศเด็ก

และเยาวชน ไม่ควรสนับสนุนให้มีการไกล่เกลี่ย ยอมความ สร้างค่านิยมให้ผู้ชายยอมรับการกระทำของตนเอง และแสดงความรับผิดชอบเมื่อมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สนับสนุนให้ครอบครัวพ่อแม่วัยใสช่วยเหลือประคับประคองให้พ่อแม่วัยใสร่วมรับผิดชอบเลี้ยงลูกให้ดีที่สุด สนับสนุนผู้ชายเห็นคุณค่าทางเพศ มีความรับผิดชอบเมื่อเป็นพ่อวัยใส เป็นต้น นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ขจัดสิ่งยั่วยุจากสื่อ และส่งเสริมให้สื่อผลิตสื่ออย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่ศึกษาและพัฒนาโครงการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยนำหลายมาตรการมาใช้ร่วมกัน เช่น การพัฒนาตัวแบบในโรงเรียนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น (Chaikoolvatana, Powwattana et al. 2013) การบูรณาการกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นเข้าสู่เครือข่ายที่มีอยู่แล้วในชุมชน (ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ พ.ศ. 2554) และมหิดลโมเดล (ดูล้อมกรอบ) ซึ่งหากจะนำมาเป็นตัวแบบเพื่อขยายการดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ ก็จำเป็นต้องมีการศึกษาความเป็นไปได้ตลอดจนการติดตามผลในระยะยาว

แม่วัยใส.. มหิดลโมเดล

ด้วยเหตุที่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทวีความรุนแรงอย่างมาก โครงการ “มหิดลโมเดล:การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” จึงพัฒนาต้นแบบเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างบูรณาการทั้งในชุมชน (Community-based) เชื่อมโยงกับโรงเรียน (School-based) และโรงพยาบาล (Hospital-based) โดยมีจุดเริ่มจากการตั้งคลินิกวันรุ่นของคณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดีเมื่อสิบสองปีก่อนแล้วขยายไปที่โรงเรียน

“การสร้างคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน เพราะโรงเรียนจะมีระบบดูแลช่วยเหลือ ระบบคัดกรองเด็กที่มีภาวะยากลำบาก ได้แก่ เด็กยากจน เด็กที่เรียนไม่ดี เด็กที่มีปัญหาชู้สาว เด็กที่ติดยาเสพติด เด็กที่หนีเรียน ฯลฯ ให้เขาดูภาพอย่างเป็นองค์รวม ไม่เจาะลึกเรื่องใด มิฉะนั้นเด็กจะรู้สึกมีปมมาก ดังนั้นปัญหาเรื่องชู้สาวจึงเป็นเรื่องหนึ่งที่โรงเรียนต้องคัดกรองอยู่แล้ว”

จากนั้นได้ขยายเป็นคลินิกพิเศษของวัยรุ่นที่ดูแลเด็กเฉพาะกลุ่ม เช่น คลินิกคุณแม่วัยใส คลินิกเด็กติดเกม คลินิกเด็กอ้วน คลินิกเด็กที่มีปัญหาทางการเรียน เป็นการดูแลเฉพาะกลุ่มมากขึ้น และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเด็กและผู้ปกครอง มีคลินิกอยู่ที่รามาฯ และศิริราชฯ ทั้งนี้มีการทำงานของบุคลากรจาก 7 คณะของมหาวิทยาลัยจะทำงานในมิติต่างๆ ที่สอดคล้องกัน

“..การดูแลคุณแม่วัยใสเป็นยอดของภูเขาน้ำแข็ง แต่เราไม่ได้ทำเรื่องนี้เรื่องเดียว เพราะมันคือการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เราเริ่มจาก primary prevention คือเด็กวัยรุ่นที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์เราสอนให้เขามีเพศสัมพันธ์ในวัยที่เหมาะสม นั่นคือ No sex หรือ Postpone sex โดยสอนให้มีความรู้ ทักษะชีวิต รักตัวเอง...ถ้าเขารักตัวเองก็จะไม่ทำสิ่งไม่ดี บางคนรักตัวเองแต่ไม่มีทักษะชีวิต ปฏิเสธไม่เป็น ไม่รู้จะปฏิเสธอย่างไรในสถานการณ์ฉุกเฉินจึงปล่อยเลยตามเลย ต้องสอนทักษะชีวิต...เพื่อให้ยืดระยะเวลามี sex ออกไปอยู่ในวัยอันควร...สำหรับกลุ่ม secondary หรือ ตติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนมาก ก็จะสอนให้เขามีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันการติดโรคเอดส์ ฉะนั้นจึงต้องสอนเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดทั้งหลาย...ในระดับตติยภูมิหรือท้องแล้วจะทำอย่างไรให้การท้องมีคุณภาพ ไม่ไปทำแท้ง หรือทำแท้งในกรณีที่มีภาวะบ่งชี้และทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ปัญหาสุขภาพ เช่น มีโรคแทรกซ้อน และเป็นการทำแท้งที่ปลอดภัย ถูกต้อง ถ้าท้องต่อก็จะดูแล เพราะบางคนท้องขณะอายุ 12 ปี เนื่องจากคนท้องยังเด็กยังดูแลตัวเองไม่ได้ เขาก็ดูแลการตั้งครรภ์ไม่ได้...”

นอกจากนี้ มหิดลโมเดลยังดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ด้วยเนื่องจากแม่วัยรุ่นจะยากจน เมื่อมาที่โรงพยาบาลจะได้รับการดูแลฝากท้อง เจาะเลือดฟรีทั้งหมด มีการดูแลก่อนคลอด การทำคลอด การดูแลหลังคลอด และการเยี่ยมบ้าน ให้ฉีดวัคซีนเด็กฟรี มีผ้าอ้อมสำเร็จรูป มีนมให้ สอนการเลี้ยงดู แม่หลังคลอดจะได้รับยาฝังยาคุมกำเนิดราคาประมาณ 2,500 บาท ซึ่งไม่ได้รับสิทธิตามเกณฑ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการนี้มีพื้นที่อยู่รอบมหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา โดยเชิญชวนชุมชน ผู้นำชุมชน กศน. อบต. นายอำเภอ อสม. นายกเทศมนตรี โรงพยาบาล ตำรวจ โรงเรียนที่อยู่ในเขต และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการทำงานอย่างบูรณาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง

อีกทั้งในด้านการเรียน มหิดลโมเดลทำงานกับสถานศึกษาในพื้นที่ให้เด็กที่ตั้งครรภ์เรียนหนังสือต่อได้ หรือถ้าเด็กไม่อยากเรียนจะมีการฝึกอาชีพให้ โดยการสนับสนุนจากอบจ. อบต. โรงเรียน และกศน.

ทั้งนี้จะมีการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่ศาลายาระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการดำเนินตาม “มหิดลโมเดล” ว่ามีอัตราการมีเพศสัมพันธ์ อัตราการตั้งครรภ์ อัตราการคลอด และอัตราการท้องซ้ำอย่างไร

ข้อมูลจาก รศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด: กรณีศึกษาศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี

ศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลปทุมธานี เป็น 1 ใน 5 โรงพยาบาลนำร่องในโครงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีทีมงานซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และนักสังคมสงเคราะห์ มีปรับเปลี่ยนทัศนคติและพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์การให้บริการเพื่อให้เข้าใจระบบ ขั้นตอน และเงื่อนไขการส่งต่อการช่วยเหลือ

ทั้งนี้สามารถจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาท้องไม่พร้อมได้อย่างครบวงจร นอกจากนี้ยังให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมและกฎหมายจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์สามารถแก้ปัญหาและกลับเข้าสู่สังคมปกติ จุดเด่นคือ การให้บริการให้คำปรึกษาเพื่อให้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์และญาติเข้าใจและสามารถเผชิญกับปัญหา โดยมีข้อมูลทางเลือกที่หลากหลายและถูกต้องเพียงพอต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น ด้วยความรู้สึกพร้อมและรับทราบผลที่ตามมา

เมื่อวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มาขอรับบริการที่โรงพยาบาล พยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจะคัดกรองการตั้งครรภ์เพื่อตรวจสอบอายุครรภ์และความพร้อม หากพบว่าไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ จะส่งตัวไปยังศูนย์พึ่งได้ หากเป็นกรณีที่ตั้งครรภ์จากการละเมิดทางเพศหรือการใช้ความรุนแรง หน่วยงานที่รับผิดชอบก็จะส่งต่อมาที่ศูนย์พึ่งได้โดยตรง หลังจากให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์ในกรณีใด หากวัยรุ่นตัดสินใจจะตั้งครรภ์ต่อ เจ้าหน้าที่จะนำวัยรุ่นเข้าสู่บริการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการวางแผนครอบครัว เมื่อคลอดแล้วหากแม่วัยรุ่นไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูลูก ก็จะส่งไปรับบริการจากหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ เช่น บ้านพักที่อยู่ในเครือข่ายของจังหวัด หากวัยรุ่นตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่จะนำวัยรุ่นเข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งมีทั้งบริการของโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน

แต่ทั้งนี้ปัญหาและอุปสรรคของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เป็นข้อท้าทายของศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี ได้แก่

- การจัดบริการศูนย์พึ่งได้เป็นบริการพิเศษที่ผนวกเข้ากับบริการปกติของโรงพยาบาลจึงเป็นการเพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาที่จะต้องใช้เวลาและต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษา ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพได้อย่างเต็มที่
- ขาดการทำงานเชิงรุก เนื่องจากกำลังเจ้าหน้าที่และงบประมาณไม่เพียงพอในการทำงานป้องกัน และขาดเทคโนโลยีในการยุติการตั้งครรภ์
- มีข้อจำกัดการบริหารจัดการระหว่างเครือข่าย และการประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน แม้ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี จะมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง แต่ยังมีระบบการทำงานที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น ระบบการรองรับและจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง
- ระเบียบกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนไม่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น “ระบบบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ไม่สอดคล้องกับความต้องการรับบริการการคุมกำเนิด การดูแลการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการขอยุติการตั้งครรภ์อย่างไม่เปิดเผย วัยรุ่นจึงไปขอรับบริการจากโรงพยาบาลที่อยู่นอกพื้นที่ที่ตนมีสิทธิประโยชน์ ทำให้วัยรุ่นหรือครอบครัวต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย
- การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จากการใช้ความรุนแรง อาทิ ค่าใช้จ่ายสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีนี้จะเป็นความรับผิดชอบของผู้กระทำผิด ซึ่งในความเป็นจริงอาจไม่สามารถเรียกร้องได้ เนื่องจากตามจับผู้กระทำผิดไม่ได้ หรือผู้กระทำผิดมีฐานะยากจน หรือผู้กระทำผิดเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น เป็นบิดาของแม่วัยรุ่น เป็นต้น วิธีการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า คือ การตั้งกองทุนช่วยเหลือระหว่างสมาชิกเครือข่าย แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของผู้ชาย

สิ่งที่มักจะถูกละเลยในการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือผู้ชายมีส่วนร่วมอย่างไร มุมมองและทัศนคติของผู้ชายเป็นอย่างไร สังคมไทยยังคงอบรมเลี้ยงดูให้ชายเป็นใหญ่ในครอบครัว ขณะนี้แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง ผู้หญิงได้รับโอกาสทางการศึกษาและการงานมากขึ้น แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความสัมพันธ์ในครอบครัวต่างไปจากเดิมเมื่อสมาชิกครอบครัวต่างมีภาระหน้าที่ต้องทำงานนอกบ้าน

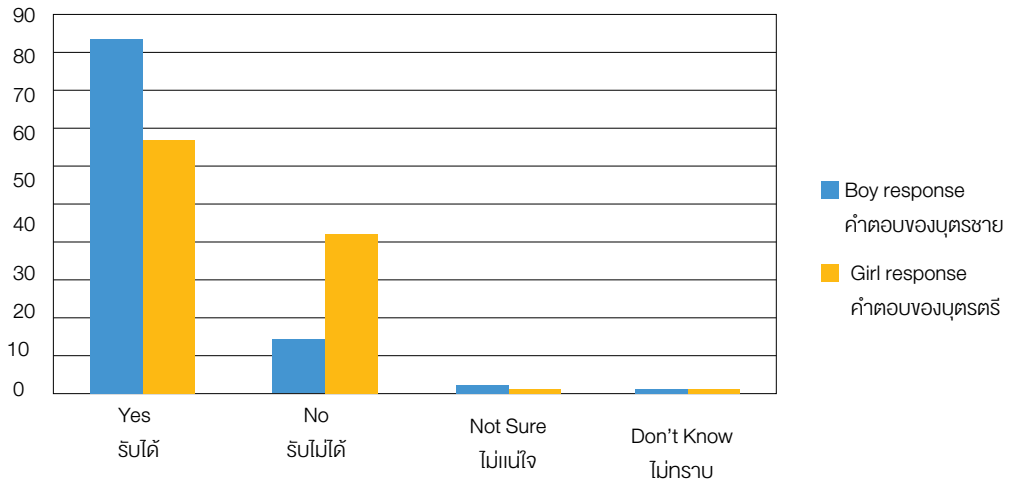
ความแตกต่างทางความคิดในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายนั้นสามารถเห็นได้จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมทางเพศโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2549 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 71 ของคนเป็นพ่อคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ลูกชายของเขาจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน แต่จำนวนร้อยละ 21 เท่านั้นที่คิดว่าเป็นเรื่องปกติที่ลูกสาวของพวกเขาจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน (ดูตารางข้างล่าง)

ถ้าแยกเป็นเพศแล้ว จะเห็นว่าลูกชายจำนวนมากถึงร้อยละ 83 คิดว่าเป็นเรื่องปกติที่พ่อของเขาจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ซึ่งจำนวนมากกว่าจำนวนลูกผู้หญิงที่ยอมรับในเรื่องเดียวกันถึงร้อยละ 20 ในขณะเดียวกันลูกชายและลูกสาวมีความคิดคล้ายคลึงกันในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของเพศหญิง

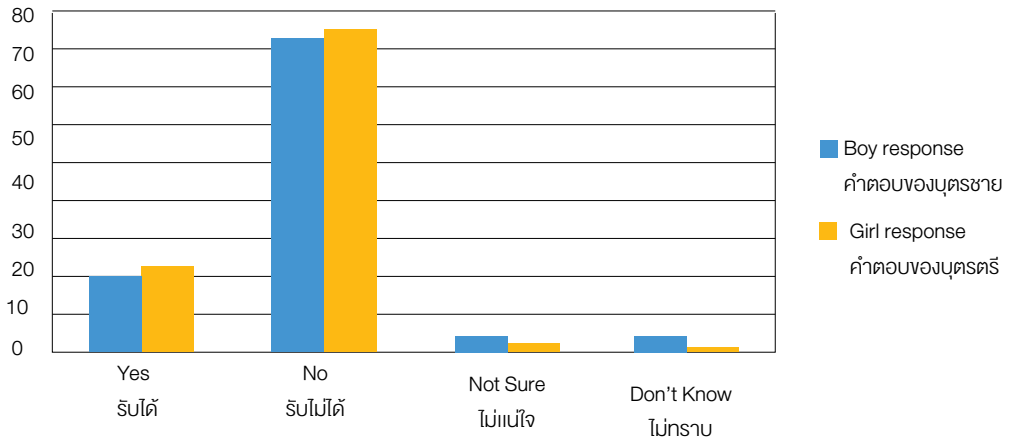
สิ่งที่ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นคือลูกชายและลูกสาวเติบโตมากับความเชื่อที่แตกต่างในเรื่องการยอมรับของผู้ปกครองต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ลูกผู้ชายมักจะคิดว่าพ่อแม่ของเขาจะยอมรับได้ถ้าเขามีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ในขณะที่เด็กผู้หญิงมักจะชีวิตอยู่ภายใต้การกดดันอยู่ตลอดเวลาที่จะต้องหลีกเลี่ยง "ความประพฤติที่น่าอับอาย" จากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน นอกจากนี้ยังมีความกดดันให้เด็กผู้ชายต้อง"แสดงความเป็นชาย" ซึ่งอาจนำไปสู่ความกดดันและการบังคับทางด้านอารมณ์ จิตใจและกายภาพต่อวัยรุ่นผู้หญิง

การเข้าถึงเด็กผู้ชายเพื่อสร้างทัศนคติและความสัมพันธ์ทางเพศเชิงบวกตั้งแต่วัยเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อไม่ให้เด็กผู้ชายเติบโตมาโดยมีทัศนคติทางลบเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่มองเด็กผู้หญิงเป็นเพียงวัตถุทางเพศ การดูเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเพียงเรื่องของการร่วมเพศที่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ให้เกียรติและให้ความเคารพต่อตัวตน ร่างกาย และการตัดสินใจเรื่องเพศของฝ่ายหญิง ฐานคิดเรื่องชายเป็นใหญ่และมีอำนาจต่อรองที่เหนือกว่าในเรื่องเพศนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงหลายด้านของผู้ชาย ไม่ว่าการใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา การปฏิเสธที่จะใช้ถุงยางหรือมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การเปิดโอกาสให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการสร้างความเท่าเทียมระหว่างหญิงชาย จึงส่งผลดีต่อทั้งเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายเอง การให้คำปรึกษาและเข้าถึงเด็กผู้ชายที่เป็นพ่อของลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเป็นสิ่งที่ถูกละเลย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะว่าฝ่ายชายหายหน้าไปเมื่อวัยรุ่นหญิงท้อง ควรมีการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทั้งเด็กหญิงและเด็กชายตลอดจนผู้ปกครองของทั้งสองฝ่าย ที่สำคัญคือต้องให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการวางแผนครอบครัวและวิธีการคุมกำเนิดที่ทั้งสองฝ่ายตัดสินใจร่วมกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำอีกครั้งก่อนอายุ 20 ปี (UNFPA State of World Population, 2013)

มุมมองของบิดาในเรื่องการมีกิจกรรมทางเพศของบุตรชาย



มุมมองของบิดาในเรื่องการมีกิจกรรมทางเพศของบุตรตรี



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมทางเพศโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549

การช่วยเหลือเยียวยาในรูปแบบอื่นๆ

สำหรับวัยรุ่นที่ไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูเมื่อคลอดแล้ว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีกระบวนการเยียวยาให้เด็กกลับคืนสู่สังคมโดย หนึ่งแนะนำให้คำปรึกษา สองฝึกอาชีพหากไม่มีอาชีพ สามเป็นสื่อกลางสร้างความเข้าใจถ้าแม่วัยใสเข้ากับครอบครัวไม่ได้หรือไม่ยอมรับ สี่ในบางรายจะให้เงินสงเคราะห์ครั้งละ 2,000-3,000 บาท รวมถึงมีนมและอาหารเสริมให้กับ และให้ทุนการศึกษาเมื่อเด็กโต

เด็กวัยรุ่นส่วนหนึ่งต้องมาอยู่บ้านพักฉุกเฉินซึ่งตามระเบียบจะไม่สามารถอยู่เกิน 3 เดือน ซึ่งการช่วยเหลือเบื้องต้นคือต้องพยายามช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ก่อน แต่บางกรณีมีความซับซ้อน เช่น ถูกคนในครอบครัวข่มขืน ต้องแก้ปัญหาแต่ละเป็นประเด็นทั้งทางกฎหมาย ทางสังคม ร่างกายและจิตใจ

ทั้งนี้หลักการในการทำงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์คือการศึกษารายละเอียดเป็นเฉพาะกรณีว่าเด็กที่ตั้งครรภ์แต่ละรายมีลักษณะปัญหาและความต้องการเป็นอย่างไร จะมีนักสังคมสงเคราะห์ทำงานในพื้นที่แต่ด้วยปัญหาทางสังคมที่เป็นภารกิจของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์มีหลายเรื่อง จึงมีข้อจำกัดในการดูแลปัญหาการตั้งครรภ์ที่มีความซับซ้อนและมีเด็กที่ตั้งท้องจำนวนมาก จึงต้องให้ข้อมูลการให้บริการจัดทำแอพพลิเคชั่นเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมถึงสถานที่ที่ดูแล การดูแลครรภ์ สถานที่พักพิง เพื่อให้เด็กเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์ให้ความรู้ โดยใช้กลไกคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัดเป็นตัวเคลื่อนในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ยุทธศาสตร์นี้เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ระยะเวลา 5 ปี โดยให้คณะกรรมการคุ้มครองเด็กเป็นคนขับเคลื่อน สำหรับส่วนกลางมีคณะทำงานจาก 8 กระทรวงหลักและองค์กรภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้คณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด โดยพ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 มี 3 กลไก หนึ่งคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์เป็นประธาน สอง คณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน สาม คณะกรรมการคุ้มครองเด็กกรุงเทพมหานคร

โดยมีหน่วยงานหลักคือคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัดที่ได้รับงบประมาณส่วนกลางจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ แต่เนื่องจากมีหลายกระทรวงทำงานเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทางสำนักงบประมาณจึงมีงบประมาณให้จำกัด กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์จึงต้องกระจายงบประมาณตามระดับความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีงบประมาณสูงสุดไม่เกิน 60,000 บาทต่อปี ซึ่งจะต้องใช้งบประมาณบูรณาการกับจังหวัดที่ได้งบประมาณเรื่องนี้จากกระทรวงมหาดไทยหรือกระทรวงอื่นๆ

ทั้งนี้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์จะเน้นการทำงานด้านยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน โดยการให้ความรู้ เช่น อบรมครูและนักเรียนซึ่งจะเป็นภารกิจที่ทั้งกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเรื่องนี้เช่นกัน แต่ยังขาดการบูรณาการเพื่อทำงานร่วมกัน

การตอบรับต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยภาครัฐ

คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2555 รับทราบตามที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสนอแผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ที่ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรของประเทศให้เหมาะสม โดยส่งเสริมให้คนไทยที่มีความพร้อมมีบุตรที่มีคุณภาพและมีการกระจายตัวประชากรที่สอดคล้องกับศักยภาพและโอกาสของพื้นที่ การพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง และการเตรียมความพร้อมคนไทยในการรับประโยชน์และลดผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีภายใต้ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ทั้งนี้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้กรอบแผนประชากรฯ เป็นข้อมูลในการกำหนดรายละเอียดของยุทธศาสตร์และแผนการดาเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องในระยะ 5 ปี เพื่อรองรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนับตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดช่วงชีวิต ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการระยะยาวเป็นเวลา 20 ปี ตามกรอบแผนประชากรฯ ดังกล่าว

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะเป็นภารกิจของกระทรวงหลัก

กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้จังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แบบบูรณาการ ซึ่งเป็นการจัดทำแผนบูรณาการทุกหน่วยงานในจังหวัดทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม ซึ่งหลายจังหวัดประสบความสำเร็จในการดำเนินการไปบ้างแล้ว ในปี พ.ศ. 2555 ได้มีนโยบายลงไปถึงระดับอำเภอ ด้วยนโยบาย “ก้าวสู่อำเภออนามัยเจริญพันธุ์” โดยเฉพาะการสร้างเสริมและป้องกันการป้องกันและการแก้ปัญหาในวัยรุ่น โดยเห็นว่าจำเป็นต้องขับเคลื่อนพร้อมกันเป็นเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ครอบครัว โรงเรียนและสถานบริการสาธารณสุข

ทั้งนี้จัดบริการสาธารณสุขให้บริการที่เป็นมิตรต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น โดยส่งเสริมการใช้ถุงยางและวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ดูแลสุขภาพของมารดาและทารกที่เกิดจากแม่วัยใส พัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ตลอดจนสร้างเสริมศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เกิดการตื่นตัวและสามารถเผชิญหน้ากับการจัดการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

กระทรวงศึกษาธิการได้จัดการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษาในสังกัด โดยจัดการเรียนการสอนทักษะชีวิตและจัดให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในสถานศึกษาสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม และจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เช่น การใช้สื่อ UP TO ME ในปี พ.ศ. 2554 เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เพื่อผลักดันให้เยาวชนในสถานศึกษาในพื้นที่นำร่องจำนวน 242 แห่ง ใน 22 จังหวัด มีความรู้ความเข้าใจถึงวิธีลดความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่พร้อม และสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนให้การเรียนรู้เกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือ หรือค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญภาวะที่นำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน หรือการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการยังสนับสนุนให้แกนนำนักเรียนจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ให้การแนะนำการปรึกษา ช่วยเหลือ และส่งต่อในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงฯ มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการจัดกิจกรรม/กระบวนการ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปี พ.ศ. 2556 โดยมีบทบาทส่งเสริมให้ภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด โดยหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทำหน้าที่ผู้ประสานงานหลักรวบรวมและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด ตลอดจนจัดทำและใช้ชุดข้อมูลเพื่อการวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มีการรณรงค์สร้างกระแสเพื่อปรับทัศนคติ ค่านิยมเรื่องเพศที่เหมาะสมและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีแผนปฏิบัติการและสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตัวอย่างการณรงค์ อาทิเช่น โครงการเสริมสร้างคุณภาพเด็กไทยมีวินัยอย่างสร้างสรรค์ ภายใต้แนวคิด “ไม่เอา ไม่เอ๊าท์...No Sex No Drug No violent” จัดขึ้นเพื่อต้องการชักชวนทุกภาคส่วนในสังคม ร่วมกันสร้างค่านิยมใหม่ “ปกป้องวัยรุ่นไทยจากภัย 3 เสพ ได้แก่ การเสพเซ็กส์ การเสพยาเสพติด และการเสพความรุนแรง”

ในปี พ.ศ. 2556 รัฐบาลมีนโยบายแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างบูรณาการควบคู่ไปกับการจัดการปัญหาการค้ามนุษย์ แรงงานเด็ก และความรุนแรงต่อเด็กและสตรี จึงได้เปิดตัวโครงการ “ศูนย์ช่วยเหลือสังคม – One Stop Crisis Center (OSCC)” ในปี 2556 เพื่อประสานการทำงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ

ตารางตรวจสอบความพร้อมของสถานให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่น

การให้การบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ควรมีลักษณะที่เป็นมิตร เข้าถึงได้และเหมาะสมกับวัยรุ่นหญิงและชาย ตารางข้างล่างเป็นตัวอย่างลักษณะของสถานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและเป็นมิตร

(ปรับปรุงจาก African Youth Alliance/Pathfinder International)

ลักษณะ		ไม่ผ่าน ☹	ปรับปรุง ☹	พอใช้ 😐	ดี ☺	ดีมาก ☺	คำแนะนำเพื่อการปรับปรุง
สถานประกอบการที่ถูกสุขอนามัย							
1	ตั้งอยู่ใกล้สถานที่วัยรุ่นหญิงชายมักจะไปรวมกันหรือไม่ (เช่น ศูนย์เยาวชน โรงเรียน ตลาด)						
2	เวลาเปิดทำการเหมาะสมกับวัยรุ่นหญิงชายหรือไม่ (โดยเฉพาะตอนบ่าย และช่วงสุดสัปดาห์)						
3	มีเวลาหรือบริเวณให้บริการคลีนิกสำหรับวัยรุ่นโดยเฉพาะหรือไม่						
4	มีการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ราคาเหมาะสมกับวัยรุ่นหรือไม่						
5	เวลารอคอยใช้บริการนานหรือไม่						
6	ถ้าสถานที่นั้นให้บริการทั้งผู้ใหญ่และเด็ก มีทางเข้าออกโดยเฉพาะของวัยรุ่นเพื่อความเป็นส่วนตัวหรือไม่						
7	ห้องให้คำปรึกษาและบริการมีความเป็นส่วนตัวหรือไม่ (ทั้งด้านภาพและเสียง)						
8	มีกฎระเบียบข้อบังคับด้านจรรยาบรรณสำหรับเจ้าหน้าที่หรือไม่						
9	มีกลไกที่โปร่งใสและรักษาความลับของวัยรุ่นที่มาขอรับบริการหรือร้องเรียนหรือแนะนำในสถานให้บริการนี้หรือไม่						
ลักษณะของผู้ให้บริการ							
1	ผู้ให้บริการได้รับการฝึกสอนการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นหรือไม่						
2	เจ้าหน้าที่ทั้งหมดมีความเข้าใจในการให้บริการที่เป็นมิตรและรักษาความลับของผู้เข้ารับบริการวัยรุ่นหรือไม่ (เจ้าหน้าที่ต้อนรับ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด เป็นต้น)						
3	เจ้าหน้าที่แสดงความเคารพกับสิทธิและความเป็นวัยรุ่นในระหว่างที่มีการติดต่อกันหรือไม่						
4	ผู้ให้บริการรับประกันความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของลูกค้าหรือไม่						
5	ผู้ให้บริการจัดเวลาการให้บริการอย่างเพียงพอกับลูกค้าแต่ละคนหรือไม่						
6	มีบริการการอบรมและเรียนรู้จากเพื่อนถึงเพื่อนหรือไม่						
7	ผู้ให้บริการทางสุขอนามัยได้รับการประเมินโดยตารางตรวจสอบที่มีคุณภาพได้มาตรฐานหรือไม่						
ลักษณะของโครงการ							
1	วัยรุ่น (ทั้งหญิงและชาย) มีบทบาทในการดำเนินงานของสถานให้บริการนี้หรือไม่						
2	วัยรุ่นมีส่วนในการตรวจสอบคุณภาพของข้อกำหนดการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์หรือไม่						
3	สามารถมองเห็นวัยรุ่นในสถานบริการโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองหรือคู่ครองได้หรือไม่						
4	มีการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายหรือไม่ (การรักษาและป้องการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ HIV การคลอดบุตร เป็นต้น)						
5	มีกฎระเบียบเป็นลายลักษณ์อักษรในการให้บริการต่างๆกับวัยรุ่นหรือไม่						
6	มีถุงยางอนามัยให้บริการกับวัยรุ่นหญิงชายหรือไม่						
7	มีอุปกรณ์การศึกษาเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ หรือโปสเตอร์ที่ออกแบบสำหรับวัยรุ่นหรือไม่						
8	มีกลไกการส่งต่อผู้ป่วยหรือไม่ (สำหรับกรณีฉุกเฉินต่างๆ เป็นต้น)						
9	มีการตรวจสอบสำหรับวัยรุ่นเป็นประจำหรือไม่ (อย่างเช่น จำนวนคนไข้วัยรุ่น แยกตามอายุและเพศ)						

สรุป

แม้ว่าจะมีการทำงานจากทุกมิติเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น ข้อจำกัดสำคัญคือการทำงานที่ยังขาดความเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน การไม่เชื่อมโยงกันของการทำงานและการบริหารจัดการโครงการและนโยบายจากส่วนกลางและระดับจังหวัด การขาดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศร่วมกันทำให้มีการทำงานซ้ำซ้อน เช่น การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนที่มีการดำเนินงานโดยหลายหน่วยงาน แต่ขณะเดียวกันกลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาแต่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 18 ปียังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและการเรียนรู้ที่เหมาะสมต่อตน ข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวที่เป็นมิตรโดยเฉพาะทางเลือกที่จะใช้วิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรและคุณภาพการใช้วิธีการคุมกำเนิดอื่นๆ ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาเร่งด่วน และควรจะเป็นมิติของการทำงานที่นำไปสู่การทำงานของทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกัน และสุดท้ายคือต้องให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีที่ควรจะลดจำนวนไม่ให้เกิดขึ้นเลย

บทที่ 7
ข้อเสนอแนะและก้าวต่อไป

บทที่ 7

วิสัยทัศน์ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติเห็นว่าจะต้องส่งเสริมและเติมเต็มตามสิทธิของเด็กผู้หญิงทุกคนให้สามารถก้าวข้ามจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี ซึ่งหมายถึงการเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ปราศจากอคติเรื่องความไม่เท่าเทียมทางเพศหรือการกีดกัน การตีตราความรุนแรง หรือการถูกบังคับ การตั้งครรภ์ในเด็กส่งผลทำให้เด็กผู้หญิงไม่มีทางเลือก ขาดความสามารถและโอกาสที่จะเติมเต็มศักยภาพของตนเอง เด็กผู้หญิงต้องได้รับการเสริมพลัง ให้แข็งแรง ได้รับโอกาสทางการศึกษา สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองถึงอนาคตที่ต้องการ สามารถแสดงออกถึงสิทธิของตน โดยเฉพาะในด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์

UNFPA State of World Population 2013

แม้ทุกหน่วยงานได้พยายามแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่มาตรการต่างๆเน้นที่การแก้ไขปัญหาปลายเหตุหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่ โดยไม่ได้เน้นที่สาเหตุพื้นฐาน อาทิความเหลื่อมล้ำทางเพศ โอกาสทางการศึกษาที่ไม่เท่าเทียมกัน การปกป้องสิทธิของวัยรุ่นโดยการบังคับใช้กฎหมายตามกฎหมายในประเทศและข้อผูกพันระหว่างประเทศ รวมทั้งบทบาทของผู้ปกครอง โรงเรียน ชุมชน สังคม และผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ซึ่งต่างก็มีส่วนรับผิดชอบต่อเยาวชนเหล่านี้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเฉพาะกรณี

- **เข้าถึงกลุ่มเด็กผู้หญิงอายุ 10-14 ปี** เด็กผู้หญิงกลุ่มนี้มักจะถูกมองข้ามโดยผู้กำหนดนโยบาย แม้ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่างๆที่มีผลต่อการพัฒนาวัยรุ่นในช่วงวัยที่มีความสำคัญกับการเจริญเติบโตนี้ ทางด้านกฎหมายก็เช่นกัน เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีนั้นผิดกฎหมาย ดังนั้นผู้ปกครองเด็กรวมทั้งพ่อแม่ สมาชิกครอบครัวคนอื่น ครู และคนอื่นๆ จะต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับการตั้งครรภ์ของเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี แน่นอนว่าสิ่งที่ดีที่สุดในการป้องกันปัญหานี้คือการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับวัยของเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้รวมทั้งทักษะต่างๆเพื่อให้พวกเธอสามารถหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ เด็กผู้หญิงต้องสามารถใช้สิทธิในการศึกษาเพื่อไปเรียนหนังสือที่โรงเรียน บุคคลที่อยู่รอบตัวเธอและสภาพแวดล้อมต่างๆมีหน้าที่สนับสนุนให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น การเก็บข้อมูลต่างๆที่ผ่านมามักจะไม่ได้แยกกลุ่มเด็กอายุนี้ ดังนั้นการทำสำมะโนประชากรควรมีคำถามพื้นฐานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่ชัดของเด็กกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ควรปรับปรุงการรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบปัจจัยที่ทำให้นักเรียนออกจากโรงเรียนกลางคัน ความรุนแรง การบังคับ และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เพื่อให้เด็กผู้หญิงเหล่านี้และครอบครัวของเธอสามารถเข้าถึงเครื่องมือและข้อมูลที่มีประโยชน์และการป้องกันแก้ไขที่เหมาะสม
- **ลดการตั้งครรภ์และคลอดซ้ำในหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี** โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดต่างๆ ต้องสร้างความมั่นใจว่าทั้งวัยรุ่นหญิงและชายที่มีเพศสัมพันธ์สามารถเข้าถึงการใช้ถุงยางเพื่อป้องกันทั้งการตั้งครรภ์และการติดเชื้อเอชไอวี หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และคู่ครองของเธอควรได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการวางแผนครอบครัวและวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับวัยรุ่นที่เคยคลอดบุตรมากกว่าครั้งหนึ่งแล้ว ที่สำคัญคือต้องให้เด็กวัยรุ่นสามารถเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรที่มีประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นห่วงอนามัย หรือยาฝังคุมกำเนิด โดยกำหนดให้เป็นหนึ่งในสิทธิตามหลักประกันสุขภาพที่จะต้องจัดบริการนี้ให้กับผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิดและบริการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาตรการดังกล่าวควรมีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและชีวิตประจำวันของวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันสามารถเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนด้วย เช่น ประเมินประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการจัดบริการถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดฟรีทุกรูปแบบแก่วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทั้งภายในและนอกสถานพยาบาลตลอดจนขจัดอุปสรรคต่างๆ อาทิเช่นที่เกิดจากกฎระเบียบเรื่องสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการประกันสุขภาพ

- **มาตรการการคุมกำเนิดควรมีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและชีวิตประจำวันของวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย** และมีการเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน เช่น ประเมินประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการจัดบริการถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดฟรีทุกรูปแบบแก่วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทั้งภายในและนอกสถานพยาบาล โดยคำนึงถึงการให้บริการที่รักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ตลอดจนการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมเพื่อให้วัยรุ่นสามารถร่วมตัดสินใจเรื่องการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละคน ตลอดจนขจัดอุปสรรคต่างๆ อาทิเช่นที่เกิดจากกฎระเบียบเรื่องสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการประกันสุขภาพ
- **ลงทุนเรื่องทางการศึกษาถ้วนหน้าของเด็กทุกคน** ต้องให้หลักประกันว่าทุกคนที่อยู่ในวัยของการศึกษาภาคบังคับจะต้องได้เรียนหนังสือ และได้รับการศึกษาอย่างมีคุณภาพ อีกทั้งต้องให้การคุ้มครองความปลอดภัยด้านที่พักอาศัยแก่เด็กนักเรียนในกรณีที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ผู้หญิงที่พักอาศัยอยู่ในหอพักจะต้องได้รับความคุ้มครองจากผู้ประกอบการหอพักให้ดำเนินการตามกฎระเบียบของการทำธุรกิจหอพัก เช่น การคัดกรองผู้เข้าพัก การให้ความปลอดภัยแก่ผู้เช่าหอพัก เป็นต้น

  ในกรณีที่ตั้งครรภ์ ต้องให้มีการรับประกันได้ว่านักเรียนวัยรุ่นจะต้องสามารถเรียนหนังสือต่อจนจบได้โดยไม่ถูกกีดกันออกจากระบบการศึกษา เพื่อคุ้มครองไม่ละเมิดสิทธิของเด็ก ต้องได้รับการสงเคราะห์เรื่องรายได้และการดูแลบุตรตามสมควรเพื่อให้สามารถเลี้ยงดูบุตรได้โดยไม่ต้องออกจากโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการและสถาบันการศึกษาในสังกัดต้องมีมาตรการต่างๆ ให้วัยรุ่นหญิงได้เรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียนนานที่สุด ลดการออกจากโรงเรียนกลางคันของเด็กวัยรุ่นทั้งหญิงและชาย เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพของเด็กหญิงและวัยรุ่นหญิงให้เติบโตขึ้นอย่างเห็นคุณค่าของตนเอง มีความรู้ทักษะ มีความสามารถในการประกอบอาชีพและพึ่งพาตนเอง ซึ่งอาจรวมถึงมาตรการเชิงรุกโดยโรงเรียนและหน่วยงานอื่นๆเพื่อโน้มน้าวให้พ่อแม่และผู้นำชุมชนเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในกรณีที่มีการให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ออกจากโรงเรียนและไม่อนุญาตให้เธอกลับเข้าเรียนหนังสืออีกหลังคลอดบุตร
- **สนับสนุนการเข้าถึงความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้านของวัยรุ่น** เพื่อให้พวกเขามีทักษะในการแก้ไขปัญหาชีวิตอย่างเหมาะสม เช่น สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่นำไปสู่การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ การมีทักษะเจรจาต่อรองเพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นต้น โดยจัดการศึกษาให้เหมาะสมกับวัยของผู้เรียน ตลอดจนให้ความรู้เรื่องแหล่งข้อมูลและความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ หรือเพื่อเผชิญหน้ากับปัญหา รู้จักทางเลือกเมื่อตั้งครรภ์แล้ว หน่วยงานและกระทรวงที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาหลักสูตรที่มีเนื้อหารอบด้าน ไม่เพียงการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ทางกายภาพ แต่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเรื่องสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นพื้นฐานของให้การศึกษาเรื่องเพศอย่างรอบด้าน รวมทั้งสิทธิการเข้าถึงการศึกษา สิทธิการมีสุขภาพที่ดี สิทธิในการถูกคุ้มครอง และสิทธิในการดำเนินชีวิตที่ไม่มีความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ควรมีการแยกและให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการสร้างสัมพันธภาพที่ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ปลูกฝังให้เด็กผู้ชายมีความเคารพให้เกียรติในอารมณ์และร่างกายของผู้หญิง และเข้าใจความสำคัญของความเป็นผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มีความเกี่ยวพันกับความสัมพันธ์ต่างๆรวมทั้งทางความสัมพันธ์ทางด้านเพศ
- **ส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองกับเด็กวัยรุ่น** โดยลดช่องว่างของการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่น พ่อแม่เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญที่สุดในชีวิตของวัยรุ่น และควรมีส่วนเกี่ยวข้องในการช่วยเหลือให้วัยรุ่นก้าวผ่านการเป็นเด็กกลายเป็นผู้ใหญ่ท่ามกลางการให้ความสนุบสนุนมากกว่าสร้างข้อจำกัดและกีดกัน โดยเน้นย้ำให้มีความรับผิดชอบในความสัมพันธ์ทั้งหมดรวมทั้งความสัมพันธ์ทางเพศ ความแตกต่างของมุมมองและวิธีคิดเรื่องเพศของคนที่จากช่วงวัยที่ต่างกันย่อมนักไปสู่ความกดดันในการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารสาธารณะเรื่องเพศเพื่อเปิดมุมมองความคิดเห็นต่างๆ ของผู้คนในสังคม โดยเฉพาะเมื่อต้องพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัวว่าทำอย่างไรให้เกิดการสื่อสารทางบวก ทำอย่างไรจะสามารถหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ ไม่เป็นการสื่อสารในครอบครัวที่ตีกรอบ ถูกบังคับหรือเป็นการควบคุมความประพฤติของเด็กวัยรุ่น
- **ดึงวัยรุ่นให้ร่วมคิดร่วมทำเพื่อจัดการกับปัญหาแทนที่จะเห็นวัยรุ่นเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา** ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำนวนสูงแต่ในขณะเดียวกันประชากรไทยโดยรวมแก่ลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องปรับตัวเข้ากับค่านิยมใหม่ๆของกลุ่มวัยรุ่นที่เปลี่ยนไป การคาดหวังว่าค่านิยมทางด้านสังคมที่ล้าหลังจะช่วยทำให้

© ธนัญ เอกมุศย์

เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆนั้นไม่ได้เป็นการแก้ใขปัญหา คนหนุ่มสาวในวันนี้จะเติบโตกลายเป็นคนสร้างกฎหมาย ผู้สร้างบรรทัดฐานและพ่อแม่ในอนาคต ดังนั้นวิถีที่พวกเขาปฏิบัติในวันนี้จะเป็นมาตรฐานและบรรทัดฐานของอนาคต แม้ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ตลอดจนผู้ที่ทำงานเรื่องการตั้งครรภ์วัยรุ่น อาจมีประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดนโนบายและมาตรการต่างๆแต่มุมมองบางอย่างของพวกผู้ใหญ่อาจไม่สอดคล้องกับยุคสมัยและวิถีชีวิตของสังคมรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนโฉมหน้าไปอย่างรวดเร็ว การให้คนหนุ่มสาวมีส่วนร่วมในการแก้ใขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นนอกจากจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแก้ใขปัญหา การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นโดยเห็นพวกเขาเป็นพันธมิตรที่เท่าเทียมกันเป็นสิ่งที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมความเข้าใจในเรื่องสิทธิและความรับผิดชอบต่างๆ

- **บังคับใช้กฎหมายเข้มงวดขึ้นเพื่อลดการสมรสในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี** รรวมทั้งหามาตรการเพื่อดูแลเรื่องการละเมิดทางเพศและการบังคับขืนใจให้มีเพศสัมพันธ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยให้มีความร่วมมือจากคนในชุมชน ไม่ปกป้องผู้ที่ละเมิดทางเพศกับผู้หญิง และให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมายไม่เฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยตรง เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ การใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในเด็กและวัยรุ่น เป็นต้น
- **ดึงผู้ชายและเด็กผู้ชายให้มีส่วนรับรู้และร่วมแก้ปัญหา** การทำงานเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ผ่านมานั้นไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ชายมากเท่าที่ควร จึงควรให้ผู้ชายมีส่วนร่วมนับตั้งแต่เป็นเด็กชายที่จะต้องเรียนรู้และมีพัฒนาการที่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพทางเพศโดยปราศจากความรุนแรง ไม่ใช้กำลังบังคับ เรียนรู้การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เข้าใจและให้เกียรติและมีความรับผิดชอบในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์การทำงานอย่างรอบด้านและหลายระดับ ต้องมีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลาง ระดับจังหวัดและท้องถิ่น มีการส่งต่อเพื่อให้เด็กวัยรุ่นได้รับบริการอย่างรอบด้านโดยคำนึงถึงการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของวัยรุ่นและครอบครัว
- **ต้องมีความตระหนักว่ามาตรการต่างๆต้องมีความหลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย** ซึ่งไม่จำกัดแต่กรณีการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเท่านั้น มาตรการที่ประสบความสำเร็จต้องรวมถึงการโน้มน้าวให้วัยรุ่นเลื่อนการมีเพศสัมพันธ์ไปจนกว่าพวกเขาจะมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งให้มั่นใจว่าเมื่อเขาตั้งใจจะมีเพศสัมพันธ์พวกเขาจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและได้รับความสนับสนุนและช่วยเหลือในกรณีที่วัยรุ่นตั้งครรภ์หรือมีโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้มาตรการและพยายามเหล่านี้ต้องได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบายและผู้มีอิทธิพลทางความคิด นายจ้างและสื่อมวลชน รวมทั้งพ่อแม่ ครู พนักงานดูแลสุขภาพ และผู้นำชุมชน ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องมีความสม่ำเสมอในการดำเนินมาตรการและนโยบายต่างๆ ข้อมูลหรือข้อความที่ต้องการให้ประชาชนรับทราบต้องมีความถูกต้องและได้รับการเผยแพร่อย่างสม่ำเสมอโดยทุกภาคส่วนและทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การดำเนินการต่างๆต้องเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานหลักทั้งในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

การดำเนินการตามข้อเสนอแนะทั้งหมดข้างต้น ต้องการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน กำลังใจ และความตั้งใจจริงในการปฏิบัติ กำกับติดตาม และประเมินผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ข้อเสนอเพื่อการทำงานเชิงบูรณาการ

- จัดตั้งกลไกบูรณาการการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่างหน่วยราชการและระหว่างหน่วยราชการกับองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชนและชุมชน โดยมีแผนปฏิบัติงานระดับประเทศและระดับจังหวัดที่มีความเป็นเอกภาพและสอดคล้องกัน มีเป้าหมายร่วมกันเป็นเป้าหมายหลักของประเทศร่วมกันของทุกหน่วยงาน ทั้งนี้นายกรัฐมนตรีควรเป็นผู้นำและรับผิดชอบการปฏิบัติงานตามนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเช่นเดียวกับการทำงานในแผนงานเอดส์แห่งชาติที่ต้องความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
- ผลักดันร่างพระราชบัญญัติอนามัยการเจริญพันธุ์ให้ได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา เพื่อให้เป็นเครื่องมือสำคัญในการคุ้มครองสิทธิของวัยรุ่นให้ได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมทั้งการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การสอนเพศศึกษาอย่างรอบด้านที่เหมาะสมกับวัยแก่ทุกโรงเรียน ให้เด็กวัยรุ่นสามารถเข้าถึงการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอด ได้รับบริการการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้ตั้งครรภ์เมื่อมีอายุน้อย พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการให้สามารถให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นทุกเพศได้อย่างได้อย่างแท้จริงซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์และการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมีข้อพิจารณาอย่างระมัดระวังเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและอยู่ในกรอบของกฎหมาย เป็นการลดความเสี่ยงจากการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการที่ไม่ปลอดภัย อีกทั้งต้องปกป้องการถูกคุกคามและละเมิดทางเพศ การแต่งงานในวัยเด็กที่อาจเกิดจากความยินยอมของผู้ปกครอง และการคุ้มครองสิทธิในการได้รับการศึกษา การศึกษาถ้วนหน้าของเด็กทุกวัย แม้แต่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แล้วก็ควรจะได้รับสิทธิในการศึกษาต่อได้
- มีการจัดสรรงบประมาณและกำลังคนอย่างเพียงพอและอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาที่ต้องการการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ระหว่างส่วนกลางและระดับจังหวัดตลอดจนส่วนท้องถิ่น
- กลไกบูรณาการระหว่างหน่วยงานรับผิดชอบทุกระดับให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลและหลักฐานข้อเท็จจริงในการกำหนดนโยบาย ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล โดยลงทุนให้เกิดระบบสำคัญดังต่อไปนี้

    (ก) พัฒนาฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับประเทศและระดับจังหวัดที่สอดคล้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมขนาดและแนวโน้มของปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้อง ผลกระทบด้านต่างๆ และผลการดำเนินงานตามนโยบายและมาตรการที่มีอยู่ โดยอาจเป็นฐานข้อมูลเดี่ยว หรือเป็นระบบที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลในหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละประเด็น ทั้งนี้ต้องมีการออกแบบฐานข้อมูลและวางแผนการบริหารจัดการข้อมูลเป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยอยู่เสมอเพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเป็นฐานคิดของการพัฒนานโยบายและโครงการต่างๆ

    (ข) พัฒนาระบบการประเมินนโยบายและมาตรการสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อสนับสนุนข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ และผลด้านอื่นๆ ให้ผู้บริหารได้ใช้ประกอบการตัดสินใจคัดเลือกมาตรการและออกแบบโครงการที่เหมาะสม นอกจากนี้ ควรดำเนินการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการนำบทเรียนและประสบการณ์ในพื้นที่หนึ่งไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการและกิจกรรมในอีกพื้นที่หนึ่ง

    (ค) พัฒนาระบบติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เช่น อัตราการตั้งครรภ์ อัตราการคลอด อัตราการเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ประเภทต่างๆ ของวัยรุ่น จำนวนโรงเรียนที่มีการดำเนินมาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและมาตรการให้ความช่วยเหลือดูแลนักเรียนที่ตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลัง คลอด เป็นต้น รวมทั้งกำหนดเป้าหมายสำหรับทุกตัวชี้วัดและนำข้อมูลผลการปฏิบัติงานตามนโยบายมาพิจารณาประกอบการปรับเป้าหมายในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย (2556). โครงการการวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย จัดทำโดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนับสนุนโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

กระทรวงสาธารณสุข (2553). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-257).

กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546). ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง-WHO Multi-country study on violence against women. เอกสารทางวิชาการสถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 271

กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ (2551). ความก้าวหน้าในรอบหนึ่งปีของข้อเสนอเชิงนโยบายสุขภาวะทางเพศ 3 ด้าน. ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข ... ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม. นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติพงษ์ อุบลสะอาด (2552). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว เยาวชน และโรงเรียนในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์.

คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (2556). รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที 1/2556 วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2556.

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2554). รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร.

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา (2554). สรุปผลการสัมนา เรื่อง เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและด้านการสาธารณสุข. 4 กุมภาพันธ์ 2554, ห้องประชุมคณะกรรมาธิการ อาคารรัฐสภา 2 กรุงเทพมหานคร.

ชวมัย สืบนุการณ์ (2544). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์ วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 26(1): 124-138.

ณัฐยา บุญภักดี, บรรณาธิการ. (2551). การตั้งท้องไม่พร้อมและข้อเสนอเชิงนโยบาย. ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข ... ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม. นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไทยรัฐ ออนไลน์. (2553, 2 มีนาคม 2553). ตะลึงซากทารก 2002 ศพ ตีแผ่วิกฤติสังคมเสื่อมทราม. Retrieved 8 กรกฎาคม, 2556

บัลลังก์ โรหิตเสถียร, นงศิลินี โมสิกะ. (2554). Up to me รณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. Retrieved 18 สิงหาคม, 2556

เบญจพร ปัญญายง (2553). การทบทวนองค์ความรู้ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และคณะ. (2556). แม่วัยใส: สถานการณ์และบริบทในสังคมไทย. โครงการสำรวจและศึกษาเพื่อเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมรอบที่ 1 (มิถุนายน - สิงหาคม 2556). กรุงเทพมหานคร, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วีรพล กิตติพิบูลย์ (2555). ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 27(1): 97-106.

ศิตาพร ยังคง และคณะ (2556). การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554. นนทบุรี, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ (2554). การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). ขอนแก่น, ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล, กฤตยา แสวงเจริญ, และคณะ (2555). สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น: การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัดของประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข 21: 865-877.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล, กฤตยา แสวงเจริญ, และคณะ (2556). การรับรู้ของวัยรุ่นชายเกี่ยวกับความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 58: 75-88.

ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ (2552). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช. จิตวิทยาคลินิก คณะวิทยาศาสตร์. กรุงเทพ, มหาวิทยาลัยมหิดล. ปริญญาโท: 96.

ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย (2553). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างหลักประกันความมั่นคงของครอบครัว. นนทบุรี, สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2554). รายงานสุขภาพคนไทย 2554. นครปฐม.

สมคิด สมศรี, บรรณรัตน์ เก่งกสิกิจ, และคณะ (2554). การตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความต้องการความช่วยเหลือในเขตพื้นที่ จังหวัดพิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี และชัยนาท. ลพบุรี, สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 จังหวัดลพบุรี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สมรัฐ ศรีตระกูล (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2: 1425-1431.

สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2555). รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 8 การแก้ไขปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม. นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2553). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2 26 พฤษภาคม 2553. กรุงเทพมหานคร, โครงการจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549). การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552). การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2555). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (2554). มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติ 8 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2555). อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ Retrieved 16 สิงหาคม, 2556, from http://rh.anamai.moph.go.th/drh.html.

สุรเดช บุณยเวทย์ และคณะ (2551). วิทยาการระบาดและการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2: 1231-1242.

อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และคณะ (2552). ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร 27: 369-380

Anusornteerakul, S., K. Khamanarong, et al. (2008). The Influence Factors That Affect Thailand's Management of Youth Reproductive Health Service. Journal of Diversity Management 3: 27-32.

Blum, R. and K. Mmari (2004). Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries : an analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world. Geneva, WHO.

Chaikoolvatana, C., A. Powwattana, et al. (2013). Development of a School-based Pregnancy Prevention Model for Early Adolescent Female Thais Pacific Rim Int J Nurs Res 17: 191-147.

Chantrapanichkul, P. and S. Chawanpaiboon (2013). Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. International Journal of Gynecology and Obstetrics 120: 160-164.

Chaturachinda, K. (2011). 2002 fetal remains and our College. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 19: 37-39.

Corcoran, J. (1998). Consequences of adolescent pregnancy/parenting: a review of the literature. Soc Work Health Care 27(2): 49-67.

Cunnington, A. J. (2001). What's so bad about teenage pregnancy? J Fam Plann Reprod Health Care 27(1): 36-41.

Denise, D. and L. G. Pol (1982). The Individual Economic Costs of Teenage Childbearing. Family Relations 31(2): 249-259.

Dillard, D. and L. G. Pol (1982). Dillard D & Pol L. The Individual Economic Costs of Teenage Childbearing. Family Relations 31: 249-259.

Fengxue, Y., S. Isaranurug, et al. (2003). Attitudes toward adolescent pregnancy, induced abortion and supporting health services among high school students in Phuttamonthon district, Nakhon Pathom province, Thailand. Journal of Public Health and Development 1: 25-32.

Fongkaew, W., S. Settheekul, et al. (2011). Effectiveness of a Youth-led Educational Program on Sexual and Reproductive Health for Thai Early Adolescents. Pacific Rim Int J Nurs Res 15: 81-96.

Frances, G. (2008). Annual report 2008 from Teenage Pregnancy Independent Advisory Group. England.

Hadley, A. (2012). Teenage Pregnancy Strategy for England…lessons from the last 10 years. London, Department of Education.

Haque, M. and A. Soonthorndhada (2009). Risk Perception and Condom-use among Thai Youths: Findings from Kanchanaburi Demographic Surveillance System Site in Thailand. Journal of Health, Population and Nutrition 27: 772-783.

Hoffman, S. D. (2006). By the Numbers: The Public Costs of Teen Childbearing. Washington, DC, The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Intaraprasert, S. and S. Pattarachai (2006). Teens' problems in modern society: unplanned and unwanted pregnancy. 1st ed. . Bangkok, The Royal College of Thai Pediatricians.

Isaranurug, S., L. Mo-suwan, et al. (2006). Differences in Socio-Economic Status, Service Utilization, and Pregnancy Outcomes between Teenage and Adult Mothers. J Med Assoc Thai 89(2): 145-151.

Jahan, N. (2008). Teenage Marriage and Educational Continuation in Thailand. Journal of Population and Social Studies 17: 135-156.

Jones, E. F., J. D. Forrest, et al. (1985). Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. Fam Plann Perspect 17(2): 53-63.

Kaewjanta, N. (2012). Depression in Teenage Pregnancy: Factors, Affect and Prevention. Journal of Nursing Science & Health 35(1): 83-90.

Kanato, M. and K. Saranrittichai (2006). Early Experience of Sexual Intercourse - A Risk Factor for Cervical Cancer Requiring Specific Intervention for Teenagers. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 7: 151-153.

Kearney, M. S. and P. B. Levine (2012). Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter? J Econ Perspect 26(2): 141-166.

Kongsri, S., S. Limwattananon, et al. (2011). Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national Reproductive Health Survey data, 2006 and 2009. Reproductive Health Matters 19: 86-97.

Manopaiboon, C., P. Kilmarx, et al. (2003). High rates of pregnancy among vocational school students: results of audio computer-assisted self-interview survey in Chiang Rai, Thailand. J Adolesc 26: 517-530.

Meade, C. S. and J. R. Ickovics (2005). Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. Soc Sci Med 60(4): 661-678.

Miller, F. C. (2000). Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. J Pediatr Adolesc Gynecol 13(1): 5-8.

Muangpin, S., S. Tiansawad, et al. (2010). Northeastern Thai Adolescents' Perceptions of Being Unmarried and Pregnant. Pacific Rim Int J Nurs Res 14(2): 149-161.

Nicaise, I., P. Tonguthai, et al. (2000). School dropout in Thailand: causes and remedies. Leuven, HIVA, University of Leuven.

Oringanje, C., M. Meremikwu, et al. (2010). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review), The Cochrane Collaboration.

Podhisita, C., P. Xenos, et al. (2004). The risk of premarital sex among Thai youth: individual and family influences. Journal of Population and Social Studies 12: 1-31.

Rhucharoenpornpanich, O., A. Chamratrithirong, et al. (2012). Parent-Teen Communication about Sex in Urban Thai Families. Journal of Health Communication 17: 380–396.

Social Exclusion Unit. (1999). Teenage pregnancy : report by the Social Exclusion Unit presented to Parliament by the Prime Minister by command of Her Majesty, June 1999.

Sonfield, A., K. Kost, et al. (2011). The Public Costs of Births Resulting from Unintended Pregnancies: National and State-Level Estimates. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 43(2).

Suwansuntorn, P. and K. Laeheem (2012). The Social Effects on Pregnant Teenagers in Na Mom district, Songkhla Province. The 4th International Conference on Humanities and Social Sciences, Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University.

Tangmunkongvorakul, A., C. Ruangyuttikarn, et al. (2006). Providers' Perspectives in Addressing Adolescents' Sexual and Reproductive Health Needs in Northern Thailand. CMU Journal 5: 103-119.

Tangmunkongvorakul, A., G. Carmichael, et al. (2011). Sexual perceptions and practices of young people in Northern Thailand. Journal of Youth Studies 14: 315-339.

Thaithae, S. and R. Thato (2011). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. J Pediatr Adolesc Gynecol 24(6): 342-346.

Thaweesit, S. and P. Boonmongkon (2009). Sexuality Education and Sexual Harassment: Two Critical Issues on Sexual Reproductive Health and Rights in Thailand. Kuala Lumpur, The Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW).

Trivedi, D., F. Bunn, et al. (2007). Update on review of reviews on teenage pregnancy and parenthood. Hertfordshire, Centre for Research in Primary and Community Care, University of Hertfordshire.

UNFPA (2012). By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights and Development UNFPA State of World Population 2012. New York.

UNFPA (2012). Marrying too young. New York: 76.

UNFPA Thailand (2011). Impact of demographic change in Thailand. G. Jones and W. Im-em. Bangkok.

UNFPA Thailand (2013). Minutes of the Selected Stakeholder Consultation on the Issue of Adolescent Pregnancy in Thailand, 11th June 2013. Bangkok, Sukosol Hotel.

Vuttanont, U., T. Greenhalgh, et al. (2006). "Smart boys" and "sweet girls"—sex education needs in Thai teenagers: a mixed-method study." Lancet 368: 2068-2080.

Wanakosit, S. (2012). Pregnancy outcomes between teenage pregnancy and adult pregnancy at Lahansai Hospital. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 29(4): 283-292.

Warakamin, S., N. Boonthai, et al. (2004). Induced abortion in Thailand: current situation in public hospital and legal perspective. Reproductive Health Matters 12: 147-156.

Wellings, K. (2012). Strategies to prevent teenage pregnancy: elements and evaluation. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

WHO (2008). Adolescent pregnancy: fact sheet. Retrieved 6 July, 2010, from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html.

WHO (2011). Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva.

WHO (2012). Adolescent health. Retrieved 30 June, 2012, from http://www.who.int/ topics/adolescent_health/en/

ภาคผนวก

ตาราง 1 อัตราการคลอดในหญิง 15-19 ปีต่อประชากรหญิงวัย 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2543 - 2555

	อัตราคลอด: 1000												จำนวนหญิงคลอด 15-19 ปี	ประชากรกลางปีหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราคลอด: 1000
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
กระบี่	42	47	44	42	54	62	57	62	61	63	62	65	1,151	17,673	65.1
กรุงเทพมหานคร	35	35	47	53	60	61	59	56	54	52	49	50	10,265	208,525	49.2
กาญจนบุรี	37	41	46	47	63	64	65	66	65	63	63	68	1,970	30,497	64.6
กาฬสินธุ์	26	29	35	37	38	41	40	44	44	43	45	47	1,805	36,704	49.2
กำแพงเพชร	29	32	37	41	49	54	51	56	53	54	52	58	1,500	26,493	56.6
ขอนแก่น	30	32	36	36	44	44	43	46	45	48	49	53	3,616	66,931	54.0
จันทบุรี	40	47	50	50	60	61	62	60	61	61	59	67	1,264	19,278	65.6
ฉะเชิงเทรา	34	40	40	42	56	61	61	67	63	62	61	62	1,619	24,722	65.5
ชลบุรี	58	60	70	69	87	90	88	88	85	79	78	82	4,156	48,828	85.1
ชัยนาท	20	24	32	31	43	45	54	54	57	55	58	56	594	10,695	55.5
ชัยภูมิ	25	27	31	30	37	41	43	44	47	48	49	54	2,188	40,768	53.7
ชุมพร	38	37	42	36	48	54	52	56	59	56	55	59	1,143	18,290	62.5
เชียงราย	28	30	34	35	41	38	37	36	37	37	40	44	1,957	44,079	44.4
เชียงใหม่	39	39	41	42	42	45	42	39	39	37	39	41	2,561	59,810	42.8
ตรัง	29	34	33	32	43	46	48	47	51	44	47	53	1,339	25,596	52.3
ตราด	39	39	47	48	60	62	60	63	63	57	56	66	559	8,179	68.3
ตาก	50	60	61	61	76	67	72	68	67	70	84	66	1,492	21,587	69.1
นครนายก	37	49	43	47	60	63	61	72	70	71	64	85	589	8,858	66.5
นครปฐม	43	46	44	54	61	61	58	57	54	53	49	52	1,713	33,300	51.4
นครพนม	30	30	33	33	40	40	40	43	42	43	46	49	1,334	27,094	49.2
นครราชสีมา	32	34	35	34	43	43	43	45	50	49	50	55	5,234	93,913	55.7
นครศรีธรรมราช	25	27	26	30	37	39	41	42	45	45	44	49	2,855	57,598	49.6
นครสวรรค์	28	33	37	40	49	54	58	58	59	58	59	62	2,192	37,050	59.2
นนทบุรี	32	34	45	48	56	55	50	52	50	47	51	49	1,915	38,895	49.2
นราธิวาส	36	41	34	35	39	41	42	43	45	45	44	45	1,601	34,350	46.6
น่าน	25	29	27	24	33	30	33	31	32	32	30	36	659	17,404	37.9
บึงกาฬ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	1,070	15,503	69.0
บุรีรัมย์	27	31	35	32	39	43	42	43	48	52	53	58	3,513	62,121	56.6
ปทุมธานี	30	34	46	39	62	61	59	52	51	44	46	41	1,618	38,582	41.9
ประจวบคีรีขันธ์	35	45	53	56	70	72	76	74	75	75	72	79	1,447	18,226	79.4
ปราจีนบุรี	33	41	38	42	52	59	56	57	61	60	57	67	1,045	16,971	61.6
ปัตตานี	30	36	36	36	36	40	37	41	40	42	38	42	1,209	31,459	38.4
พระนครศรีอยุธยา	28	34	41	46	63	67	63	67	66	63	59	58	1,622	27,175	59.7
พะเยา	20	22	25	23	31	32	30	29	27	28	26	30	593	19,698	30.1
พังงา	33	38	34	38	52	56	56	57	58	56	50	64	629	9,370	67.1
พัทลุง	21	23	22	25	29	37	38	41	43	44	39	42	830	19,174	43.3
พิจิตร	32	34	36	35	41	46	50	54	55	56	60	63	1,073	18,443	58.2
พิษณุโลก	27	30	35	38	44	49	46	43	46	45	45	49	1,640	32,299	50.8
เพชรบุรี	29	34	39	48	54	61	62	60	61	63	62	64	960	16,186	59.3
เพชรบูรณ์	23	24	29	31	40	39	41	44	43	44	44	50	1,757	34,820	50.5
แพร่	16	20	19	21	24	27	26	30	26	28	28	33	456	15,436	29.5
ภูเก็ต	42	45	63	64	64	70	65	68	64	65	62	65	875	14,322	61.1
มหาสารคาม	21	24	28	31	31	33	32	33	37	37	35	38	1,481	36,227	40.9
มุกดาหาร	24	27	28	28	35	35	37	39	39	43	43	46	672	13,502	49.8
แม่ฮ่องสอน	55	58	53	50	67	64	61	51	53	52	58	60	648	10,751	60.3
ยโสธร	27	27	32	28	34	35	35	38	41	41	41	45	932	19,850	47.0
ยะลา	40	41	39	39	49	49	48	49	48	49	46	51	1,227	23,540	52.1
ร้อยเอ็ด	21	23	25	26	33	32	32	33	35	35	36	41	2,199	49,934	44.0
ระนอง	31	37	38	38	43	50	53	53	41	53	51	52	403	7,248	55.6
ระยอง	46	56	67	67	81	93	88	87	86	85	79	82	1,900	23,720	80.1
ราชบุรี	38	44	49	48	63	63	64	65	62	63	61	66	1,994	30,181	66.1
ลพบุรี	29	31	41	46	57	60	58	59	60	61	56	62	1,505	25,526	59.0
ลำปาง	19	20	21	22	26	29	27	27	27	27	28	29	781	25,480	30.7

ต่อ...

	อัตราคลอด: 1000												จำนวนหญิงคลอด 15-19 ปี	ประชากรกลางปีหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราคลอด: 1000
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
ลำพูน	24	30	28	29	30	33	33	32	31	31	31	34	423	13,033	32.5
เลย	23	27	34	37	45	47	45	47	49	50	51	56	1,280	22,333	57.3
ศรีสะเกษ	29	30	27	26	30	34	33	37	38	41	42	46	2,672	57,960	46.1
สกลนคร	27	28	30	35	41	42	42	41	45	48	51	52	2,490	43,240	57.6
สงขลา	32	33	35	37	44	47	46	45	46	45	47	53	2,812	53,344	52.7
สตูล	36	40	35	39	44	53	51	52	55	57	55	57	833	12,469	66.8
สมุทรปราการ	29	34	46	48	60	60	62	60	55	53	54	60	2,660	45,260	58.8
สมุทรสงคราม	26	27	37	38	50	49	48	47	47	44	48	56	328	6,248	52.5
สมุทรสาคร	49	55	66	63	88	87	86	83	85	79	77	82	1,591	19,226	82.8
สระแก้ว	32	31	36	35	44	49	51	52	56	53	56	60	1,211	20,827	58.1
สระบุรี	34	42	51	51	74	70	68	68	67	69	65	72	1,566	22,896	68.4
สิงห์บุรี	46	40	47	47	62	66	62	66	64	62	62	63	379	6,621	57.2
สุโขทัย	21	24	32	32	40	44	48	48	47	50	51	54	987	19,775	49.9
สุพรรณบุรี	34	37	39	44	55	61	61	59	59	62	61	64	1,796	29,278	61.3
สุราษฎร์ธานี	41	42	43	47	52	57	57	66	62	63	56	63	2,413	38,596	62.5
สุรินทร์	27	28	27	26	32	33	33	36	38	41	45	48	2,764	54,929	50.3
หนองคาย	28	28	36	36	40	42	42	44	45	45	46	42	961	19,828	48.5
หนองบัวลำภู	25	33	40	39	40	46	45	47	48	50	48	54	1,092	19,751	55.3
อ่างทอง	32	41	40	42	59	65	57	65	60	62	60	61	594	9,600	61.9
อำนาจเจริญ	25	29	32	23	30	32	33	36	38	36	40	43	606	14,741	41.1
อุดรธานี	33	32	42	44	48	47	47	47	48	49	50	56	3,369	60,714	55.5
อุตรดิตถ์	21	24	32	29	36	38	39	40	38	40	44	47	711	15,047	47.3
อุทัยธานี	34	34	35	43	46	52	55	63	59	61	61	68	698	11,233	62.1
อุบลราชธานี	30	31	36	33	41	41	41	43	45	49	49	53	3,865	74,342	52.0
ผลรวมรายประเทศ*	**31**	**34**	**38**	**39**	**47**	**49**	**49**	**50**	**50**	**50**	**50**	**54**	**129,451**	**2,404,152**	**53.8**

แหล่งที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตาราง ที่ 2 อัตราการคลอดในหญิง 10-17 ปีต่อประชากรวัย 10-17 ปี 1,000 คน

จังหวัด 1-77	อัตราคลอดซ้ำ: 1000														
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	จำนวนคลอด	จำนวนหญิงอายุ 10-17 ปี	อัตราคลอด: 1000
กระบี่	24.1	17.6	17.2	16.3	21.1	24.3	22.4	24.6	24.3	24.6	24.3	25.7	722	34,380	21.0
กรุงเทพมหานคร	27.4	15.9	18.3	20.4	23.0	23.0	22.0	21.1	20.4	20.2	19.7	21.0	6,462	386,614	16.7
กาญจนบุรี	22.8	16.2	18.5	18.6	24.7	25.3	26.0	26.1	26.1	25.7	25.4	28.3	1,254	57,590	21.8
กาฬสินธุ์	17.7	11.7	13.8	14.3	14.7	15.7	15.4	16.9	17.5	17.2	18.6	19.8	1,126	68,102	16.5
กำแพงเพชร	16.8	12.0	14.7	15.9	18.8	20.9	19.5	21.4	20.6	21.4	21.6	24.3	957	49,710	19.3
ขอนแก่น	19.2	12.7	14.4	13.9	17.0	16.8	16.4	17.4	17.5	19.4	20.0	22.7	2,280	122,177	18.7
จันทบุรี	29.2	20.4	20.0	19.4	23.7	23.4	24.5	23.7	24.3	24.5	24.4	28.5	793	35,520	22.3
ฉะเชิงเทรา	20.6	15.9	15.9	16.5	21.8	23.4	23.6	25.9	24.4	24.3	24.7	25.9	1,013	46,525	21.8
ชลบุรี	41.1	26.7	27.9	27.0	33.5	34.4	33.7	33.6	33.0	31.0	31.3	33.7	2,619	92,525	28.3
ชัยนาท	13.1	9.5	12.8	11.6	16.7	17.3	20.8	21.6	23.0	22.7	24.9	23.7	372	19,827	18.8
ชัยภูมิ	16.4	10.7	12.2	11.3	13.8	15.5	15.9	16.8	18.2	19.5	19.7	22.2	1,384	76,700	18.0
ชุมพร	21.6	13.7	16.3	13.9	18.9	20.5	19.7	23.0	22.5	21.3	21.5	23.9	717	34,720	20.6
เชียงราย	18.4	12.4	13.3	13.6	15.2	15.5	14.3	14.5	15.2	15.7	17.1	19.3	1,250	80,017	15.6
เชียงใหม่	25.1	16.3	17.2	17.3	17.3	19.8	17.0	16.1	16.6	15.9	17.4	18.7	1,639	106,020	15.5
ตรัง	16.3	12.4	13.0	12.6	16.9	17.5	18.8	17.9	19.6	17.4	18.5	21.7	833	48,101	17.3
ตราด	23.1	14.9	18.8	18.7	23.1	24.3	22.9	24.4	24.7	22.8	22.7	27.8	356	15,209	23.4
ตาก	31.4	24.2	24.6	23.8	28.9	25.5	26.8	25.5	24.9	26.5	32.1	25.9	951	43,216	22.0
นครนายก	19.9	17.7	17.4	18.7	23.2	24.7	23.9	28.6	27.7	28.2	26.7	36.8	370	16,246	22.8
นครปฐม	26.1	17.8	17.9	21.4	24.2	24.0	22.3	22.3	21.6	22.1	20.7	23.0	1,076	59,717	18.0
นครพนม	17.7	11.5	13.8	12.7	14.8	14.9	14.9	16.1	15.8	16.6	17.6	19.5	839	52,980	15.8
นครราชสีมา	18.3	12.6	14.1	13.5	16.4	16.7	16.2	17.3	19.2	19.3	20.1	22.5	3,291	177,300	18.6
นครศรีธรรมราช	13.4	9.2	10.5	11.8	14.3	15.1	15.9	16.6	17.7	17.7	17.8	19.8	1,772	109,804	16.1
นครสวรรค์	17.3	12.9	14.7	15.1	18.6	20.9	22.0	22.7	23.7	23.7	24.7	26.5	1,395	68,791	20.3
นนทบุรี	22.1	14.4	17.6	18.5	21.0	20.3	18.3	19.3	18.7	18.1	20.5	20.4	1,216	72,574	16.8
นราธิวาส	21.4	15.2	13.2	13.3	15.0	15.7	16.0	16.3	17.2	16.9	16.9	17.5	987	67,827	14.5
น่าน	16.2	11.6	11.0	9.4	12.7	12.3	12.7	12.0	12.3	12.8	12.6	15.3	404	31,419	12.9
บึงกาฬ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21.0	674	30,278	22.3
บุรีรัมย์	16.0	11.7	13.9	12.2	14.4	15.4	15.1	15.8	18.0	20.0	20.8	23.5	2,201	117,895	18.7
ปทุมธานี	20.6	14.5	18.8	15.1	23.0	22.9	22.3	19.9	20.1	17.7	18.6	17.4	1,031	70,609	14.6
ประจวบคีรีขันธ์	21.5	18.2	20.9	21.7	26.8	28.0	29.3	29.6	29.7	29.8	29.1	32.8	924	34,658	26.7
ปราจีนบุรี	18.7	14.8	15.1	16.5	20.5	22.3	21.5	22.1	23.5	23.7	22.8	27.1	655	32,126	20.4
ปัตตานี	18.9	13.9	13.2	13.3	13.3	15.0	13.7	14.9	14.7	15.5	14.2	16.1	744	61,865	12.0
พระนครศรีอยุธยา	17.2	13.1	16.3	17.6	23.7	25.3	23.3	25.2	24.8	24.7	23.9	24.2	1,022	50,659	20.2
พะเยา	12.8	8.6	10.1	9.0	11.8	13.1	11.6	11.6	11.6	12.2	11.9	14.3	365	32,597	11.2
พังงา	18.1	13.4	12.9	14.1	20.0	20.9	20.9	21.3	21.4	21.5	19.2	25.2	391	18,204	21.5
พัทลุง	11.2	8.2	8.8	9.9	11.3	13.9	14.4	15.6	16.3	17.2	15.4	17.2	515	35,591	14.5

ต่อ...

จังหวัด 1-77	อัตราคลอดซ้ำ: 1000														
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	จำนวนคลอด	จำนวนหญิงอายุ 10-17 ปี	อัตราคลอด: 1000
พิจิตร	16.3	11.7	14.1	13.5	15.7	17.3	19.1	20.6	20.6	22.1	23.7	25.6	685	35,002	19.6
พิษณุโลก	16.5	11.5	14.4	15.0	17.6	18.9	18.4	17.5	19.1	19.1	19.5	22.2	1,024	57,579	17.8
เพชรบุรี	19.3	13.7	16.2	19.1	21.2	23.7	24.0	23.7	24.7	24.8	25.2	27.2	622	30,367	20.5
เพชรบูรณ์	13.6	9.4	11.8	12.4	15.6	15.2	15.7	16.8	16.7	17.5	17.6	20.3	1,104	66,238	16.7
แพร่	10.7	8.0	7.4	8.2	9.3	11.7	9.9	11.3	10.2	11.6	12.1	14.6	292	27,257	10.7
ภูเก็ต	26.4	18.1	23.2	22.6	22.9	24.5	23.3	24.9	24.5	24.6	23.8	26.1	539	27,393	19.7
มหาสารคาม	13.1	9.4	10.9	11.4	11.5	12.7	12.3	12.5	14.3	14.5	14.6	15.9	927	65,836	14.1
มุกดาหาร	15.0	10.6	11.9	11.6	13.9	13.7	13.6	14.6	14.8	16.6	17.1	19.0	429	25,449	16.9
แม่ฮ่องสอน	32.9	23.3	21.3	20.1	26.2	26.4	24.4	20.2	21.0	21.4	23.9	25.2	407	20,424	19.9
ยโสธร	16.8	10.5	12.6	10.9	13.0	12.8	12.9	14.1	16.0	15.8	16.5	18.6	587	37,036	15.9
ยะลา	23.6	16.0	14.0	14.4	18.1	18.4	18.2	18.1	18.3	18.6	17.9	19.9	758	45,371	16.7
ร้อยเอ็ด	13.1	8.8	9.9	9.9	12.3	11.7	12.0	12.5	13.4	13.6	14.4	17.0	1,375	92,027	14.9
ระนอง	17.4	13.7	14.7	14.2	16.6	18.3	19.3	18.8	15.0	19.4	19.4	20.5	250	13,907	18.0
ระยอง	30.9	23.7	26.6	25.4	30.5	34.5	32.5	32.1	32.5	32.0	30.6	33.2	1,213	45,570	26.6
ราชบุรี	24.1	17.6	20.0	19.1	24.8	24.1	24.4	25.5	24.0	24.9	25.2	28.0	1,267	55,805	22.7
ลพบุรี	18.5	12.2	16.2	18.1	22.2	23.4	22.5	23.5	23.7	24.3	22.6	26.2	962	48,161	20.0
ลำปาง	12.4	7.8	8.0	8.5	10.0	12.3	10.7	10.5	11.0	11.0	11.6	12.5	484	44,876	10.8
ลำพูน	15.0	11.8	11.4	11.1	11.5	14.5	13.1	12.9	12.6	13.2	13.4	15.1	267	23,078	11.6
เลย	14.3	10.3	13.5	14.1	17.3	18.1	17.4	18.3	19.6	20.4	21.0	23.7	796	41,632	19.1
ศรีสะเกษ	15.4	10.4	10.8	10.0	11.6	12.5	12.3	13.6	14.4	15.6	16.7	18.4	1,664	109,514	15.2
สกลนคร	16.5	11.0	12.6	13.6	15.6	15.7	16.0	15.8	17.3	18.8	20.2	21.0	1,560	82,917	18.8
สงขลา	19.1	12.5	14.0	14.9	17.3	18.4	17.8	17.4	17.5	17.5	18.9	21.3	1,745	102,762	17.0
สตูล	20.9	14.7	13.7	15.1	17.3	21.0	20.0	20.0	21.6	22.7	21.8	22.7	526	24,281	21.7
สมุทรปราการ	21.0	15.1	18.2	18.1	22.1	21.8	22.2	21.8	20.5	20.4	21.3	25.0	1,694	84,771	20.0
สมุทรสงคราม	15.9	10.6	14.6	14.8	19.4	19.2	18.4	17.9	17.7	17.2	19.0	22.9	208	11,808	17.6
สมุทรสาคร	42.3	26.3	25.4	23.5	32.9	32.1	31.5	30.7	32.6	30.6	31.3	34.0	980	35,594	27.5
สระแก้ว	17.3	11.4	14.2	14.1	17.2	19.1	19.9	20.1	21.8	20.9	22.7	24.8	770	39,656	19.4
สระบุรี	22.1	17.0	20.0	19.1	27.9	25.8	25.6	25.8	25.6	27.2	26.6	29.9	997	42,453	23.5
สิงห์บุรี	27.5	15.7	18.7	18.4	24.2	25.8	24.8	25.8	25.5	25.2	25.0	26.5	241	12,473	19.4
สุโขทัย	13.2	9.3	12.6	12.4	15.2	17.3	18.2	18.4	18.0	19.8	20.2	22.1	614	37,001	16.6
สุพรรณบุรี	20.0	14.3	15.9	17.5	22.2	24.4	24.3	23.5	23.5	25.1	25.3	26.6	1,140	54,130	21.1
สุราษฎร์ธานี	24.7	15.9	17.0	18.0	20.1	22.4	22.2	25.6	24.8	25.4	22.4	25.8	1,496	73,157	20.4
สุรินทร์	13.9	9.7	10.9	10.0	11.8	12.2	12.2	13.3	14.5	15.7	17.7	19.6	1,728	103,939	16.6
หนองคาย	17.8	11.2	14.0	13.6	14.8	15.5	15.7	16.6	17.1	17.3	18.1	16.9	606	37,756	16.0
หนองบัวลำภู	15.3	13.0	16.2	14.8	15.2	17.2	16.8	17.4	18.4	19.6	19.2	22.2	681	37,088	18.4
อ่างทอง	16.8	14.5	16.3	16.3	22.4	24.5	21.9	24.6	23.8	24.9	24.7	25.7	367	17,784	20.7
อำนาจเจริญ	14.6	10.9	12.3	8.6	11.4	12.2	12.3	13.5	14.5	14.0	15.8	17.5	381	27,482	13.8
อุดรธานี	21.5	12.9	16.6	17.0	18.4	17.7	17.8	17.7	18.6	19.3	20.1	23.3	2,100	114,171	18.4
อุตรดิตถ์	14.1	9.9	12.5	11.3	13.9	14.8	14.8	15.4	15.0	15.3	17.5	18.6	444	28,806	15.4

ต่อ...

จังหวัด 1-77	อัตราคลอดซ้ำ: 1000														
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	จำนวนคลอด	จำนวนหญิงอายุ 10-17 ปี	อัตราคลอด: 1000
อุทัยธานี	20.1	13.5	14.4	16.3	18.0	19.8	21.2	24.7	23.1	24.0	24.7	28.0	446	21,259	21.0
อุบลราชธานี	18.0	11.8	13.8	12.7	15.3	15.5	15.5	16.5	17.4	19.2	19.4	21.6	2,419	140,277	17.2
จำนวนรวมทั้งหมด	12.3	13.3	15.1	15.2	18.1	18.9	18.6	19.1	19.5	19.8	20.2	22.2	81,396	4,500,180	18.1
ผลรวมรายประเทศ*	12.3	13.3	15.1	15.2	18.1	18.9	18.6	19.1	19.5	19.8	20.2	22.2			
ผลรวมภาคเหนือ	11.2	9.1	13.8	10.3	16.3	13.0	17.0	12.8	17.3	13.1	18.9	14.7	12,727	773,290	16.5
ผลรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10.7	11.3	13.2	12.6	14.7	15.1	15.0	15.8	16.9	17.8	18.6	20.8	27,049	1,560,556	17.3
ผลรวมภาคกลาง	15.0	16.4	18.7	19.5	23.9	24.4	23.9	23.8	23.5	23.3	23.3	25.3	29,625	1,468,971	20.2
ผลรวมภาคใต้	12.3	13.1	13.7	14.1	16.7	18.2	18.0	18.9	19.2	19.3	18.9	21.1	11,995	697,363	17.2

แหล่งที่มา: *แบ่งภาคตามสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลด้านหลัง ทั้งตามที่เขียนในรายงานแบ่งภาพตาม สศช

ตาราง 3 อัตราการคลอดซ้ำในหญิง 15-19 ปีต่อประชากรวัย 15-19 ปี 1,000 คน

จังหวัด 1-77	อัตราคลอดซ้ำ: 1000														
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	จำนวนคลอดซ้ำ	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราคลอดซ้ำ: 1000
กระบี่	5.1	6.6	4.8	3.8	4.8	6.3	6.2	6.6	7.7	6.8	7.1	8.5	163	17,673	9.2
กรุงเทพมหานคร	4.4	4.2	5.4	6.2	6.5	7.5	7.8	7.7	7.8	7.4	7.0	7.3	1,398	208,525	6.7
กาญจนบุรี	4.8	5.1	5.3	6.0	7.2	7.5	7.8	8.7	8.5	8.5	7.6	8.7	264	30,497	8.7
กาฬสินธุ์	3.0	3.7	3.7	2.8	3.4	3.5	3.9	3.9	3.7	3.5	4.3	4.2	165	36,704	4.5
กำแพงเพชร	3.2	3.6	4.0	4.0	4.9	4.9	4.9	4.9	4.6	5.7	6.1	6.8	152	26,493	5.7
ขอนแก่น	3.3	3.0	3.2	2.8	2.8	3.6	3.6	3.9	3.5	4.2	4.4	4.8	340	66,931	5.1
จันทบุรี	4.6	5.2	6.0	5.3	5.6	6.9	7.3	6.5	8.1	7.3	6.8	9.3	170	19,278	8.8
ฉะเชิงเทรา	5.3	4.7	4.5	4.7	6.1	5.1	7.4	7.5	8.1	7.4	6.8	7.7	225	24,722	9.1
ชลบุรี	7.8	8.6	8.2	7.8	10.9	11.3	12.0	11.4	9.9	11.2	9.9	10.5	540	48,828	11.1
ชัยนาท	2.0	2.0	3.8	3.1	3.5	3.0	3.0	3.8	4.4	4.7	5.6	4.9	57	10,695	5.3
ชัยภูมิ	2.4	2.0	2.4	2.3	2.6	3.4	3.6	3.9	3.5	4.1	3.8	5.0	210	40,768	5.2
ชุมพร	5.1	4.6	5.4	3.5	4.2	6.0	5.3	6.0	6.9	6.3	7.0	7.9	117	18,290	6.4
เชียงราย	5.0	4.8	5.6	4.8	5.3	5.2	5.0	4.4	4.9	3.8	4.6	5.7	241	44,079	5.5
เชียงใหม่	6.5	6.4	6.0	6.2	5.8	5.6	5.3	5.4	4.8	4.3	4.2	4.5	309	59,810	5.2
ตรัง	4.5	5.1	3.8	4.0	6.4	5.7	6.8	6.5	7.4	5.7	7.1	7.5	175	25,596	6.8
ตราด	5.7	5.6	7.8	5.8	7.5	8.6	8.0	6.5	7.3	6.6	6.9	7.6	72	8,179	8.8
ตาก	11.2	12.7	14.2	13.4	18.6	15.5	15.5	13.9	13.2	12.9	12.2	11.5	259	21,587	12.0
นครนายก	5.4	5.5	4.9	5.4	7.1	8.6	8.8	10.0	9.6	12.5	9.2	11.1	82	8,858	9.3
นครปฐม	5.0	5.0	4.9	5.7	6.4	5.9	7.2	7.4	7.2	7.0	5.9	7.1	243	33,300	7.3
นครพนม	2.9	2.8	2.9	3.5	2.8	3.3	3.7	4.0	3.9	4.0	3.6	4.4	127	27,094	4.7
นครราชสีมา	3.5	3.3	3.7	3.3	4.3	4.3	4.2	4.5	4.7	4.9	4.8	6.0	560	93,913	6.0
นครศรีธรรมราช	3.8	4.0	3.6	3.6	4.5	4.8	5.1	5.3	6.1	5.7	6.4	7.9	419	57,598	7.3
นครสวรรค์	3.1	3.4	3.8	4.1	4.3	5.2	5.6	5.8	7.5	6.8	5.7	7.0	274	37,050	7.4
นนทบุรี	4.1	4.3	5.8	5.3	5.8	7.0	6.6	7.0	6.9	6.9	7.5	6.6	274	38,895	7.0
นราธิวาส	7.2	7.8	7.1	6.7	5.9	5.7	6.2	5.7	5.3	6.1	6.0	6.0	194	34,350	5.6
น่าน	4.1	4.7	4.7	3.9	4.3	3.3	3.5	3.0	3.4	3.4	2.2	3.0	59	17,404	3.4
บึงกาฬ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.4	123	15,503	7.9
บุรีรัมย์	2.7	3.2	3.1	2.7	3.4	4.1	3.3	3.8	3.9	4.6	4.6	5.0	328	62,121	5.3
ปทุมธานี	4.8	5.1	5.0	4.6	7.2	6.9	7.5	7.4	7.3	6.9	6.6	6.6	266	38,582	6.9
ประจวบคีรีขันธ์	6.4	5.9	7.3	6.2	7.9	10.7	11.9	10.1	9.9	10.5	10.8	9.5	210	18,226	11.5
ปราจีนบุรี	3.8	3.9	3.7	3.7	4.3	6.0	7.1	6.2	5.3	6.1	6.8	7.7	123	16,971	7.2
ปัตตานี	5.6	6.4	7.0	6.6	6.5	7.5	6.3	7.0	6.6	6.8	5.9	6.2	166	31,459	5.3
พระนครศรีอยุธยา	3.9	4.6	5.5	5.5	6.5	8.1	8.5	10.2	9.3	9.5	8.6	9.2	254	27,175	9.3
พะเยา	2.2	2.5	2.8	2.1	1.9	2.8	2.4	2.2	2.2	2.4	2.3	2.4	59	19,698	3.0
พังงา	5.3	3.6	3.6	6.5	5.6	6.2	7.0	6.0	7.5	7.3	6.6	7.2	75	9,370	8.0
พัทลุง	2.8	2.1	2.4	2.3	2.6	3.6	3.6	3.5	4.4	4.4	4.3	5.0	103	19,174	5.4
พิจิตร	4.3	3.0	3.8	3.4	2.9	4.1	4.1	5.3	4.8	5.1	6.6	6.0	93	18,443	5.0
พิษณุโลก	3.6	3.3	4.0	3.5	3.8	5.0	5.0	3.0	3.8	4.2	3.8	4.7	169	32,299	5.2
เพชรบุรี	3.0	3.7	3.3	5.2	5.4	5.7	6.2	7.3	6.1	6.7	7.6	6.8	96	16,186	5.9

ต่อ...

จังหวัด 1-77	อัตราคลอดซ้ำ: 1000														
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	จำนวนคลอดซ้ำ	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราคลอดซ้ำ: 1000
เพชรบูรณ์	3.1	2.7	3.1	3.2	3.6	4.1	4.5	4.5	4.7	4.6	4.8	5.4	188	34,820	5.4
แพร่	1.7	1.9	2.0	2.0	1.8	1.9	2.4	2.5	1.7	2.1	2.1	2.5	39	15,436	2.5
ภูเก็ต	6.6	5.7	8.7	7.0	8.3	8.8	8.7	8.2	8.2	9.4	8.9	10.1	135	14,322	9.4
มหาสารคาม	2.4	2.3	2.4	2.3	2.6	3.5	3.3	3.1	3.7	3.4	2.4	4.1	143	36,227	3.9
มุกดาหาร	2.4	2.6	2.2	2.2	2.0	2.6	2.5	3.5	3.2	2.8	3.1	3.7	65	13,502	4.8
แม่ฮ่องสอน	7.7	9.9	8.5	7.2	12.0	10.8	10.3	7.8	8.3	6.7	6.3	7.0	99	10,751	9.2
ยโสธร	2.9	1.9	2.8	2.0	2.9	2.6	3.0	2.8	3.2	3.3	4.3	4.1	98	19,850	4.9
ยะลา	8.2	6.8	7.7	6.5	7.1	6.5	8.4	7.9	7.6	7.3	6.4	6.7	168	23,540	7.1
ร้อยเอ็ด	2.4	2.3	2.7	1.7	2.6	2.7	2.5	2.7	2.9	3.0	2.9	4.0	228	49,934	4.6
ระนอง	3.9	6.0	4.2	4.6	4.7	5.2	5.4	6.8	4.7	4.2	5.1	5.9	45	7,248	6.2
ระยอง	6.7	8.2	10.1	9.1	10.7	11.0	12.6	12.8	12.7	11.5	10.3	11.3	289	23,720	12.2
ราชบุรี	5.4	5.9	6.7	6.3	6.2	7.2	8.3	8.0	8.7	9.9	9.0	10.2	288	30,181	9.5
ลพบุรี	3.6	3.7	4.4	5.5	4.8	5.8	5.8	6.2	7.8	8.2	6.5	8.4	165	25,526	6.5
ลำปาง	2.4	1.9	1.7	1.4	1.9	1.9	1.8	2.1	2.2	1.8	1.7	1.8	49	25,480	1.9
ลำพูน	2.6	2.5	2.4	2.2	2.8	2.5	2.5	2.1	2.5	1.8	2.6	3.0	26	13,033	2.0
เลย	1.3	1.9	1.8	2.9	3.4	3.3	3.3	3.5	3.1	3.5	4.1	4.5	117	22,333	5.2
ศรีสะเกษ	3.2	3.0	2.4	2.0	2.1	2.6	2.4	2.7	3.0	3.0	3.2	3.6	224	57,960	3.9
สกลนคร	2.8	2.5	2.4	2.2	2.7	3.4	3.3	3.5	3.0	3.7	4.1	3.8	228	43,240	5.3
สงขลา	4.3	4.0	4.6	4.5	5.6	5.5	6.5	5.9	5.5	5.1	6.0	7.6	425	53,344	8.0
สตูล	4.9	5.6	4.9	5.1	6.0	5.7	5.2	7.6	6.4	6.8	7.5	7.0	126	12,469	10.1
สมุทรปราการ	3.9	4.6	6.8	6.2	6.8	8.3	8.9	8.2	8.0	9.1	8.3	9.3	368	45,260	8.1
สมุทรสงคราม	3.3	2.4	4.5	3.9	2.7	4.1	5.7	5.1	6.2	5.5	4.7	6.1	41	6,248	6.6
สมุทรสาคร	7.2	7.3	7.5	7.7	8.0	8.1	9.5	8.8	8.9	8.7	7.8	8.3	186	19,226	9.7
สระแก้ว	4.0	3.3	3.8	3.6	4.7	4.4	5.4	5.5	6.8	6.3	5.8	7.4	131	20,827	6.3
สระบุรี	5.4	7.8	7.4	5.7	9.4	7.4	7.9	7.3	8.7	8.0	8.6	9.3	222	22,896	9.7
สิงห์บุรี	6.3	5.4	7.2	5.1	4.7	5.5	5.1	8.1	8.1	6.8	9.4	7.0	47	6,621	7.1
สุโขทัย	2.4	2.9	2.6	3.5	3.9	3.2	4.3	3.8	4.9	5.1	4.9	5.3	123	19,775	6.2
สุพรรณบุรี	4.1	4.7	4.5	4.8	5.7	6.4	6.9	6.4	6.8	6.7	6.5	6.3	199	29,278	6.8
สุราษฎร์ธานี	6.1	6.2	4.8	5.8	6.1	7.3	6.9	8.2	9.6	8.6	9.3	9.7	369	38,596	9.6
สุรินทร์	3.3	2.7	2.5	2.4	2.6	3.1	3.1	2.8	3.2	4.1	4.1	5.0	263	54,929	4.8
หนองคาย	2.8	2.7	3.2	2.9	3.7	3.8	3.7	4.0	3.7	4.2	4.3	4.0	97	19,828	4.9
หนองบัวลำภู	2.1	3.1	4.1	4.5	3.8	4.6	4.7	5.3	4.3	4.1	5.8	6.6	121	19,751	6.1
อ่างทอง	2.7	4.1	4.8	4.3	4.3	6.1	6.4	8.3	8.1	7.9	6.6	7.9	95	9,600	9.9
อำนาจเจริญ	2.6	3.6	4.2	2.8	2.1	2.7	1.9	2.7	2.7	2.8	3.1	3.5	45	14,741	3.1
อุดรธานี	3.5	3.5	3.6	3.8	4.3	4.0	4.2	4.2	4.6	4.4	4.6	5.5	329	60,714	5.4
อุตรดิตถ์	2.0	2.0	2.4	1.4	2.9	3.0	2.9	2.1	2.6	3.2	3.2	4.3	66	15,047	4.4
อุทัยธานี	3.8	3.9	3.2	3.3	3.7	4.6	4.7	4.0	5.6	5.2	4.7	6.2	81	11,233	7.2
อุบลราชธานี	2.9	3.3	2.9	2.8	3.5	3.6	3.3	3.5	3.3	3.7	3.8	4.5	358	74,342	4.8

ต่อ...

จังหวัด 1-77	อัตราคลอดซ้ำ: 1000														
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	อัตรา:1000	จำนวนคลอดซ้ำ	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราคลอดซ้ำ: 1000
จำนวนรวมทั้งหมด	4.0	4.1	4.4	4.3	4.9	5.3	5.6	5.6	5.7	5.7	5.7	6.3	15,440	2,404,152	6.4
ผลรวมรายประเทศ*	4.0	4.1	4.4	4.3	4.9	5.3	5.6	5.6	5.7	5.7	5.7	6.3			
ผลรวมภาคเหนือ	4.1	4.2	4.5	4.2	4.9	4.9	5.0	4.6	4.9	4.7	4.6	5.2	2,286	422,438	5.4
ผลรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.9	2.9	3.0	2.7	3.2	3.5	3.4	3.6	3.6	3.9	4.0	4.7	4,169	830,385	5.0
ผลรวมภาคกลาง	4.8	5.0	5.7	5.8	6.7	7.4	7.9	7.9	8.0	8.0	7.5	8.1	6,305	788,300	8.0
ผลรวมภาคใต้	5.1	5.1	5.0	4.9	5.5	5.9	6.2	6.4	6.7	6.4	6.7	7.5	2,680	363,029	7.4

แหล่งที่มา: *แบ่งภาคตามสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลด้านหลัง ทั้งตามที่เขียนในรายงานแบ่งภาพตาม สศช

ตารางที่ 4 อัตราการคลอดในหญิงอายุน้อยกว่า 15 ปีต่อประชากรหญิงวัย 10-14 ปี 1,000 คน ปี พศ. 2543 - 2555

	อัตราคลอดในหญิงอายุน้อยกว่า 15 ปี: 1000												จำนวนหญิงคลอดอายุน้อยกว่า 15 ปี	จำนวนหญิงอายุ 10-14 ปี (ประชากรกลางปีเพศหญิง)	อัตราคลอดหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี: 1000
จังหวัด 1-77	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
กระบี่	0.7	0.8	1.2	1.1	1.1	0.9	0.9	1.4	1.6	0.9	1.6	1.5	31	16,707	1.9
กรุงเทพมหานคร	0.9	0.9	0.9	1.2	1.5	1.5	1.4	1.4	1.2	1.3	1.5	1.6	303	178,089	1.7
กาญจนบุรี	0.8	1.3	0.9	1.0	1.7	1.5	2.0	1.8	2.0	2.2	1.7	2.2	72	27,093	2.7
กาฬสินธุ์	0.3	0.5	0.5	0.3	0.4	0.7	0.6	0.6	0.9	0.9	1.1	1.2	43	31,398	1.4
กำแพงเพชร	0.6	0.6	1.0	1.1	1.5	1.8	1.3	1.6	1.4	1.6	2.3	2.2	57	23,217	2.5
ขอนแก่น	0.4	0.5	0.5	0.4	0.9	0.8	0.8	0.6	0.8	1.3	1.2	1.6	110	55,246	2.0
จันทบุรี	1.8	1.9	1.2	1.4	2.0	1.2	2.3	1.7	1.7	1.7	1.4	2.2	35	16,242	2.2
ฉะเชิงเทรา	0.9	1.4	0.9	1.0	1.8	1.6	2.1	1.8	1.3	1.5	2.3	2.2	42	21,803	1.9
ชลบุรี	1.2	2.2	1.6	1.7	2.4	2.6	2.9	2.1	2.4	1.8	2.1	2.6	125	43,697	2.9
ชัยนาท	0.7	0.6	0.9	0.6	2.0	1.3	1.7	2.0	1.7	1.8	2.7	1.5	16	9,132	1.8
ชัยภูมิ	0.2	0.4	0.5	0.4	0.6	0.7	0.5	0.9	0.9	1.5	1.2	1.4	71	35,932	2.0
เชียงราย	0.7	0.8	0.9	1.1	0.6	1.1	0.9	1.0	1.3	1.7	1.3	1.6	76	35,938	2.1
เชียงใหม่	1.1	1.3	1.1	1.3	1.5	1.8	1.3	1.4	1.6	1.5	1.6	2.1	102	46,210	2.2
ชุมพร	0.6	0.4	0.6	0.6	1.4	0.5	0.8	1.3	1.1	1.1	1.5	1.9	31	16,430	1.9
ตรัง	0.4	0.4	0.5	0.3	1.1	0.5	1.1	0.7	0.9	1.0	0.6	1.4	30	22,505	1.3
ตราด	1.0	0.9	1.1	1.1	1.3	2.3	1.6	1.9	2.0	1.5	1.4	1.5	21	7,030	3.0
ตาก	1.7	1.9	2.6	2.2	2.2	2.0	2.0	2.3	1.8	2.0	2.3	2.2	56	21,629	2.6
นครนายก	0.5	1.1	1.0	1.7	1.5	1.6	1.6	2.7	1.7	1.4	2.2	3.6	17	7,388	2.3
นครปฐม	0.6	0.8	0.7	1.1	1.6	1.6	1.3	1.6	1.5	1.4	1.5	2.1	48	26,417	1.8
นครพนม	0.3	0.4	0.6	0.5	0.4	0.6	0.6	0.9	0.9	0.8	0.7	1.3	39	25,886	1.5
นครราชสีมา	0.5	0.6	0.4	0.6	0.6	1.0	0.8	0.8	1.1	1.1	1.3	1.5	151	83,387	1.8
นครศรีธรรมราช	0.2	0.2	0.3	0.5	0.4	0.5	0.5	0.8	0.7	0.7	1.2	1.2	59	52,206	1.1
นครสวรรค์	0.7	0.8	0.8	0.6	1.3	1.7	1.5	2.1	2.1	1.9	2.3	2.5	80	31,741	2.5
นนทบุรี	0.6	1.0	0.8	1.3	1.8	1.1	1.1	1.1	1.1	1.4	1.6	1.8	67	33,679	2.0
นราธิวาส	1.2	1.0	1.1	0.7	0.8	0.9	0.8	0.6	0.6	0.6	0.6	0.9	26	33,477	0.8
น่าน	0.6	0.7	1.1	0.6	0.7	0.8	0.8	0.6	0.5	0.8	1.0	1.1	9	14,015	0.6
บึงกาฬ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.3	32	14,775	2.2
บุรีรัมย์	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.7	0.8	1.0	1.0	1.0	1.3	93	55,774	1.7
ปทุมธานี	0.6	1.3	1.7	1.1	1.3	1.9	1.3	1.0	1.6	1.6	1.4	1.4	60	32,027	1.9
ประจวบคีรีขันธ์	0.6	1.3	1.1	0.9	1.3	2.0	2.0	3.0	2.2	2.1	2.4	2.9	56	16,432	3.4
ปราจีนบุรี	0.7	0.6	1.0	1.1	2.0	1.3	1.4	2.0	1.1	1.9	1.5	1.5	28	15,155	1.9
ปัตตานี	1.0	0.8	0.7	0.9	0.6	0.5	0.5	0.4	0.6	0.6	0.5	0.5	19	30,406	0.6
พระนครศรีอยุธยา	0.3	0.5	0.7	1.0	1.3	2.0	1.5	1.7	1.1	1.9	2.1	1.6	49	23,484	2.1
พะเยา	0.4	0.3	0.2	0.2	0.5	0.7	0.7	0.7	0.9	0.7	1.1	1.4	9	12,899	0.7
พังงา	0.4	0.2	0.3	0.3	1.4	0.7	0.5	0.9	0.5	1.6	1.0	1.7	14	8,834	1.6
พัทลุง	0.1	0.3	0.2	0.3	0.4	0.4	0.4	1.0	0.6	0.8	0.6	0.9	17	16,417	1.0
พิจิตร	0.4	0.4	0.5	0.7	1.1	1.0	1.1	1.2	0.9	1.9	2.0	2.3	41	16,559	2.5
พิษณุโลก	0.5	0.7	1.2	0.6	1.2	1.1	1.2	1.0	1.6	1.5	1.6	2.4	40	25,280	1.6
เพชรบุรี	0.6	0.3	1.0	0.7	1.2	1.2	1.3	1.5	2.5	1.3	1.9	3.0	46	14,181	3.2
เพชรบูรณ์	0.2	0.4	0.4	0.6	0.8	0.8	1.2	0.7	1.1	1.2	1.3	1.5	50	31,418	1.6

ต่อ...

	อัตราคลอดในหญิงอายุน้อยกว่า 15 ปี: 1000												จำนวนหญิงคลอดอายุน้อยกว่า 15 ปี	จำนวนหญิงอายุ 10-14 ปี (ประชากรกลางปีเพศหญิง)	อัตราคลอดหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี: 1000
จังหวัด 1-77	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
แพร่	0.4	0.3	0.1	0.1	0.4	0.7	0.3	0.3	0.5	0.9	0.6	0.8	18	11,821	1.5
ภูเก็ต	0.8	0.9	0.6	0.6	1.7	1.0	0.8	1.0	1.4	0.6	0.7	0.8	14	13,071	1.1
มหาสารคาม	0.1	0.3	0.4	0.2	0.3	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4	0.9	1.0	38	29,609	1.3
มุกดาหาร	0.2	0.6	0.3	0.5	0.2	1.0	0.4	1.0	0.9	1.3	1.4	1.4	26	11,947	2.2
แม่ฮ่องสอน	1.6	2.3	2.6	2.7	2.8	2.7	2.6	2.3	1.6	2.1	2.2	2.5	18	9,673	1.9
ยโสธร	0.3	0.3	0.2	0.5	0.7	0.2	0.3	0.4	0.8	0.8	0.9	0.9	28	17,186	1.6
ยะลา	0.9	1.3	0.5	1.0	1.0	1.2	0.7	0.6	1.0	0.5	1.0	0.8	22	21,831	1.0
ร้อยเอ็ด	0.2	0.1	0.3	0.3	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.7	0.7	0.7	56	42,093	1.3
ระนอง	0.4	0.5	0.5	0.2	1.3	0.6	1.1	0.4	0.8	0.9	1.2	1.3	8	6,659	1.2
ระยอง	1.1	1.9	1.9	1.9	2.4	2.9	2.2	1.9	2.5	2.0	1.9	2.8	73	21,850	3.3
ราชบุรี	0.8	0.7	1.2	1.1	2.0	1.6	1.8	2.2	1.6	1.8	2.3	2.6	71	25,624	2.8
ลพบุรี	0.8	0.8	0.7	1.1	1.5	1.5	1.2	2.4	1.5	1.7	1.8	3.0	59	22,635	2.6
ลำปาง	0.6	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6	0.5	0.4	0.6	0.4	0.4	0.7	15	19,396	0.8
ลำพูน	0.4	0.5	0.9	0.4	0.6	1.0	0.7	0.8	0.5	0.8	0.7	0.9	13	10,045	1.3
เลย	0.2	0.3	0.8	0.3	0.7	0.8	0.7	0.7	1.1	1.4	1.5	1.5	28	19,299	1.5
ศรีสะเกษ	0.3	0.2	0.4	0.3	0.5	0.4	0.6	0.5	0.6	0.8	0.7	0.9	61	51,554	1.2
สกลนคร	0.4	0.4	0.5	0.4	0.6	0.7	1.0	0.7	0.8	1.1	1.1	1.2	66	39,677	1.7
สงขลา	0.4	0.5	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	0.8	0.5	0.7	1.1	1.4	58	49,418	1.2
สตูล	0.8	0.5	0.7	0.6	0.6	1.1	1.1	0.6	1.2	1.7	0.9	0.9	26	11,812	2.2
สมุทรปราการ	0.4	1.0	0.8	0.8	1.2	1.4	1.2	1.7	1.4	1.8	1.8	2.1	98	39,511	2.5
สมุทรสงคราม	0.4	0.8	0.3	0.2	0.6	1.1	0.8	0.6	0.3	1.1	1.2	1.5	11	5,560	2.0
สมุทรสาคร	1.2	1.2	1.1	1.1	1.9	2.0	1.5	1.6	2.2	2.0	2.3	1.8	25	16,368	1.5
สระแก้ว	0.6	0.7	0.8	1.2	1.2	1.3	1.5	0.9	1.5	1.3	1.9	1.8	43	18,829	2.3
สระบุรี	0.8	0.9	1.3	0.9	2.1	1.3	1.8	1.7	1.5	1.9	2.2	1.9	57	19,557	2.9
สิงห์บุรี	0.9	1.1	0.9	0.9	1.4	1.6	2.1	1.3	1.7	2.0	1.3	2.1	14	5,852	2.4
สุโขทัย	0.3	0.5	0.4	0.6	0.7	1.7	1.3	1.5	0.8	1.3	1.3	1.3	22	17,226	1.3
สุพรรณบุรี	0.8	0.9	0.6	0.9	1.7	2.2	1.9	1.6	2.0	1.9	2.3	1.9	62	24,852	2.5
สุราษฎร์ธานี	0.6	0.7	0.6	0.6	1.1	1.4	1.3	1.2	1.6	1.9	1.3	1.7	48	34,561	1.4
สุรินทร์	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.9	1.2	70	49,010	1.4
หนองคาย	0.2	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	1.0	0.9	1.0	0.9	1.2	1.2	29	17,928	1.6
หนองบัวลำภู	0.2	0.4	0.7	0.2	0.4	0.5	0.8	0.4	1.2	1.4	1.0	1.3	26	17,337	1.5
อ่างทอง	0.5	0.5	1.0	0.5	0.7	1.4	1.8	1.7	2.2	1.9	2.2	2.1	11	8,184	1.3
อำนาจเจริญ	0.2	0.4	0.2	0.3	0.8	0.7	0.3	0.3	0.5	0.6	0.6	0.7	17	12,741	1.3
อุดรธานี	0.4	0.4	0.6	0.6	0.8	0.8	0.7	0.8	0.9	1.2	1.0	1.4	79	53,457	1.5
อุตรดิตถ์	0.2	0.3	0.6	0.6	1.0	1.0	0.8	0.9	1.2	1.0	1.7	1.0	17	13,759	1.2
อุทัยธานี	0.6	1.2	1.3	0.5	1.8	1.5	1.6	2.1	1.8	1.7	2.1	2.1	27	10,026	2.7
อุบลราชธานี	0.3	0.3	0.4	0.5	0.5	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	0.8	0.8	100	65,935	1.5
ผลรวมรายประเทศ*	**0.5**	**0.7**	**0.7**	**0.7**	**1.0**	**1.1**	**1.1**	**1.1**	**1.2**	**1.3**	**1.4**	**1.6**	**3,725**	**2,096,028**	**1.8**

แหล่งที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5 อัตราการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลจากการแท้ง (รวมแท้งเองหรือทำแท้ง) ของหญิง 15- 19 ปี ในปี 2554

	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปีที่เข้ารับบริการที่สถานบริการจากการแทง (ทั้งแทงคุกคามหรือจากยุติการตั้งครรภ์)	อัตราการแท้ง/ทำแท้งที่เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลต่อ 1,000ของหญิงอายุ 15-19
กระบี่	17,694	131	7.4
กรุงเทพมหานคร	208,090	647	3.1
กาญจนบุรี	30,908	134	4.3
กาฬสินธุ์	37,386	156	4.2
กำแพงเพชร	26,551	137	5.2
ขอนแก่น	67,292	313	4.7
จันทบุรี	19,223	101	5.3
ฉะเชิงเทรา	24,667	89	3.6
ชลบุรี	47,999	196	4.1
ชัยนาท	10,995	47	4.3
ชัยภูมิ	41,234	211	5.1
ชุมพร	18,146	112	6.2
เชียงราย	45,086	128	2.8
เชียงใหม่	60,609	223	3.7
ตรัง	25,464	150	5.9
ตราด	8,316	43	5.2
ตาก	21,522	135	6.3
นครนายก	8,891	28	3.1
นครปฐม	33,011	128	3.9
นครพนม	27,069	116	4.3
นครราชสีมา	94,032	428	4.6
นครศรีธรรมราช	57,907	316	5.5
นครสวรรค์	37,375	206	5.5
นนทบุรี	37,908	140	3.7
นราธิวาส	34,086	107	3.1
น่าน	17,573	50	2.8
บุรีรัมย์	62,110	269	4.3
ปทุมธานี	37,444	95	2.5
ประจวบคีรีขันธ์	18,246	147	8.1
ปราจีนบุรี	16,963	96	5.7
ปัตตานี	30,948	62	2.0
พระนครศรีอยุธยา	27,029	125	4.6
พะเยา	19,221	59	3.1
พังงา	9,251	63	6.8
พัทลุง	19,154	111	5.8
พิจิตร	18,351	54	2.9
พิษณุโลก	32,631	221	6.8
เพชรบุรี	16,212	79	4.9
เพชรบูรณ์	35,022	144	4.1
แพร่	15,773	42	2.7
ภูเก็ต	14,276	82	5.7
มหาสารคาม	35,756	144	4.0
มุกดาหาร	13,431	39	2.9
แม่ฮ่องสอน	10,864	44	4.1
ยโสธร	19,985	77	3.9
ยะลา	23,159	81	3.5
ร้อยเอ็ด	50,208	235	4.7
ระนอง	7,177	30	4.2
ระยอง	23,217	128	5.5
ราชบุรี	30,058	113	3.8
ลพบุรี	25,652	116	4.5
ลำปาง	26,127	130	5.0
ลำพูน	13,457	48	3.6
เลย	22,656	146	6.4
ศรีสะเกษ	58,020	216	3.7
สกลนคร	43,645	217	5.0
สงขลา	53,314	268	5.0
สตูล	12,455	58	4.7
สมุทรปราการ	44,139	173	3.9
สมุทรสงคราม	6,238	24	3.8
สมุทรสาคร	19,054	54	2.8
สระแก้ว	21,009	102	4.9

ต่อ...

	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปีที่เข้ารับบริการที่สถานบริการจากการแท้ง (ทั้งแท้งคุกคามหรือจากยุติการตั้งครรภ์)	อัตราการแท้ง/ทำแท้งที่เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลต่อ 1,000ของหญิงอายุ 15-19
สระบุรี	22,884	125	5.5
สิงห์บุรี	6,725	22	3.3
สุโขทัย	19,805	125	6.3
สุพรรณบุรี	29,150	139	4.8
สุราษฎร์ธานี	38,145	293	7.7
สุรินทร์	55,318	216	3.9
หนองคาย	43,071	162	3.8
หนองบัวลำภู	19,839	131	6.6
อ่างทอง	9,592	35	3.6
อำนาจเจริญ	15,007	55	3.7
อุดรธานี	61,022	267	4.4
อุตรดิตถ์	15,043	87	5.8
อุทัยธานี	11,271	67	5.9
อุบลราชธานี	74,905	276	3.7
ผลรวมรายประเทศ*	**2,413,063**	**10,564**	**4.4**
ผลรวมภาคเหนือ	**426,281**	**1,900**	**4.5**
ผลรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	**841,986**	**3,674**	**4.4**
ผลรวมภาคกลาง	**783,620**	**3,126**	**4.0**
ผลรวมภาคใต้	**361,176**	**1,864**	**5.2**
รวมทั้งหมด	**2,413,063**	**10,564**	**4.4**

แหล่งที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพและข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละการสมรสและการศึกษาของหญิงวัยเรียน ปี พ.ศ. 2553

	จำนวนประชากร			การศึกษา				การสมรส			
จังหวัด 1-77	จำนวนหญิงอายุ 13-14 ปี	จำนวนหญิงอายุ 12-17 ปี	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี	จำนวนหญิงอายุ 12-17 ปีที่ไม่ได้กำลังเรียน	จำนวนหญิงอายุ 12-17 ปีที่ไม่มีการศึกษา	ร้อยละหญิงอายุ 12-17 ปีที่ไม่ได้กำลังเรียน	ร้อยละหญิงอายุ 12-17 ปีที่ไม่มีการศึกษา	จำนวนหญิงอายุ 13-14 ปี ที่เคยสมรส	จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ที่เคยสมรส	ร้อยละของหญิง 13-14 ปีที่เคยสมรส	ร้อยละของหญิง 15-19 ปีที่เคยสมรส
กระบี่	5895	16712	13051	2310	34	13.8	0.2	97	2312	1.6	17.7
กรุงเทพมหานคร	86,225	268,743	286,186	62,468	643	23.2	0.2	1,318	28,602	1.5	10.0
กาญจนบุรี	13207	37665	29486	5082	176	13.5	0.5	140	4817	1.1	16.3
กาฬสินธุ์	15172	43009	30802	3373	17	7.8	0.0	103	3803	0.7	12.3
กำแพงเพชร	13769	39107	28983	3752	179	9.6	0.5	224	5243	1.6	18.1
ขอนแก่น	28968	83605	72086	576	44	0.7	0.1	737	7857	2.5	10.9
จันทบุรี	7106	20910	17923	2614	359	12.5	1.7	133	3309	1.9	18.5
ฉะเชิงเทรา	10457	30403	25290	3292	188	10.8	0.6	149	3762	1.4	14.9
ชลบุรี	18624	55037	58768	6860	635	12.5	1.2	545	7291	2.9	12.4
ชัยนาท	4557	13168	10079	1331	19	10.1	0.1	101	2059	2.2	20.4
ชัยภูมิ	17142	48014	32338	4	11	0.0	0.0	290	5454	1.7	16.9
ชุมพร	7166	20396	16201	2658	563	13.0	2.8	83	2915	1.2	18.0
เชียงราย	18537	53088	41992	5686	596	10.7	1.1	280	5293	1.5	12.6
เชียงใหม่	23222	68676	70353	7491	959	10.9	1.4	589	7959	2.5	11.3
ตรัง	10102	29229	23332	3246	43	11.1	0.1	142	2978	1.4	12.8
ตราด	3760	11328	8971	2249	629	19.9	5.6	61	1537	1.6	17.1
ตาก	9548	27632	21700	5291	1239	19.1	4.5	198	4011	2.1	18.5
นครนายก	3582	10612	11081	1319	38	12.4	0.4	70	1515	2.0	13.7
นครปฐม	13088	38919	39881	4225	397	10.9	1.0	93	4821	0.7	12.1
นครพนม	11070	31031	21328	3187	87	10.3	0.3	123	2871	1.1	13.5
นครราชสีมา	42007	119391	94575	10840	78	9.1	0.1	1152	14887	2.7	15.7
นครศรีธรรมราช	23604	68973	55085	14632	34	21.2	0.0	251	5967	1.1	10.8
นครสวรรค์	15597	44016	34562	4459	43	10.1	0.1	234	5854	1.5	16.9
นนทบุรี	15594	46204	42699	4876	272	10.6	0.6	242	3632	1.6	8.5
นราธิวาส	14142	40609	30702	4105	8	10.1	0.0	115	3040	0.8	9.9
น่าน	8361	22927	15185	1384	13	6.0	0.1	117	1762	1.4	11.6
บุรีรัมย์	26142	71192	47637	839	102	1.2	0.1	532	8318	2.0	17.5
ปทุมธานี	13088	38919	39881	4225	397	10.9	1.0	93	4821	0.7	12.1
ประจวบคีรีขันธ์	7109	20232	16034	3212	278	15.9	1.4	150	3466	2.1	21.6
ปราจีนบุรี	8296	23858	19249	2507	73	10.5	0.3	249	3100	3.0	16.1
ปัตตานี	16577	39767	38953	4376	81	11.0	0.2	91	2204	0.5	5.7
พระนครศรีอยุธยา	10108	30977	27645	2427	59	7.8	0.2	119	3731	1.2	13.5
พะเยา	6852	19183	15537	1024	28	5.3	0.1	81	1446	1.2	9.3
พังงา	3882	11426	8588	687	337	6.0	2.9	76	1736	2.0	20.2
พัทลุง	8753	24424	20871	2234	86	9.1	0.4	130	2404	1.5	11.5
พิจิตร	9273	25486	17443	3344	2	13.1	0.0	149	3158	1.6	18.1
พิษณุโลก	14621	41235	38331	3418	77	8.3	0.2	154	5138	1.1	13.4
เพชรบุรี	6762	19855	17454	2401	107	12.1	0.5	109	2567	1.6	14.7
เพชรบูรณ์	15983	44686	31792	4503	15	10.1	0.0	412	4988	2.6	15.7
แพร่	6711	19258	14314	974	18	5.1	0.1	68	1274	1.0	8.9
ภูเก็ต	7042	20428	19636	2006	111	9.8	0.5	81	2365	1.2	12.0
มหาสารคาม	14644	41603	36083	2485	4	6.0	0.0	226	3486	1.5	9.7
มุกดาหาร	7205	20198	13802	1591	46	7.9	0.2	79	1773	1.1	12.8
แม่ฮ่องสอน	4423	12056	8299	1758	178	14.6	1.5	47	1274	1.1	15.4
ยโสธร	9376	26018	17390	1831	8	7.0	0.0	162	2393	1.7	13.8
ยะลา	8777	25094	19978	2208	12	8.8	0.0	136	1870	1.5	9.4
ร้อยเอ็ด	21849	60779	40138	3089	15	5.1	0.0	138	4852	0.6	12.1
ระนอง	4055	11669	10103	2861	1118	24.5	9.6	24	1890	0.6	18.7
ระยอง	11345	33150	28444	4588	728	13.8	2.2	134	5818	1.2	20.5
ผลรวมรายประเทศ*	1,019,465	2,938,299	2,435,784	317,253	16,117	10.8	0.5	16,531	325,494	1.6	13.4
ผลรวมภาคเหนือ	185,886	528,169	420,425	52,279	3,589	9.9	0.7	3,085	58,805	1.7	14.0
ผลรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	352,781	992,957	729,314	64,679	767	6.5	0.1	6,067	100,763	1.7	13.8
ผลรวมภาคกลาง	244,568	715,061	642,223	79,416	7,862	11.1	1.1	4,268	94,307	1.7	14.7
ผลรวมภาคใต้	150,005	433,370	357,636	58,411	3,256	13.5	0.8	1,793	43,016	1.2	12.0

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2553

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย
อาคารสหประชาชาติ ชั้น 12 ถนนราชดำเนินนอก
กรุงเทพฯ 10200

http://countryoffice.unfpa.org/thailand/