

การวิเคราะห์สถานการณ์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในประเทศไทย

รายงานสังเคราะห์ 2558

การวิเคราะห์สถานการณ์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในประเทศไทย

รายงานสังเคราะห์ 2558

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณหน่วยงานต่างๆ ที่ได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นและมีค่ายิ่งกับการศึกษานี้ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ซึ่งรายนามของหน่วยงานต่างๆ มีดังต่อไปนี้

- 1) สำนักงานสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- 3) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- 4) สำนักโรควิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 5) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นางสาวอรพิน ทรัพย์สัน)
- 6) สำนักคุ้มครองสวัสดิภาพหญิงและเด็ก กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม
- 7) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ
- 8) สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
- 9) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- 10) สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- 11) สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
- 12) ศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- 13) สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน
- 14) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
- 15) มูลนิธิเพรทูลเฮลท์
- 16) กองทุนประชากรแห่งประเทศไทย
- 17) องค์การยูนิเซฟประเทศไทย
- 18) องค์การอนามัยโลกประเทศไทย

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ประสานงานทั้ง 5 จังหวัด ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ดูแลเอาใจใส่ให้กลุ่มเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือทีมวิจัยภาคสนามในขั้นตอนของการสุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกและสรรหาอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งรายนามของผู้ประสานงานมีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ประสานงานกรุงเทพมหานคร 1.1 นางวลิดา จ่างจาตุรณศรีศรี วิทยาลัยเทคโนโลยีพัฒนัยการเจ้าพระยา 1.2 นายธีรพงษ์ พามงคลเศรษฐี โรงเรียนศรีอยุธยา ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าภคินีเธอ เจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริโสภาพัณณวดี 1.3 นางสมบุญ แดงน้อย ชุมชนโค้งรถไฟยมราช เขตราชเทวี
- 2) ผู้ประสานงานจังหวัดระยอง 2.1 นางโสมนัส ศิริสัน โรงพยาบาลเกษม 2.2 นางอำนวยการ ภัฏญโร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินพระ
- 3) ผู้ประสานงานจังหวัดสตูล 3.1 นางรัตนา สอและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ 3.2 นางสุนีย์ เขียดสิงห์ วิทยาลัยเทคนิคสตูล
- 4) ผู้ประสานงานจังหวัดขอนแก่น 4.1 นายประสพโชค ศรีวัฒน์ โรงเรียนหนองเรือวิทยา 4.2 นางสาวกัลณณา ปู่แก้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง 4.3 นางอุมาแมน ชาญจระเ็จ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเ็จ 5) ผู้ประสานงานจังหวัดเชียงราย 5.1 นายกิตติพงษ์ จูป่าสมาคมเพื่อการศึกษาและวัฒนธรรมชาวอาข่า เชียงราย 5.2 นางนงลักษณ์ กาศมณี โรงพยาบาลแม่สรวย

คำย่อ

DoH	Department of Health (กรมอนามัย)
IUD	intrauterine devices (ห่วงคุมกำเนิด)
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย)
MoE	Ministry of Education (กระทรวงศึกษาธิการ)
MoI	Ministry of Interior (กระทรวงมหาดไทย)
MoPH	Ministry of Public Health (กระทรวงสาธารณสุข)
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Security (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)
NGO	non-government organization (องค์กรพัฒนาเอกชน)
NSO	National Statistics Office (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)
OSCC	One Stop Crisis Centre (ศูนย์ช่วยเหลือสังคม)
PPAT	Planned Parenthood Association of Thailand (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย)
RHS	Reproductive Health Survey (การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์)
THPF	Thai Health Promotion Foundation (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)
UNFPA	United Nations Population Fund (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย)
VHV	village health volunteers (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	iii
คำย่อ	iv
รายการของรูปประกอบ	vi
ภาพรวมของโครงการวิจัย	1
ผลการวิจัย	4
ความชุกของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น	4
การคลอดบุตรของแม่วัยรุ่น จำแนกตามอายุ	5
การคลอดบุตรของแม่วัยรุ่น จำแนกตามภูมิภาค	7
การตั้งครรภ์ซ้ำ จำแนกตามอายุ	7
การตั้งครรภ์ซ้ำ จำแนกตามภูมิภาค	7
ผลของการตั้งครรภ์	8
ข้อมูลสถิติระดับชาติ	11
ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน	11
ตัวชี้วัดการไปใช้บริการและสถานที่ให้บริการ	12
สถานะของระบบเฝ้าระวัง	13
วิธีที่ใช้ในปัจจุบันในการวิเคราะห์ข้อมูล	14
ตัวชี้วัดหลักจากข้อมูลสาธารณสุขในประเทศไทย	14
ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น	15
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	16
การบริการต่างๆ	17
การบริการที่วัยรุ่นรู้จัก	18
แหล่งข้อมูลการบริการที่มีอยู่	19
ความเกี่ยวข้องของการบริการกับความต้องการของวัยรุ่น	19
ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่น	20
อุปสรรคของวัยรุ่นในการเข้ารับบริการ	21
ประเภทของการคุมกำเนิด	23
การเข้าถึงการคุมกำเนิด	24
อุปสรรคในการเข้าถึงการคุมกำเนิด	25
ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น	26
ข้อเสนอแนะ	27
การประสานงาน	27
ความพึงชอบ	28
ยุทธศาสตร์ต่างๆ	30
การศึกษา	31
การบริการทางการแพทย์ และสังคม	33
การมีส่วนร่วมของชุมชน	34
การสื่อสารและการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสาธารณสุข	35
ระบบการเฝ้าระวัง และข้อมูลสถิติ	36
ภาคผนวก	37
วิธีการวิจัย	37
อาสาสมัครผู้เข้าโครงการ	37
ข้อจำกัดของการวิจัย	39

รายการของรูปประกอบ

รูปที่ 1	จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี ที่จดทะเบียนเกิด ในปี พ.ศ. 2547-2556	4
รูปที่ 2	จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-12 ปี ที่จดทะเบียนเกิด ในปี พ.ศ. 2547-2556	4
รูปที่ 3	จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 13-14 ปี ที่จดทะเบียนเกิด ในปีพ.ศ. 2547-2556	5
รูปที่ 4	จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 15-17 และ 18-19 ปี ที่จดทะเบียนเกิด ในปี พ.ศ. 2547-2556	5
รูปที่ 5	สัดส่วนการคลอดทั้งหมดของหญิงที่มีอายุ 10-49 ปี ที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี	6
รูปที่ 6	สัดส่วนการคลอดทั้งหมดของหญิงที่มีอายุ 10-49 ปี ที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี	6
รูปที่ 7	สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี จำแนกตามภูมิภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556	7
รูปที่ 8	สัดส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี จำแนกตามภูมิภาค	8
รูปที่ 9	แนวโน้มของอัตราการกำแท้งของสตรีที่มีอายุ 10-49 ปี จำแนกตามภูมิภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556	9
รูปที่ 10	แนวโน้มของอัตราการกำแท้งของสตรีที่มีอายุ 10-49 ปี จำแนกตามภูมิภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556	10
รูปที่ 11	แหล่งข้อมูลเรื่องเพศศึกษาของแม่วัยรุ่น	17
รูปที่ 12	อุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นตามที่ได้รับข้อมูล และวัยรุ่นรายงาน	21
รูปที่ 13	ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด จำแนกตามพื้นที่	37
รูปที่ 14	ผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประเภท	38

ภาพรวมของโครงการวิจัย

วัตถุประสงค์ของโครงการ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อบันทึกแนวโน้มปัจจุบันของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่วัยรุ่น โดยได้มีการสรุปกฎหมายและนโยบายสำคัญที่มีผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย นอกจากนี้ยังระบุปัจจัยหลักที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ และการแสวงหาการดูแล การระบุผู้ที่ทำงานในประเด็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และระบุวิธีการปฏิบัติ ที่เป็นเลิศ (Best Practices) (เช่น การป้องกันการตั้งครรภ์ มาตรการต่างๆ การเชื่อมโยงกับการดูแล และบริการต่างๆ) รวมถึงการเริ่มการทำงานแบบบูรณาการกับหลายภาคส่วน (Cross-Sectoral Approach) (องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย, 2556) ผลที่ได้จากการศึกษานี้ มุ่งประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ขององค์การ ยูนิเซฟ องค์กรเครือข่ายต่างๆ หน่วยงานขององค์การสหประชาชาติ และผู้กำหนดนโยบาย

ความเป็นมา

การเพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นประกอบกับการลดลงของการคุมกำเนิดในประเทศไทย ส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญในประเทศ หันมาให้ความสนใจประเด็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น มีการรายงานจาก กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย (UNFPA) ว่าแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จ อย่างยิ่งในการเพิ่มการคุมกำเนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512-2549 แต่ความสำเร็จดังกล่าวได้หยุดชะงัก ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549-2552 ความชุกของการคุมกำเนิดมีอัตราลดลงร้อยละ 2.5 จุด (จากร้อยละ 81.1 เป็น ร้อยละ 78.6 ในปี พ.ศ. 2554) (วาสนา, 2556) ในทำนองเดียวกันอัตราเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นที่มีอายุ ระหว่าง 15-19 ปี ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 39.7 ต่อ 1,000 ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 53.6 ในปี พ.ศ. 2554 (องค์การยูนิเซฟประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก, 2556) นอกจากนี้ประเด็นที่น่าสังเกต คือ ในปี พ.ศ. 2556 มีการตั้งครรภ์ขึ้นในกลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 129,541 คน และสตรี ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 3,725 คน (ศิวาณี, 2556) ในประเทศไทยมีการเพิ่มสูงขึ้นของการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่น ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาอัตราเกิดมีชีพในแม่วัยรุ่นอยู่ที่ 60 ต่อการเกิดทั้งหมด 1,000 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

การสนทนากับผู้ที่วิจัยลงพื้นที่ศึกษาในเบื้องต้น เมื่อเดือนกุมภาพันธ์และพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมามีได้สนับสนุนความคิดบางประการจากงานวิจัยในอดีต ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยมีอัตราที่สูงขึ้น โดย **พ่อแม่ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์** มีบทบาทต่อการตัดสินใจของ วัยรุ่น ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนเชื่อว่า การขาดการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่และวัยรุ่น รวมถึงการที่ พ่อแม่ขาดความใกล้ชิดในการเลี้ยงดูบุตร สิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่การตัดสินใจของวัยรุ่นที่จะมีเพศสัมพันธ์ โดยปราศจากความรู้ที่เหมาะสม และไม่มีการคุมกำเนิด ทั้งนี้เมื่อวัยรุ่นได้ตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้วพ่อแม่ มักจะตัดสินใจให้บุตรสาวแต่งงาน หรือบางกรณี พ่อแม่ก็จะช่วยเหลือบุตรสาวของตนให้ไปทำแท้ง

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอีกปัจจัยหนึ่ง ก็คือ **บทบาททางเพศ** ในช่วงที่ทีมวิจัยลงพื้นที่ ศึกษาในเบื้องต้น ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงกรณีที่ผู้หญิงไม่มีอำนาจในการเจรจาต่อรอง พวกเขาเชื่อว่า การขาดอำนาจในการเจรจาต่อรองนี้ ส่งผลให้ผู้หญิงไม่สามารถเรียกร้องเรื่องการคุมกำเนิดได้ และ ในบางกรณีไม่สามารถจะทราบได้เลยว่าจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์แล้ว เนื่องจากพ่อแม่หรือพ่อแม่ ของฝ่ายชายได้จำกัดทางเลือกไว้แล้ว ตามที่ได้มีการกล่าวไว้และผลจากงานวิจัยชิ้นหนึ่งได้สนับสนุนว่า ความคิดที่ว่า “เด็กผู้หญิงที่เรียบร้อย” (เด็กที่มีความประพฤติดีในโรงเรียนและไม่ประพฤติผิดเรื่องอื่น) จะมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์มากกว่าเด็กคนอื่น ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีความรู้ และทักษะที่เพียงพอที่จะกล้า ออกมาแสดงจุดยืน และป้องกันตัวเองในสถานการณ์เสี่ยงทางเพศ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2555) การทำงานร่วมกับวัยรุ่นในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เอกสารไม่ตีพิมพ์ ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัย และฝึกอบรมด้านเพศภาวะ และสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

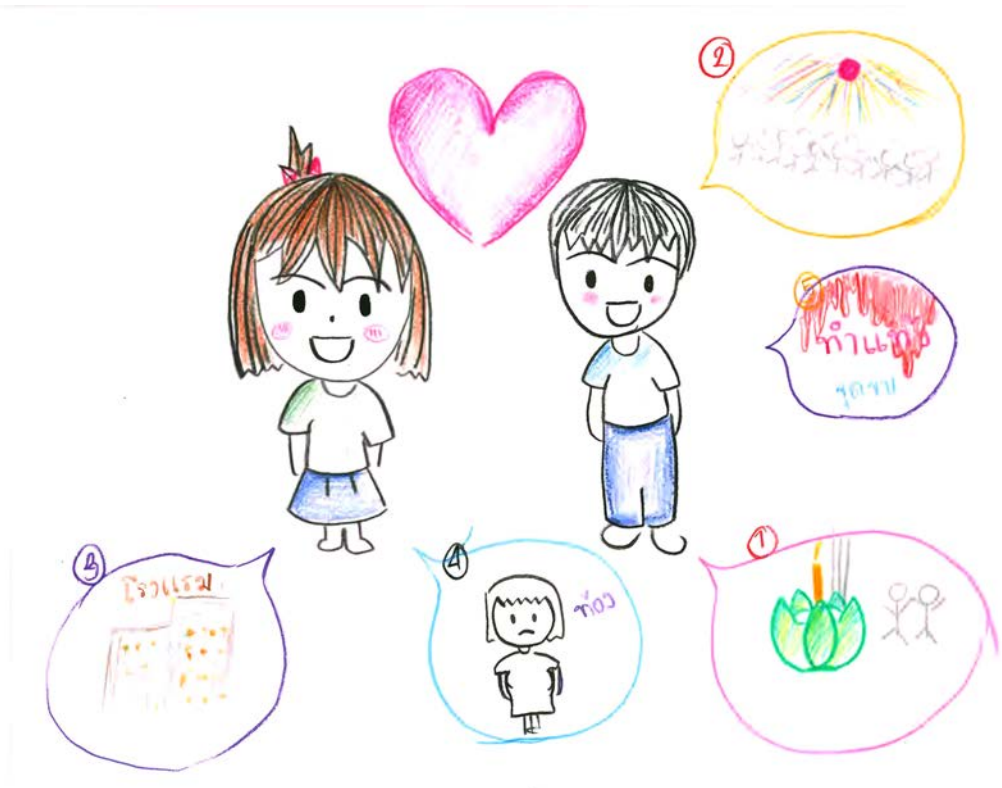
เจ้าหน้าที่ไทยและผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องให้คิดเห็นว่า การรับสื่อ และข้อความข่าวสารต่างๆ ที่หลากหลายรูปแบบ และมีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และความสัมพันธ์ต่างๆ ล้วนมีผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังได้รายงานว่าการเข้าถึงสื่อทั่วโลกที่แสดงภาพวัยรุ่นที่กำลังมีความสัมพันธ์กัน (ที่ยังไม่ได้มีการแต่งงานกัน) อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความคาดหวังของวัยรุ่น ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงการเซ็นเซอร์สื่อที่โฆษณาขายถุงยางอนามัย หรือการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนการคุมกำเนิด การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่มากขึ้นทำให้วัยรุ่นแสวงหาข้อมูล และคำแนะนำเรื่องเพศได้ และยังมีแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ อีก ความกังวลเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตในเรื่องของการรับรู้ของวัยรุ่นที่ว่า วัยรุ่นจะไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องเพศ เนื่องจากวัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยปราศจากการได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสม มีความเชื่อกันว่าสื่อต่างๆ ส่งเสริมทัศนคติของวัยรุ่นในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่มีอายุน้อย และการมีความสัมพันธ์ทางเพศนอกชีวิตสมรส โดยการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เรื่องเพศมากยิ่งขึ้น สิ่งที่ตรงกันข้าม คือ การเซ็นเซอร์โฆษณาขายถุงยางอนามัย และการไม่ได้ควบคุมข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต อาจส่งผลให้การใช้ยาคุมกำเนิดลดลงหรือเป็นการส่งเสริมให้เกิดการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง โดยรวมแล้วสิ่งเหล่านี้อาจชี้ให้เห็นถึงจำนวนวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น โดยมี การคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่มีการคุมกำเนิดเลย ซึ่งก่อให้เกิดการตั้งครรภ์

ประเด็นสุดท้ายที่ได้จากการลงพื้นที่ศึกษาในเบื้องต้น คือ การดำเนินนโยบายที่ไม่ต่อเนื่อง ผู้ให้สัมภาษณ์จากทั้ง 5 จังหวัด กล่าวถึง ระดับคุณภาพที่แตกต่างกันของการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Youth Friendly Health Services) และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน (การบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นหมายถึงคลินิกในโรงพยาบาล หรือมหาวิทยาลัยที่มีการปฏิบัติอย่างมีมาตรฐานสำหรับวัยรุ่น และให้บริการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น “มุมวัยรุ่น”) ความเชื่อของบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการเข้าถึงบริการต่าง ๆ เช่น การคุมกำเนิดระยะยาว และการทำแท้งที่ปลอดภัยทางเลือกอื่น เช่น ห่วงคุมกำเนิด หรือยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้อย่างไรก็ตาม มีบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่มเท่านั้นที่เสนอทางเลือกดังกล่าวให้กับวัยรุ่น นอกจากนี้ถึงแม้ว่าการทำแท้งนั้นสามารถทำได้โดยถูกกฎหมาย ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า แพทย์จำนวนมากไม่เต็มใจที่จะทำแท้งให้ หรือสั่งยา เพื่อให้เกิดการทำแท้งบุตร เนื่องจากความเชื่อส่วนบุคคล หรือแรงกดดันทางสังคมที่ต่อประเด็นการทำแท้ง การดำเนินการในเรื่องของการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงเรียน ถึงแม้ว่าจะเป็นข้อกำหนดของประเทศก็ตาม ทั้งนี้ทัศนคติ และความเชื่อของผู้อำนวยการโรงเรียน ครู และครูที่ปรึกษา มีส่วนในการกำหนดการดำเนินการในเรื่องของการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การขาดความตระหนักในเรื่องการเข้าถึงการคุมกำเนิด รวมถึงสถานที่ให้บริการ การขาดการประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับการบริการที่มีอยู่ การมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรก การนำเสนอภาพการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจากสื่อตะวันตก การเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆ การล่วงละเมิดทางเพศ แรงกดดันจากเพื่อน ยาเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความยากลำบากทางเศรษฐกิจ การอพยพจากชนบทสู่เมือง ผู้ให้บริการทางเพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความแตกต่างทางชาติพันธุ์และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการ และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

จากผลการศึกษานี้ ในส่วนของการทบทวนวรรณกรรมได้เผยให้เห็นว่า การตีตราทางสังคม มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่วัยรุ่น งานวิจัยของไทยหลายชิ้นระบุว่า ครอบครัวและชุมชนมักตีตราวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์หากยังไม่ได้มีการแต่งงาน การแต่งงานจะช่วยไม่ให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ถูกขับออกจากสังคม โดยเฉพาะหากฝ่ายชายสามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้

การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว รวมถึงผลสืบเนื่องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายที่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว และผลสืบเนื่องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น จะส่งผลให้มีการเพิ่มความเข้าใจที่มีต่อปัญหาของการเพิ่มขึ้นของอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย ถึงแม้ว่าประเด็นที่น่าเสนอข้างต้นจะสามารถอธิบายได้ถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ก็ไม่อาจสะท้อนความคิดเห็น และมุมมองของวัยรุ่น และพ่อแม่ทั้งประเทศได้ การศึกษานี้จึงได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยระดมความคิดเห็น และมุมมองต่างๆ รวมถึงข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับชาติ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้นต่อไป



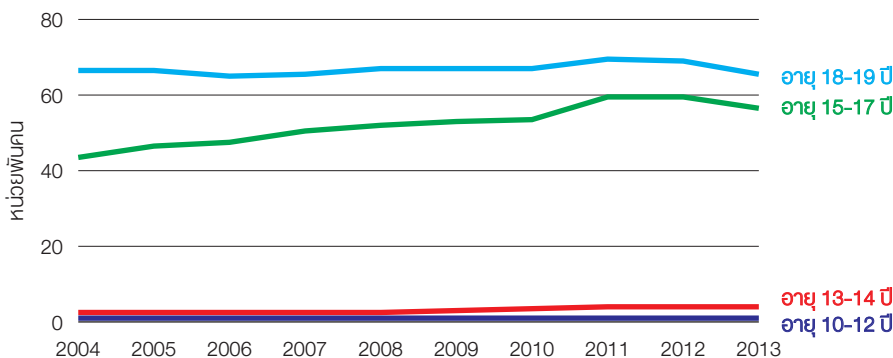
ผลการวิจัย

การสรุปผลที่ได้จากการศึกษาี้ ประกอบด้วยการอธิบายปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยใช้สถิติระดับชาติที่มีอยู่ และอธิบายถึงเหตุผลที่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่วัยรุ่นจึงถูกจัดว่าเป็นปัญหา นอกจากนี้ ได้สรุปวิธีที่ปัจจุบันประเทศไทยใช้ข้อมูลในการกำหนดว่าประเด็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเป็นปัญหา หรือไม่ และเมื่อใดเป็นปัญหา ผลการวิจัยนี้ได้อธิบายปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และสรุปสาระสำคัญของยุทธศาสตร์ และการบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหานี้

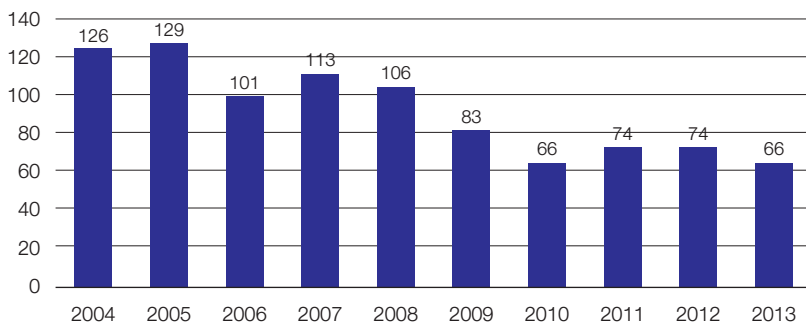
ความชุกของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ข้อมูลจากการจดทะเบียนเกิดแสดงให้เห็นถึงความชุกของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี ในประเทศไทย รูปที่ 1 แสดงจำนวนการคลอดของวัยรุ่น รายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 จำนวนการคลอดของวัยรุ่นสูงสุดในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในวัยรุ่นที่มีอายุ 18-19 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่กฎหมายได้กำหนดให้สามารถแต่งงานได้ ในขณะที่จำนวนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-17 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2554 และเพิ่มสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2553-2554 โดยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2554 แต่มีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556 สำหรับแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 18-19 ปี นั้นจำนวนการคลอดลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 จากนั้นค่อยๆ เพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 และได้ลดลงอีกครั้งในปี พ.ศ. 2555-2556 (รูปที่ 2) จำนวนการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี มีค่อนข้างน้อย แต่ต่อมามีแนวโน้มค่อยๆ เพิ่มขึ้น จำนวนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-12 ปี ลดลงจาก 126 คน ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 66 คน ในปี พ.ศ. 2556 (รูปที่ 3) ในขณะที่จำนวนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 13-14 ปี เพิ่มขึ้นเล็กน้อยและลดลงหลังจากปี พ.ศ. 2555 (รูปที่ 4)

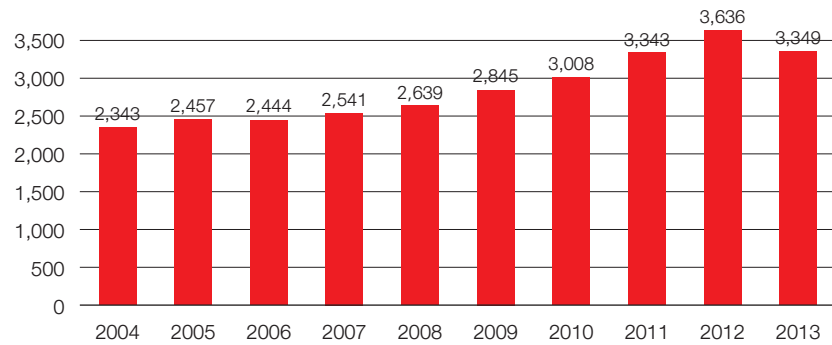
รูปที่ 1 จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี ที่จดทะเบียนเกิดในปี พ.ศ. 2547-2556



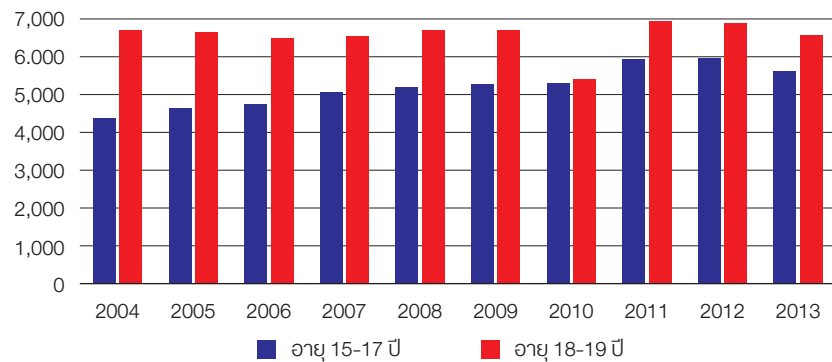
รูปที่ 2 จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-12 ปี ที่จดทะเบียนเกิดในปี พ.ศ. 2547-2556



รูปที่ 3 จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 13-14 ปี ที่จดทะเบียนเกิดในปีพ.ศ. 2547-2556



รูปที่ 4 จำนวนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 15-17 ปี และ 18-19 ปี ที่จดทะเบียนเกิดในปี พ.ศ. 2547-2556



การคลอดบุตรของแม่วัยรุ่น จำแนกตามอายุ

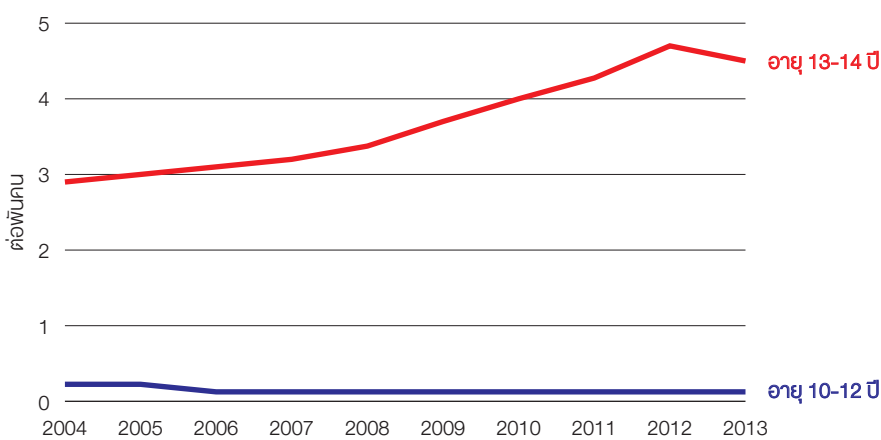
กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2554 และลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2555-2556 อัตราการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 47 ต่อ 1000 รายในปีพ.ศ. 2547 เป็น 54 ในปี พ.ศ. 2555 และเริ่มลดลงเป็น 48.8 ในปี พ.ศ. 2556 ในทำนองเดียวกันกับอัตราการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 1.0 ต่อ 1000 ราย ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 1.8 ต่อ 1000 ราย ในปี พ.ศ. 2555 และลดลงมาอยู่ที่ 1.6 ในปี พ.ศ. 2556 ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2556 สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี (จำนวน 747 คน) และอายุ 15-19 ปี (จำนวน 307 คน) ต่อการคลอดของหญิงที่มีอายุ 10-49 ปี 1,000 คน คิดเป็น 4.6 และ 163.2 ตามลำดับ

สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี ต่อการคลอดของหญิงที่มีอายุ 10-49 ปี 1,000 คน ค่อยๆ เพิ่มขึ้นจาก 3.0 ในปี พ.ศ. 2547-2550 เป็น 3.5 และ 4.8 ในปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2555 ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นดังกล่าวน่าจะมาจากการเพิ่มขึ้นของอัตราการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 13-14 ปี ทั้งนี้ เนื่องจากสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวค่อยๆ เพิ่มขึ้นจาก 2.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 4.7 ในปี พ.ศ. 2555 (ดูรูปที่ 5) ในขณะที่สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-12 ปี มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 ซึ่งหลังจากที่มีการคุมที่ 0.16 ในปี พ.ศ. 2547-2548 และลดลงไปที่ 0.13 ในปี พ.ศ. 2549 และกลับมากองที่อีกครั้งที่ 0.09 ในปี พ.ศ. 2553-2556

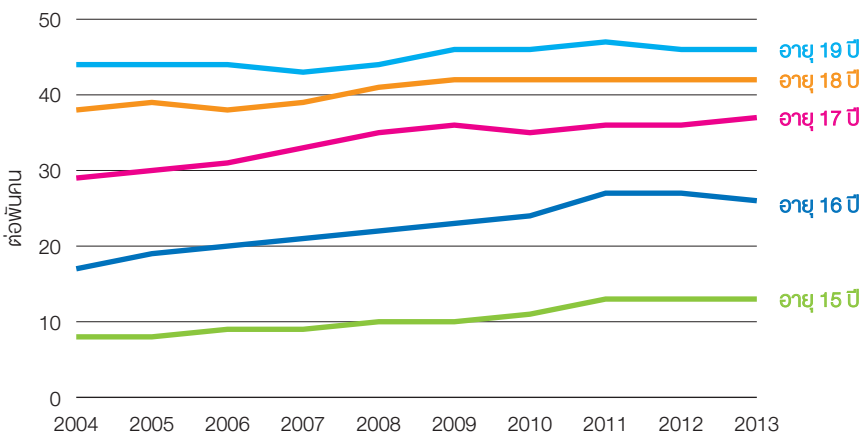
สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2555 และลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2556 โดยมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 136.1 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 164.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนในปี พ.ศ. 2555 และค่อนข้างคงที่ที่ 163.2 ในปี พ.ศ. 2556 โดยกลุ่มย่อยๆ ของกลุ่มอายุดังกล่าว ได้แก่ สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-17 ปี มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 53.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 76.3 ในปี พ.ศ. 2555 และค่อนข้างคงที่ที่ 75.3 ในปี พ.ศ. 2556 โดยเมื่อเปรียบเทียบกับแล้วพบว่า สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 18-19 ปี ค่อนข้างคงที่ กล่าวคือ อยู่ระหว่าง 82.0-89.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนในช่วงเวลาเดียวกัน

สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นตามอายุนั้น จะเพิ่มมากที่สุดในช่วงอายุ 15-16 และ 16-17 ปี ทั้งนี้ **รูปที่ 6** แสดงให้เห็นถึงสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14, 15-17 และ 18-19 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2556 ซึ่งอยู่ในช่วง 3.0-4.8, 53.8-76.3 และ 82.0-89.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามกลุ่มอายุข้างต้นนั้น การกำหนดช่วงอายุให้แคบลงจะแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนการคลอดที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ หากไม่คำนึงถึงความผันแปรในกลุ่มอายุ 10-12 ปี ไปจนถึงกลุ่มอายุ 13-14 ปี จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2556 สัดส่วนการคลอดจะมีความแตกต่างกันอย่างมากในกลุ่มอายุ 15 และ 16 ปี โดยสัดส่วนการคลอดในกลุ่มอายุ 16 ปี อยู่ที่ 13 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งมากกว่าในกลุ่มอายุ 15 ปี ความแตกต่างที่รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 16 และ 17 ปี โดยสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 17 ปี อยู่ที่ 11 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งมากกว่าในกลุ่มอายุ 16 ปี นอกจากนี้ สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 16 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ตลอดระยะเวลา 9 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 ทั้งนี้ การผันแปรของสัดส่วนดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นนั้น มีความหมายต่อมาตรการความช่วยเหลือตามกลุ่มเป้าหมายอายุต่างๆ

รูปที่ 5 สัดส่วนของการคลอดทั้งหมด ในหญิงที่มีอายุ 10-49 ปี ที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี



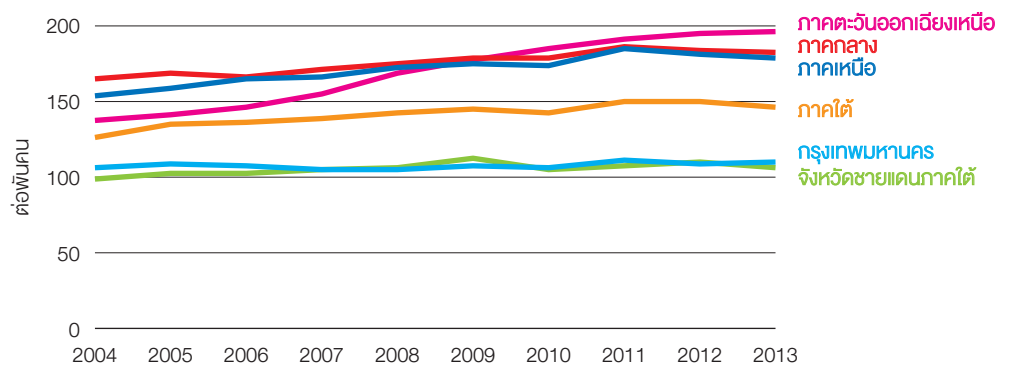
รูปที่ 6 สัดส่วนของการคลอดทั้งหมด ในหญิงที่มีอายุ 10-49 ปี ที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี



การคลอดบุตรของแม่วัยรุ่น จำแนกตามภูมิภาค

รูปที่ 7 แสดงแนวโน้มสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่น จำแนกตามภูมิภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 โดยเปรียบเทียบแนวโน้มของภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ซึ่งสัดส่วนการคลอดของแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในหลายภูมิภาคในช่วงปี พ.ศ. 2547-2555 และลดลงในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งแตกต่างจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) โดยสัดส่วนการคลอดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามกาลเวลา ในขณะที่แนวโน้มของกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงค่อนข้างต่ำ และคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา ซึ่งในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนภาคใต้มีแนวโน้มสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นโดยเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นในช่วงระยะเวลา 10 ปี

รูปที่ 7 สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี จำแนกตามภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2556



ในปี พ.ศ. 2556 สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี เป็น 163.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นมีแนวโน้มแปรตามภาค กล่าวคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นสูงกว่ากรุงเทพมหานคร ทั้งนี้สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี (ต่อการคลอดของหญิงที่มีอายุ 10-49 ปีในแต่ละภูมิภาค) ในปี พ.ศ. 2556 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ กรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ 191.5, 176.2, 173.6, 142.8, 105.2 และ 104.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนตามลำดับ

การตั้งครรรภ์ จำแนกตามอายุ

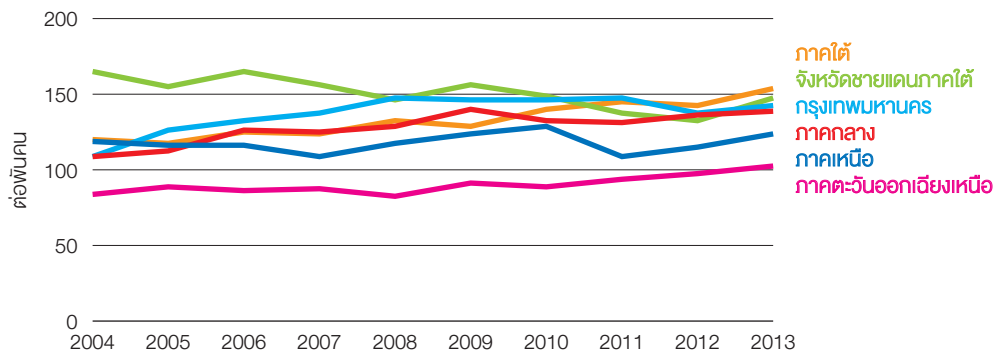
กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ช่วงระยะเวลา 9 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2555 อัตราการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปีเพิ่มสูงขึ้นจาก 4.9 เป็น 6.4 ต่อหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2555-2556 เริ่มลดลงเล็กน้อยอยู่ที่ 6.2 ต่อหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ในขณะที่อัตราการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี มีอัตราลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2552-2556 จาก 0.20 เป็น 0.10 ต่อหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน

การตั้งครรรภ์ จำแนกตามภูมิภาค

รูปที่ 8 แสดงแนวโน้มสัดส่วนการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2556 โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น จะเห็นได้ว่าในทุกภูมิภาคมีการตั้งครรรภ์เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ยกเว้นจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งมีการตั้งครรรภ์ที่ลดลง นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2556 ภาคใต้มีสัดส่วนการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี สูงที่สุด คือ 154.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนการตั้งครรรภ์ที่น้อยที่สุด คือ 102.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

สิ่งที่น่าประหลาดใจ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนการตั้งครรภ์ช้าน้อยที่สุด แต่กลับมีสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นสูงสุด นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว ในบางปีกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสัดส่วนการตั้งครรภ์ช้าน้อยที่สุด และมีสัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นต่ำที่สุด ทั้งนี้งานวิจัยในอนาคต จึงควรศึกษาความสัมพันธ์ในทิศทางที่ผกผันดังกล่าว

รูปที่ 8 สัดส่วนของการตั้งครรภ์ช้าในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี จำแนกตามภูมิภาค



ผลของการตั้งครรภ์

ผลของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่วัยรุ่นที่หลักๆ ได้แก่ ผลที่มีต่อเศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากพ่อแม่วัยรุ่นต้องเผชิญปัญหา หรืออุปสรรคต่อการเรียนจบการศึกษา ซึ่งจะขัดขวางความก้าวหน้าในหน้าที่การงานในท้ายที่สุด และการติดยาทางสังคม รวมถึงชีวิตที่เป็นส่วนตัว

โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และแม่วัยรุ่นที่จะต้องเผชิญอุปสรรคนานัปการในการศึกษาต่อ ซึ่งอุปสรรคหลายอย่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อุปสรรคต่างๆ ได้แก่ การถูกไล่ออกจากโรงเรียน การไม่ได้รับความช่วยเหลือใดๆ ที่มีความจำเป็นต่อการเข้าเรียน และการที่ไม่ต้องการถูกตีตราทางสังคมจากเพื่อน ครู และพ่อแม่ของนักเรียนคนอื่น ทั้งนี้ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาผลสืบเนื่องของปัญหาดังกล่าวต่อเศรษฐกิจทั้งระดับบุคคล และระดับชาติ การพัฒนาเศรษฐกิจ รวมถึงผลกระทบต่อสิทธิมนุษยชน

การตีตราทางสังคมที่มีต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจนี้ ก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน โรงเรียน และชุมชน โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มักเผชิญกับการตีตราทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ พ่อแม่วัยรุ่น วัยรุ่นที่ยุติการตั้งครรภ์ และนักเรียนทั้งชาย และหญิงต่างพูดถึงปัญหาทางการเงินอยู่บ่อยครั้ง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ และหลังคลอด พ่อแม่ของพ่อแม่วัยรุ่นมักได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของบุตร บ่อยครั้งที่ปู่ย่าตายายจะกลายเป็นผู้เลี้ยงดูหลาน ซึ่งส่งผลให้มีภาระทางการเงินมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนตระหนักถึงผลสืบเนื่องจากปัญหาทางการเงินที่เกิดขึ้นกับพ่อแม่วัยรุ่นดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลหลักคนหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า “เมื่อพวกเขากลายเป็นพ่อคนแม่คน พวกเขาควรได้รับบริการต่างๆ เช่นเดียวกับคนอื่น พวกเขาขัดสนเรื่องเงินทอง เพราะพวกเขายังไม่พร้อมที่จะเป็นพ่อแม่แม่คน พวกเขาไม่มีเงิน ไม่มีงาน และไม่มื่ออะไรเลย แล้วคุณคิดว่าพวกเขาควรจะได้รับบริการอะไรบ้าง”

พวกเขา (ครอบครัวหนู) รับไม่ได้ เขาบอกว่า หนูยังเด็ก อยากให้เรียนสูงกว่านี้ เขาพูดอีกว่าบอกแล้วว่า ให้คุณกำเนิด

แม่วัยรุ่น จังหวัดระยอง

หนูอยากจะทำเรียนให้จบ ในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้า แต่พ่อ ผอ. รู้ว่าหนูต้อง เขาก็บอกให้หนูไปพักการเรียน พวกเขาตัดโอกาสหนู และบีบให้หนูต้องเริ่มใหม่อีกครั้ง

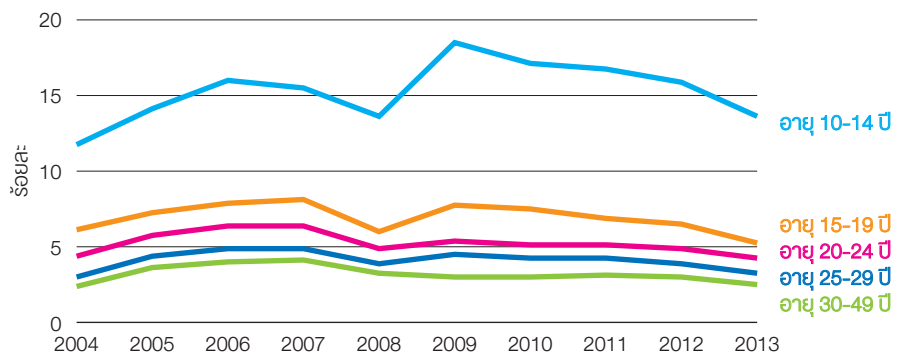
วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ จังหวัดระยอง

วัยรุ่นมักกล่าวถึงความไม่สบายใจต่างๆ ว่าเป็นผลกระทบจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย กังวล เศร้า กลัว หรือไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ และรับผลกระทบที่จะตามมา โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นแสดงความคิดเห็นว่า ความไม่สบายใจต่างๆ ที่กล่าวมาล้วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์กับฝ่ายชาย ซึ่งบางคนกังวลว่าพ่อแม่จะไม่อนุญาตให้ไปอยู่กับฝ่ายชาย ในขณะที่สตรีวัยรุ่นคนหนึ่งกล่าวว่า เธอกลัวฝ่ายชายจะทิ้งเธอกับลูกไป ในทำนองเดียวกัน คือ ทั้งหญิง และชายต่างรู้สึกอับอาย ซึ่งนำไปสู่การตีตราทางสังคมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างกว้างขวางในสังคมไทย

ประเด็นสุขภาพที่สำคัญของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ คือ ความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต อันเนื่องมาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย จากข้อมูลการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 พบว่า อัตราการทำแท้งต่อการเกิดมีชีพโดยเฉลี่ยร้อยละ 4.7 โดยในปี พ.ศ. 2549 มีอัตราสูงสุดที่ร้อยละ 5.7 และในปี พ.ศ. 2556 ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือร้อยละ 3.8 รูปที่ 9 แสดงอัตราการทำแท้งตามกลุ่มอายุโดยส่วนใหญ่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ยกเว้นกลุ่มอายุ 10-14 ปี โดยในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการทำแท้ง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงสุดที่ร้อยละ 18.5 และในปี พ.ศ. 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 13.6 นั่นคือ กลุ่มอายุดังกล่าวมีอัตราการทำแท้งสูงสุดโดยเฉลี่ยตลอดระยะเวลา 10 ปี ที่ร้อยละ 15.3 ทั้งนี้ สูงเป็น 5 เท่าเมื่อเทียบกับอัตราการทำแท้งของกลุ่มอายุ 25-29 ปี ซึ่งมีอัตราการทำแท้งต่ำที่สุด นอกจากนี้อาจอธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีสามารถเข้าถึงบริการทำแท้งที่ถูกต้องกฎหมาย

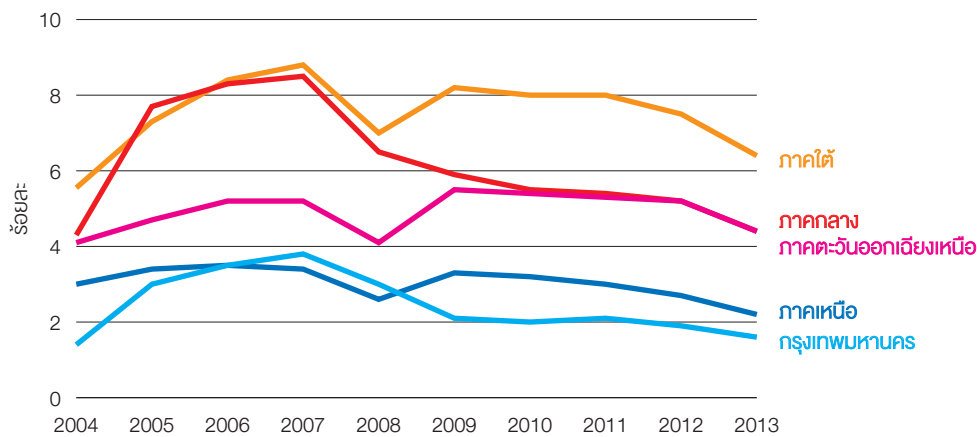
กลุ่มอายุถัดไปที่มีอัตราการทำแท้งสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 15-19 ปี ซึ่งมีอัตราการทำแท้งโดยเฉลี่ยตลอดระยะเวลา 10 ปี ที่เกือบร้อยละ 7 สิ่งที่น่าสนใจคือ กลุ่มอายุ 30-49 ปี มีอัตราการทำแท้งสูงเป็นอันดับสามโดยเฉลี่ยตลอดระยะเวลา 10 ปี ที่ร้อยละ 5.2 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความพึงพอใจที่มีต่อขนาดครอบครัว และความไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม สิ่งที่น่าสังเกตคือ อัตราดังกล่าวต่ำกว่าอัตราที่เป็นจริง เนื่องจากเป็นข้อมูลอัตราการทำแท้งที่ได้มาจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีสถานบริการอีกหลายแห่งที่มีบริการทำแท้ง ซึ่งไม่ถูกกำหนดให้รายงานสู่สาธารณะ นอกจากนี้ อัตราดังกล่าวน่าจะสะท้อนถึงการเข้าถึงที่ถูกต้องกฎหมายโดยส่วนใหญ่ได้ ทั้งนี้ไม่รวมการทำแท้งที่นอกขอบเขตของการใช้บังคับกฎหมายของไทย

รูปที่ 9 แนวโน้มของอัตราการทำแท้ง จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556



รูปที่ 10 แสดงอัตราการทำแท้งที่มีแนวโน้มลดลงในทุกภูมิภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ภาคใต้มีอัตราการทำแท้งเฉลี่ยสูงสุดที่สุดคือ (ร้อยละ 7.5) ซึ่งสูงกว่ากรุงเทพมหานคร ที่มีอัตราการทำแท้งเฉลี่ยต่ำที่สุด (ร้อยละ 2.4) อัตราการทำแท้งเฉลี่ยสูงรองลงมาคือ ภาคกลาง ร้อยละ 6.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 4.9 และภาคเหนือ ร้อยละ 3.0

รูปที่ 10 แนวโน้มของอัตราการกำเริบในสตรีที่มีอายุ 10-49 ปี จำแนกตามภูมิภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556



สิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น คือ เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งจากการวิเคราะห์การจดทะเบียนเกิดของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 พบว่า ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยหรือน้อยมากเมื่อเทียบกับทารกที่เกิดจากแม่วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 12.3-17.5) โดยทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มเป็นสองเท่าที่จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยเมื่อเทียบกับทารกที่เกิดจากแม่ที่มีอายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 17.5 ต่อร้อยละ 9.3, OR เท่ากับ 2.06) นอกจากนี้ แม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (ร้อยละ 17.5) เมื่อเทียบกับแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 12.3) ความแตกต่างของทารกที่เกิดจากแม่ที่มีอายุมาก และทารกที่เกิดจากแม่ที่มีอายุน้อย จึงเห็นได้ชัดเจนในเรื่องของน้ำหนักแรกเกิดที่น้อยยิ่ง¹ ถึงแม้ว่าน้ำหนักแรกเกิดที่น้อยยิ่งของการกะพบได้ค่อนข้างน้อยกว่าน้ำหนักแรกเกิดที่น้อยก็ตาม ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มเป็น 4 เท่าที่จะมีน้ำหนักแรกเกิดที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับทารกที่เกิดจากแม่ที่มีอายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 0.6 ต่อร้อยละ 0.1, OR เท่ากับ 4.36) และทารกที่เกิดจากแม่ที่มีอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มเป็นสองเท่า (ร้อยละ 0.3 ต่อร้อยละ 0.1, OR เท่ากับ 1.94)

การแต่งงานในวัยรุ่นเป็นทั้งสาเหตุ และผลสืบเนื่องที่มาจาก การตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักแต่งงานกับฝ่ายชายเพื่อ “รักษาหน้าของตัวเอง” หรือเพื่อหลีกเลี่ยงความยุ่งยากของกระบวนการทางกฎหมายหากฝ่ายชายจะต้องถูกดำเนินคดีในศาล ผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนตั้งข้อสังเกตว่า แรงกดดันที่นำไปสู่การแต่งงานเกิดขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ข้อสังเกตนี้สนับสนุนความคิดที่ว่า การแต่งงานเป็นสิ่งที่ตามมาภายหลังการตั้งครรภ์ ในตรงกันข้าม ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นตั้งข้อสังเกตว่า วัฒนธรรมกลุ่มบางกลุ่ม และชุมชนชนบทบางชุมชนมองว่าการแต่งงานเร็วเป็นเรื่อง “ปกติ” ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมว่า ชุมชนและวัฒนธรรมกลุ่ม เห็นจะได้แก่ หมู่บ้านที่มีขนาดเล็ก ชาวเขา (เช่น ชนเผ่าอาข่า ชนเผ่าม้ง) และชาวมุสลิม โดยผู้ให้ข้อมูลหลักคนหนึ่งกล่าวว่า “ในสังคมชาวเขาอย่างชนเผ่าอาข่าและชนเผ่าม้ง พวกเขาคิดว่า การแต่งงานและการมีลูกในวัยเยาว์เป็นเรื่องที่ดี เพราะลูกๆ สามารถช่วยงานในไร่ได้”

¹ น้ำหนักแรกเกิดที่น้อยยิ่ง (Extremely low birth weight) หมายถึงน้ำหนักแรกเกิดที่น้อยกว่า 1,000 กรัม

ในหมู่บ้านเล็กๆ
เด็กอายุ 12-13 ปี แต่งงาน
เป็นเรื่องธรรมดา แต่เรา
คิดต่าง คือ มันเป็นปัญหา
สังคม เป็นสิ่งที่ไม่ปกติ

ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่น
จังหวัดขอนแก่น

หลักฐานเพิ่มเติมที่สนับสนุนความชุกของการแต่งงานในวัยเยาว์ได้มาจากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) เมื่อปี พ.ศ. 2555 โดยพบว่า สตรีไทยที่มีอายุ 20-49 ปีมีการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี ถึงร้อยละ 14.7 ซึ่งอัตราดังกล่าวแตกต่างกันตามภูมิภาค กล่าวคือ อัตราการแต่งงานสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 19.1) และกรุงเทพมหานครมีอัตราต่ำที่สุด (ร้อยละ 11.6) ในสตรีที่มีอายุ 15-49 ปี มีการแต่งงานก่อนอายุ 15 ปี ถึงร้อยละ 2.7 อัตราการแต่งงานก่อนอายุ 15 ปี ของภูมิภาคต่างๆ มีความแตกต่างกันค่อนข้างน้อย โดยอัตราการแต่งงานของกรุงเทพมหานครอยู่ที่ร้อยละ 2.4 ภาคเหนือ และภาคกลางอยู่ที่ร้อยละ 2.8

ข้อมูลสถิติระดับชาติ

จากการทบทวนข้อมูลสถิติระดับชาติ และระบบเฝ้าระวังในประเทศไทย พบว่า ระบบต่างๆ ในปัจจุบันที่ใช้ในการติดตามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่แม่นั้น ยังมีไม่เพียงพอ

ข้อจำกัดประการสำคัญของระบบติดตามในปัจจุบัน ได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลไม่สม่ำเสมอ 2) แหล่งข้อมูลที่จำกัด และ 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดประเภทปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกัน การจัดหา และการใช้บริการที่ให้แก่งานที่ให้บริการและผู้ใช้บริการต่างๆ วัยรุ่นอายุ 10-14 ปีที่ตั้งครรภ์ และที่ต้องดูแลบุตร และวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงาน และต้องดูแลบุตร

ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน

หน่วยงานระดับกระทรวงในประเทศไทย 4 แห่งทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่ เนื้อหาในส่วนนี้ จะให้ภาพรวมของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อดังกล่าว

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ประเมินหลักๆ อยู่ 3 แบบ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพ่อแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ได้แก่ สำมะโนประชากรและเคหะ การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) และการสำรวจจากพรมแดนอนามัยการเจริญพันธุ์ (RHS) การทำสำมะโนประชากรเก็บข้อมูลทุก 10 ปี โดยมีการรวมกลุ่มที่น้อยที่สุดในระดับภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติในการสำรวจเด็กและเยาวชน

การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) เป็นการสำรวจในระดับนานาชาติ ซึ่งจัดเก็บข้อมูลจากครัวเรือนที่เกี่ยวกับเด็กและสตรี (ประมาณ 27,000 ครัวเรือน) การสำรวจครั้งล่าสุดสำรวจในปี พ.ศ. 2555 โดยการสำรวจก่อนหน้านี้เป็นการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 การสำรวจนี้ ให้ข้อมูลลักษณะประชากรโดยทั่วไป และเหตุผลของการมีบุตร อนามัยการเจริญพันธุ์ (เช่น การคุมกำเนิด และการยังใช้การคุมกำเนิด) ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ และความรุนแรงในครอบครัว ในกลุ่มสตรีที่มีอายุ 15-49 ปี

การสำรวจจากพรมแดนอนามัยการเจริญพันธุ์ (RHS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติมีขึ้นทุก 10 ปี จนถึงปี พ.ศ. 2549 และหลังจากนั้นอีกสามปี คือ ในปี พ.ศ. 2552 การสำรวจนี้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30,000 ครัวเรือนทั่วประเทศ ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในแบบสำรวจนี้ ได้แก่ การให้บริการต่างๆ ก่อนแต่งงาน อายุของการแต่งงานครั้งแรก จำนวนการเกิดมีชีพ สถานที่คลอด การให้นมบุตร การตรวจต้าน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการวางแผนครอบครัว

กระทรวงสาธารณสุขเก็บข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากสถานพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการมารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ ข้อมูลเกี่ยวกับต้นเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสตรีที่ตั้งครรภ์ และสตรีที่แท้งที่คลินิก ข้อจำกัดของข้อมูลนี้ คือ ไม่มีข้อมูลเรื่องอายุของสตรี ที่อยู่ มีแต่เหตุผลของการเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ข้อมูลดังกล่าวเก็บจากสถานพยาบาล

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งสตรีอาจเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่นๆ ที่พวกเขา
มีสิทธิในการรับบริการ ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติหลายคนระบุว่า หลายหน่วยงานที่ดำเนินการภายใต้
กระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ
ของวัยรุ่น และการคุมกำเนิด ข้อมูลถูกรวบรวม และวิเคราะห์ทุก 2 ปี และนำมาใช้เป็นแนวทาง และประเมิน
สำหรับโครงการส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้จาก
การลงพื้นที่เยี่ยมสำรวจผู้ให้ข้อมูลหลักทำให้เกิดคำถามในเรื่องความน่าเชื่อถือของการสำรวจนี้

กระทรวงมหาดไทยโดยสำนักบริหารการทะเบียนได้จดทะเบียนเกิดให้แก่การทุกคนที่เกิดในประเทศไทย
รวมถึงข้อมูลอายุของมารดา นอกจากนี้ระบบการจดทะเบียนเกิดยังเก็บข้อมูลสัญชาติของทารก
น้ำหนักแรกเกิด ที่อยู่ ชื่อและอายุของบิดามารดา สัญชาติและที่อยู่ของบิดามารดา ซึ่งข้อมูลจะถูกบันทึก
เข้าระบบคอมพิวเตอร์ ณ สำนักทะเบียนจังหวัด

กระทรวงศึกษาธิการเก็บข้อมูลสาเหตุที่นักเรียนลาออกจากโรงเรียน รวมถึง “การแต่งงาน” โดยยังไม่รวม
การตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม หลายโรงเรียนอาจไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้นักเรียนลาออก ผู้ให้ข้อมูล
หลักหลายคนกล่าวว่า ผู้บริหารโรงเรียนอาจไม่ได้รายงานเกี่ยวกับข้อมูลดังกล่าวนี้อย่างถูกต้องนัก
ถึงแม้จะทราบสาเหตุของการลาออกในบางกรณีก็ตาม

สุดท้ายนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวถึงสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัย
มหิดล ว่าเป็นสถาบันที่มีข้อมูลสาธารณะเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและความเป็นพ่อแม่
ในการที่สถาบันดังกล่าวเป็นสถาบันวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจึงเป็นเพียงข้อมูลจากโครงการวิจัยที่ได้รับ
ทุนสนับสนุนเท่านั้น อย่างไรก็ตาม สถาบันนี้ได้ทำการวิจัยโดยศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของ
วัยรุ่น และได้เผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ

นอกเหนือจากสำมะโนประชากรและเคหะ และการจดทะเบียนเกิดแล้ว ข้อมูลที่เก็บได้มายังไม่มีความ
สม่ำเสมอในการเก็บ หรือยังไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ผลทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค หรือระดับ
ท้องถิ่น การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) และการสำรวจจากพรมแดนอนามัย
การเจริญพันธุ์ (RHS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อาจใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญ เพื่อให้ก่อให้เกิดการ
วิเคราะห์ผลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป อย่างไรก็ตามในช่วงหลายปีมานี้ ยังไม่มีการสำรวจใดที่ดำเนินการ
อย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่จะถูกต้อง
แม่นยำและเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ผลในทุกระดับ ซึ่งในการที่จะเข้าใจประเด็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น
และความเป็นพ่อแม่ให้มากยิ่งขึ้นนั้น ควรมีความปลอดภัยของโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลที่นอกเหนือ
จากข้อมูลของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

ตัวชี้วัดการไปใช้บริการและสถานที่ให้บริการ

จากข้อมูลทุติยภูมิพบว่า โรงพยาบาลต่างๆ ได้รายงานอัตราการใช้บริการไปยังกระทรวงสาธารณสุข
โดยผู้ให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตั้งอยู่ในตำบลนั้นๆ โรงพยาบาลระดับอำเภอ
ในทุกอำเภอ และโรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ ข้อมูลดังกล่าว ได้แก่ 1) จำนวนหญิงตั้งครรภ์
ที่ได้รับการฝากครรภ์ 2) จำนวนการคลอด 3) จำนวนการทำแท้ง 4) จำนวนทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อย
5) จำนวนผู้ป่วยตกเลือด และ 6) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการทำแท้ง นอกจากนี้กระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้รายงานจำนวนผู้ที่โทรเข้ามาที่ศูนย์ช่วยเหลือสังคม
(OSCC) จำนวนหญิงตั้งครรภ์และจำนวนหญิงหลังคลอดที่พักอยู่ในศูนย์พักพิง

ข้อมูลเหล่านี้ยังไม่ได้รับการวิเคราะห์ ในการศึกษานี้จึงยังไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงข้อมูลในประเด็น
การให้บริการ และความต้องการใช้บริการในสถานพยาบาล ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและ
ความเป็นพ่อแม่ได้

สถานะของระบบเฝ้าระวัง

ระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่ในประเทศไทยจะมีข้อมูลเกี่ยวกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และพ่อแม่วัยรุ่น ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติและการใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นไว้มิใช่เป็นที่รู้จัก กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักที่เฝ้าระวังตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ การคลอดของหญิงวัยรุ่น อัตราการทำแท้ง การคุมกำเนิด นอกจากนี้ยังมีการเฝ้าระวังในตัวชี้วัดรองซึ่งเกี่ยวกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และพ่อแม่วัยรุ่น

สามกระทรวงที่มีการเฝ้าระวังโดยเฉพาะ ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และพ่อแม่วัยรุ่น ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ในการเฝ้าระวังความชุก และแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใช้การสำรวจเชิงพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเองก็เป็นหน่วยงานหลัก ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติให้ข้อมูลว่า กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้งเป็นรายปีอีกด้วย

รายงานของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2557 เรื่อง “นโยบายและระบบเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น” ได้มีการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีและสตรีที่มีอายุ 15-19 ปี การเฝ้าระวังประกอบด้วยข้อมูลของโรงพยาบาลที่เกี่ยวกับการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอด และการทำแท้ง กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีการทบทวนการกระจายตัวของสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และควบคุมมาตรฐานบริการดังกล่าว การดำเนินการเฝ้าระวังใหม่ที่มีในปี พ.ศ. 2558 คือ การเก็บข้อมูลจากเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต โดยมีเป้าหมายที่จะดำเนินการเต็มรูปแบบภายใน 5 ปี ซึ่งเป็นการรายงานจำนวนอำเภอที่ดำเนินการ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ภายใต้การประสานความร่วมมือของภาคีและเครือข่าย เพื่อพัฒนาให้วัยรุ่นสามารถดูแลตนเองในด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ และพัฒนาแนวทางหรือกลไกการดำเนินงานของ “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์” (Reproductive Health District หรือ RHD)

การศึกษานี้ได้สัมภาษณ์บุคลากรในหน่วยงานที่เฝ้าระวังตัวชี้วัดเกี่ยวกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และพ่อแม่วัยรุ่น ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติและระดับท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยผู้ให้ข้อมูลหลายคนมีความรู้สึกว่ระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่ในปัจจุบันช่วยให้เข้าใจแนวโน้มของแต่ละพื้นที่ได้ และผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งแนะนำว่า “ควรจะมีกลไกเฝ้าระวังเพื่อควบคุม และให้แน่ใจว่าการปฏิบัติเป็นไปตามกฎหมาย”

ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นพูดถึงรายงานระดับภูมิภาคหรือระดับจังหวัดที่เสนอต่อหน่วยงานใหญ่ของรัฐ โดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพในหลายพื้นที่กล่าวว่ามีการรายงานการทำแท้ง การตั้งครรภ์ซ้ำ และข้อมูลอื่นๆ เช่น อัตราการคุมกำเนิด ซึ่งได้มีการรายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือแพทยสภา จากข้อมูลพบว่า สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเก็บข้อมูลดังกล่าว รวมถึงอายุของผู้ป่วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมของวัยรุ่นในโรงเรียนปีละครั้ง ผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นจะบันทึกข้อมูลต่างๆ ได้แก่ จำนวนผู้มารับบริการ (เพศ อายุ) สถาบันการอาชีวศึกษาจะส่งผลการประเมินทักษะชีวิต และเพศศึกษารอบด้าน มายังหน่วยงานระดับชาติ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้นำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เพื่อในการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนประจำปีให้แก่ข้าราชการพลเรือนสามัญ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลายคนวิจารณ์ว่าข้อมูลดังกล่าวไม่มีความน่าเชื่อถือ ในทำนองเดียวกัน กระทรวงศึกษาธิการก็ได้รับเกรดนักเรียนซึ่งสามารถดูเกรดของวิชาเพศศึกษาได้ ศูนย์พักพิงในพื้นที่จังหวัดต่างๆ และศูนย์ช่วยเหลือสังคม (OSCC) จะรายงานจำนวนผู้ใช้บริการ ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ วัยรุ่นที่ถูกการุณกรรม และ/หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากศูนย์พักพิง

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่ามี NGO เด่น 2 หน่วยงาน คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สสส. เป็นหน่วยงานที่มีการเฝ้าระวัง มีฐานข้อมูล และระบบเฝ้าระวัง พฤติกรรมของวัยรุ่น ได้แก่ ข้อมูลการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น อัตราการทำแท้ง จำแนกตามอายุ และการคุมกำเนิดทั้งชายและหญิง โดยมีการรายงานข้อมูลปีละครั้ง สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยจะบันทึก และรายงานจำนวนผู้ใช้บริการ ประเภทของการบริการ และปัญหาต่างๆ ที่พบ โดยมีการรายงานเป็นรายเดือน

วิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสำรวจและข้อมูลการบริการงานต่างๆ ของประเทศไทย มีเพียงเล็กน้อยที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติกล่าวว่า มีการใช้การเฝ้าระวังและการติดตามที่มีอยู่ เพื่อนำมาประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติงาน ตัวอย่างเช่น มีการใช้ข้อมูลการสอบของนักเรียนจากสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาประเมินประสิทธิภาพของการสอนเพศศึกษารอบด้านและการพัฒนาทักษะชีวิตในโรงเรียน และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น แม้ว่าสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดลจะมีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เป็นรายโครงการ แต่ผลการวิเคราะห์เป็นที่ยอมรับกัน ถึงกระนั้นศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลระดับชาติแบบต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะ หรือเพื่อกำหนดนโยบายไม่มีความชัดเจน

ตัวชี้วัดหลักจากข้อมูลของภาครัฐในประเทศไทย

ข้อมูลสาธารณะของประเทศไทย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและอัตราการตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าตัวเลขดังกล่าวจะถูกจำกัดด้วยจำนวนปีที่มีการเก็บตัวอย่างก็ตาม การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) และการสำรวจภาพรวมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (RHS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงตัวชี้วัดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่ ที่เป็นตัวชี้วัดทั้งระยะสั้น และระยะยาว ตัวชี้วัดระยะสั้นคือ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน รวมถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ตัวชี้วัดระยะยาว คือ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับความเป็นพ่อแม่ อัตราการเกิด การฝากครรภ์ และการดูแลภายหลังการคลอดบุตร ซึ่งการสำรวจทั้งสองอย่างข้างต้น ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการตั้งครรภ์ที่ไม่ครบกำหนดคลอด ซึ่งน่าจะช่วยให้เข้าใจหัวข้อนี้ได้ดีขึ้น

การสำรวจพฤติกรรมความเสี่ยงของวัยรุ่นที่มหาวิทยาลัยมหิดลจัดทำขึ้นนั้น นับเป็นแหล่งข้อมูลแหล่งที่สามที่น่าจะช่วยให้ติดตามในเรื่องของตัวชี้วัดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่ได้ อย่างไรก็ตาม ความถี่ในการเก็บข้อมูลและข้อคำถามทั้ง 111 รายการที่ใช้ในแบบสำรวจดังกล่าว ไม่ได้มีการระบุไว้ ขอบเขตของการสำรวจประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- ข้อมูลประชากร
- ข้อมูลทางจิตวิทยา และการเรียนรู้
- ความปลอดภัยในการจราจร
- พฤติกรรมความรุนแรง
- ความเครียด ความคิด และการพยายามฆ่าตัวตาย
- อายุที่เริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ละประเภท
- การสูบบุหรี่
- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย
- พฤติกรรมทางเพศ
- การคุมกำเนิด
- ปัญหาด้านการเรียนรู้
- แหล่งความรู้สุขภาพ

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่ ซึ่งเป็นข้อมูลระดับชาติที่มีการเผยแพร่ต่อสาธารณะ ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อในข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) การสำรวจภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ (RHS) การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนทั่วโลก (GSHS) ข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการบันทึกการเกิดและการเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลหลักชี้ให้เห็นว่ายังมีการเก็บข้อมูลในด้านอื่น ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ของรัฐบาลด้วย อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าสังเกต คือ ตัวชี้วัดที่เด่นชัดมีเพียงเล็กน้อย เมื่อพิจารณาขอบเขตที่จำกัดนี้ และการเข้าถึงข้อมูลสามารถให้ข้อสรุปบางประการเกี่ยวกับตัวชี้วัดอื่นที่ขาดหายไป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังมีช่องว่างอยู่ ได้แก่ 1) ข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่ได้กล่าวถึงวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี 2) ข้อมูลทางเลือกอื่นที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่ได้ครอบคลุมสตรีที่ยังไม่แต่งงาน และ 3) ความถี่ในการไปใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ตัวชี้วัดหลักจากข้อมูลของภาครัฐในประเทศไทย

ปัจจัยต่างๆ ที่จะกล่าวถึงในบทสรุปนี้ เป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยเสนอว่าควรมีมาตรการรองรับต่างๆ ได้แก่ การปฏิรูประบบนโยบายและโครงการ สื่อสารสาธารณะและการรณรงค์ และการเพิ่มศักยภาพบุคลากร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ วัฒนธรรมในกลุ่มวัยรุ่น การตีตราทางสังคม ทัศนคติเชิงลบ การขาดการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ใหญ่ สถานที่นันทนาการเพื่อสุขภาพ และบรรทัดฐานทางเพศ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว น่าจะมีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ได้แก่

- การขาดความรู้และการได้รับข้อมูลผิดๆ เกี่ยวกับเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และวิธีการคุมกำเนิด ซึ่งก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ความท้าทายในเรื่องเหล่านี้ เริ่มตั้งแต่การไม่รู้วิธีใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด ไปจนถึงการมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลบางคนชี้ให้เห็นว่าการที่วัยรุ่นใช้วิธีต่างๆ เช่น การนับจำนวนวัน 7 วันก่อนและหลังการมีประจำเดือน หรือ “การหลังกายนอกช่องคลอด” ถือเป็นเรื่องปกติ งานวิจัยที่นำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2551) ได้สนับสนุนผลการศึกษานี้ กล่าวคือ งานวิจัยดังกล่าวได้กล่าวถึง เหตุผลอันดับสองที่ถูกอ้างถึงบ่อยที่สุดของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน คือ การขาดความรู้ที่เพียงพอในการคุมกำเนิด ยิ่งไปกว่านั้นงานวิจัยยังพบว่าเหตุผลอันดับสามที่พบบ่อยที่สุด คือ การคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการคุมกำเนิด ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติบางคนอ้างว่า การขาดความเข้าใจและไม่มีการสื่อสารเรื่องเพศ การตีตราทางวัฒนธรรม เหล่านี้มีผลต่อการคุมกำเนิดและเพศวิถีของวัยรุ่น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวอีกว่าอาจเป็นการจำกัดการเข้าถึงการคุมกำเนิดด้วย ในทำนองเดียวกันผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความคิดที่หลากหลายว่าบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น กล่าวคือ การสวมเสื้อผ้าที่ย่อยุอาบนํ้าทางเพศจะก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น
- ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวอธิบายว่า การที่หญิงและชายไม่ใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดหรือใช้ไม่สม่ำเสมอมีส่วนอย่างยิ่งในการทำให้เกิดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พวกเขาได้มีหลายเหตุผล เช่น สัมผัสอารมณ์ทางเพศ การไม่มีเวลาเพียงพอและรู้สึกว่าคุณงามความดีของฝ่ายชาย นอกจากนี้ พ่อแม่ได้กล่าวว่า มีข้อจำกัดในการคุมกำเนิดแต่ไม่มีคนอธิบาย ผู้ให้ข้อมูลทั้งหญิงและชายบางคนกล่าวว่า วัยรุ่นบางคนขาดความเอาใจใส่เรื่องการตั้งครรภ์ เพราะพวกเขาสามารถไปทำแท้ง หรือใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน หลังมีเพศสัมพันธ์ได้ ทั้งนี้งานวิจัยที่ได้นำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่กล่าวแล้วข้างต้นยังแสดงให้เห็นว่า ในอนาคตควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคุมกำเนิดที่ไม่สม่ำเสมอ และการไร้ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิด และความสัมพันธ์ระหว่างการไม่คุมกำเนิดและการได้รับข้อมูลที่เพียงพอ หรือข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

ไม่ว่าในพื้นที่ใดภูมิภาคใด
สาเหตุส่วนใหญ่ของ
การตั้งครรภ์ไม่วางแผน
คือ ขาดการศึกษา และ
ไม่ได้รับข้อมูล

เจ้าหน้าที่สายด่วน 1633

- มุมมองของวัยรุ่นในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นไปตามทัศนคติของกลุ่มวัยรุ่น จัดแย้งกับค่านิยมของคนส่วนใหญ่ ในประเด็นของการไม่สมควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน
- การตีตราทางสังคมที่มีต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นนี้ ถือเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการเข้ารับการคุมกำเนิด และบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ต่างๆ
- ทัศนคติและพฤติกรรมเชิงลบของครู พ่อแม่ และผู้ให้บริการ นับเป็นอุปสรรคต่อ การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ และการบริการด้านสังคมสงเคราะห์พร้อมกับเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารกับวัยรุ่น และการขอความช่วยเหลือใดๆ
- วัยรุ่นแทบไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมหลังโรงเรียนเลิก และกิจกรรมนันทนาการใดเลย ประกอบกับวัยรุ่นมักขาดการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากพ่อแม่ เนื่องจากภาระเรื่องงาน ทำให้วัยรุ่นอยู่ลำพังโดยไม่มีกิจกรรมใดๆ
- บรรทัดฐานทางเพศและการตีตราทางสังคมยังคงทำให้วัยรุ่นไม่ทราบเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และความรับผิดชอบร่วมกันในการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นหญิงไม่ได้รับการสนับสนุนในการค้นหาข้อมูล และการบริการต่างๆ ที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ในขณะที่ถูกคาดหวังให้รับผิดชอบเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ และผลสืบเนื่องที่ตามมาหลังตั้งครรภ์ วัยรุ่นชายได้รับการสนับสนุนจากสื่อต่างๆ และแรงกดดันจากเพื่อนในเรื่องการเพิ่มความเป็นชาย แต่ไม่ต้องการรับผิดชอบในเรื่องของการป้องกันการตั้งครรภ์และการดูแลบุตร
- ปัจจัยอื่นๆ เช่น สื่อประเภทต่างๆ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแต่งงานในวัยเยาว์ ความยากจน อายุที่กฎหมายได้กำหนดให้สมรสกันได้ การตีตราทางสังคมต่อการทำแท้ง เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ประมาณ 7 เดือนให้หลัง
เราก็เริ่มนอนด้วยกัน
หนูไม่ได้กินยาคุม
แฟนของหนูใช้ถุงยาง
ในบางครั้ง แต่บางครั้ง
เราก็ไม่ได้นึกถึง ต่อมา
อีกปีหนูก็ท้อง...

แม่วัยรุ่น กรุงเทพมหานคร

เพื่อนๆ ปล่อยให้สอง...
เพราะเดี๋ยวนี้ ถ้าวัยรุ่น
มีแฟนก็ต้องมีเพศสัมพันธ์

นักเรียนหญิง กรุงเทพมหานคร

การเข้าถึงข้อมูลและบริการ

อุปสรรคใหญ่ที่สุดในการเข้าถึงข้อมูลและการช่วยเหลือปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเกี่ยวข้องกับ การตีตราทางสังคม ซึ่งการตีตราทางสังคมยังคงมีอยู่แม้ในผู้ที่ทำหน้าที่ให้การศึกษาและการบริการต่างๆ ที่น่าจะช่วยให้โอกาสเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้นยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณแสดงให้เห็นว่าอำเภอ ชุมชน และโรงเรียน ไม่ได้ดำเนินนโยบาย ในปัจจุบันที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และความเป็นพ่อแม่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหน่วยงาน และพื้นที่บางแห่ง กำลังดำเนินการภายใต้นโยบายที่ล้าหลัง การศึกษานี้พบว่าระดับการเข้าถึงข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์ ของวัยรุ่น ที่พึงได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ และโรงเรียนนั้นไม่ได้เป็นแบบเดียวกันทั้งประเทศ วัยรุ่น ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นั้นมักไม่ได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากพวกเขาไม่รู้สึกระคายใจ หรือทำที่ เกือบปากเกือบคำของผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนเกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคมและอุปสรรคทางวัฒนธรรมทั้งสิ้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยว่า การบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และการบริการให้คำปรึกษา ในปัจจุบันยังมีไม่เพียงพอ และให้บริการไม่สม่ำเสมอ

รูปที่ 11 แหล่งข้อมูลเรื่องเพศศึกษาของแม่วัยรุ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556

งานวิจัยของศิริพร และคณะ (พ.ศ. 2555)*	การศึกษานี้ (พ.ศ. 2558)
เพื่อนผู้หญิง (ร้อยละ 69)	เพื่อน (ร้อยละ 50)
คู่อริ (ร้อยละ 69)	พ่อแม่ (ร้อยละ 48)
หนังสือเรียน (ร้อยละ 54)	โรงเรียน (ร้อยละ 43)
ครู (ร้อยละ 51)	แพทย์ (ร้อยละ 36)
โทรทัศน์ (ร้อยละ 48)	พยาบาล (ร้อยละ 19)
หนังสือทั่วไป (ร้อยละ 41)	หนังสือ (ร้อยละ 19)
เพื่อนผู้ชาย (ร้อยละ 36)	อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 14)
แม่ (ร้อยละ 36)	สมาชิกคนอื่นในครอบครัว (ร้อยละ 14)
อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 30)	พี่น้อง (ร้อยละ 14)
ภาพยนตร์สอนเพศศึกษา (ร้อยละ 30)	โทรทัศน์ (ร้อยละ 10)

ที่มา: ศิริพร จีรวัฒน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, นิลุบล รุจิประเสริฐ, สมจิตร เมืองพิล, สมพร วัฒนบุญกุลเกียรติ, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคภา โคตรนารา, ป้าเพ็ญ คำดี, รชยา ยุกุสิงห์ และ สรวงสุดา เจริญวงศ์ (2555) ทำงานร่วมกับวัยรุ่นในการป้องกัน และแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เอกสารยังไม่ตีพิมพ์ ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การบริการต่างๆ

ข้อมูลต่อไปนี้ เป็นการแสดงถึงภาพรวมของรัฐบาลไทยที่พยายามจะตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นหญิงและชายในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด กระทรวงสาธารณสุขให้บริการด้านสุขภาพแก่วัยรุ่นในช่วงตั้งครรภ์และหลังตั้งครรภ์ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เปิดให้บริการให้คำปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และโครงการพิเศษต่างๆ สำหรับเยาวชน กระทรวงสาธารณสุขยังมีแผนจัดตั้งบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง และกำลังดำเนินงานเพื่อรวมพลัง และสร้างศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นในการใช้กรอบการทำงานเชิงป้องกัน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีการควบคุมการยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยา การยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 9 สัปดาห์สามารถทำได้หากเข้าเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) มีความจำเป็นทางการแพทย์ 2) มีความจำเป็นทางกฎหมาย (เช่น การถูกข่มขืน) 3) สตรีอายุต่ำกว่า 15 ปี (และไม่ได้แต่งงาน) และ 4) การที่เสี่ยงต่อความพิการขั้นรุนแรงหรือโรคทางพันธุกรรม ในปัจจุบันยายุติการตั้งครรภ์ได้ขึ้นทะเบียนแล้วกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แต่การดำเนินการและการเข้าถึงยังจำกัด กรมอนามัยเป็นเพียงองค์กรเดียวที่สามารถซื้อขายยุติการตั้งครรภ์ได้ โดยตรงจากบริษัทฯ นอกจากนี้บริษัทฯยังไม่ได้รับอนุญาตให้ขายยาโดยตรงให้กับสถานพยาบาลในรูปแบบต่างๆ กรมอนามัยยังคงควบคุมสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนขอใช้และจรรยาที่ยุติการตั้งครรภ์โดยตรง

เมื่อไม่นานมานี้ กรมอนามัยยื่นร้องขอให้การใช้ยายุติการตั้งครรภ์บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับเงินชดเชยจากบริษัทประกัน อย่างไรก็ตามขั้นตอนการอนุมัติใช้เวลาประมาณสองปี ในขณะเดียวกันเพื่อให้ได้รับการอนุมัติ ยางจะต้องอยู่ในโครงการควบคุมความปลอดภัย ซึ่งได้รับการประเมินในตอนที่ท้ายของโครงการ ทั้งนี้ยาเหล่านี้ได้รับการอนุมัติ ผู้ซื้อจะสามารถซื้อยาจากสถานพยาบาลต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางขึ้น

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้บริการสนับสนุนทางสังคมแก่พ่อแม่วัยรุ่นในกรณีฉุกเฉิน กระทรวงฯ ได้จัดบริการสายด่วน 1300 ซึ่งจัดการและโอนสายที่โทรติดต่อมาไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้โทรมามีความต้องการเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพจะถูกส่งไปที่กระทรวงสาธารณสุข การข่มขืนและ/หรือความรุนแรงส่งไปให้ตำรวจ แรงงานเด็กส่งไปที่กระทรวงแรงงาน และการค้าสตรีส่งไปที่กระทรวงมหาดไทย บ้านพักเด็กและครอบครัวประจำจังหวัดในสังกัดของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยินดีให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ต่อ

และอยู่ต่อหลังคลอดเป็นเวลานานถึง 3 เดือน บ้านพักเด็กและครอบครัวประจำจังหวัดดังกล่าวสามารถส่งสตรีที่ตั้งครรภ์ไปยังบ้านพักเด็กและครอบครัวอื่นที่ตรงตามความต้องการของพวกเขา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังมีการดำเนินงานในด้านการรับบุตรบุญธรรม โครงการครอบครัวอุปการะและครอบครัวเครือญาติอุปถัมภ์ นอกจากนี้ยังมีการจัดโครงการและการฝึกอบรมพิเศษให้แก่วัยรุ่นได้แก่ การฝึกอาชีพให้ผู้ที่ตั้งครรภ์หรือแม่มือใหม่ และการรณรงค์ให้เยาวชนตื่นตัวมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ชื่อหน่วยงานและให้ข้อมูลถึงลักษณะของการบริการที่มีให้สำหรับวัยรุ่นที่ประสบกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือความเป็นมารดาในวัยรุ่น ทางเลือกที่หลากหลายทั้งของภาครัฐและเอกชน บางแห่งให้บริการผ่านหน่วยงานของรัฐ ซึ่งครอบคลุมพื้นที่บริการที่กว้างขวางขึ้น ในขณะที่แห่งอื่นๆ มีอยู่ในองค์กรพัฒนาเอกชน วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงการเข้าถึงและความช่วยเหลือทางการเงินผ่านเครือข่ายทางเลือก การให้คำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการดูแลก่อนคลอด ส่วนเป็นส่วนหนึ่งของบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ซึ่งเกิดขึ้นในโรงพยาบาลรัฐบางแห่งในใจกลางเมืองหลายๆ แห่ง องค์กรพัฒนาเอกชนบางแห่งให้บริการเช่นเดียวกับสถานพยาบาลของภาครัฐ หน่วยงานที่เป็นที่รู้จักมากที่สุด คือ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย

บริการที่จัดให้พ่อแม่วัยรุ่น ได้แก่ การดูแลหลังคลอดเป็นหลัก โดยมีการฝึกสอนและให้คำปรึกษาในการป้องกันการคลอดซ้ำและการเลี้ยงดูบุตร ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นทั่วประเทศกล่าวถึงการเยี่ยมบ้านว่าพุ่งเป้าไปที่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และพ่อแม่วัยรุ่น บ้านพักเด็กและครอบครัวประจำจังหวัดให้การช่วยเหลือแม่วัยรุ่นให้มีทางเลือกในการจัดหาครอบครัวอุปการะ หรือการขอรับเป็นบุตรบุญธรรม แต่ช่องทางนี้เน้นที่ตัวเด็กมากกว่าจะเน้นที่ตัววัยรุ่นโดยตรง บริการอื่นๆ ที่มุ่งเน้นที่พ่อแม่วัยรุ่นจะจัดให้เฉพาะกิจ โดยขึ้นอยู่กับพื้นที่ตามแต่องค์กรพัฒนาเอกชนระดับท้องถิ่นจะจัดบริการให้ ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นบางท่านกล่าวถึงการให้คำปรึกษาเรื่องงาน หรือเรื่องการศึกษาว่ามีระดับความช่วยเหลือในพื้นที่น้อยมาก ซึ่งไม่แน่ใจว่าการบริการให้คำปรึกษาสำหรับพ่อแม่วัยรุ่นมีอยู่จำกัดนี้ เป็นเพราะไม่ทราบข้อมูลหรือไม่มีทางเลือกจริงๆ

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลหลักยังพูดคุยเกี่ยวกับบริการที่ตั้งอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ หรือตามภูมิภาค ในบางกรณี พวกเขาบรรยายสถานที่ที่ให้บริการ และในบางกรณี ได้วิเคราะห์ข้อมูล ตามภูมิภาคที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ สุดท้ายผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงองค์กรพัฒนาเอกชน 3 แห่งที่ให้บริการวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และพ่อแม่วัยรุ่น

การบริการที่วัยรุ่นรู้จัก

ในขณะที่วัยรุ่นทั้งชายและหญิงรู้จักสถานที่ที่ให้ความช่วยเหลือเยาวชนที่ประสบกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ วัยรุ่นส่วนใหญ่กลับไม่เคยเข้าถึงบริการใดๆ เหล่านี้ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ พ่อแม่วัยรุ่น และนักเรียนชายหญิงทั่วไปมักพูดถึงสถานพยาบาลใหญ่ๆ ได้แก่โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกเอกชน ในขณะที่พ่อแม่และนักเรียนทั่วไปพูดถึงสายด่วน (โทร. 1300 หรือ 1633) ว่าเป็นวิธีได้รับข้อมูลและบริการส่งต่อ พวกเขาแสดงให้เห็นว่าไม่คุ้นเคยกับประเภทของบริการดังกล่าว วัยรุ่นบางคนกล่าวถึงการเยี่ยมบ้านหลังคลอด การให้ความช่วยเหลือรับเป็นบุตรบุญธรรม บ้านพักเด็กและครอบครัว เว็บไซต์ หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก แม้ว่าวัยรุ่นเพียงไม่กี่คน ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าผู้ให้ข้อมูลหลักจะพูดถึงบริการเหล่านี้ วัยรุ่นสนใจแหล่งบริการสองประเภทที่ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้กล่าวถึง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมูลนิธิปวีณา มีนักเรียนหญิงเพียงคนเดียวจากจังหวัดสุลทอธานี ที่พูดถึง 'มูลนิธิวัยรุ่น' ในโรงเรียน โรงพยาบาล คลินิก และแหล่งค้าขายในชุมชน นอกเหนือจากนี้ วัยรุ่นไม่ได้พูดถึงบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าขาดความรู้และความตื่นตัวในบริการเหล่านี้

กลุ่มวัยรุ่นทั้งหมดกล่าวถึงบริการที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงการบำบัดได้เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อสังเกตว่า คลินิกโดยเฉพาะคลินิกที่ให้บริการบำบัด ผู้ให้ข้อมูลบางท่านกล่าวว่าโรงพยาบาลรัฐเป็นแหล่งบริการบำบัด แม้วัยรุ่นคนหนึ่งพูดว่าจะซื้อคลินิกท้องถิ่นที่เธอรู้จัก เพื่อให้บริการบำบัดที่ปลอดภัยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย (ขอสงวนชื่อเพื่อป้องกันผลเสียที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง) วัยรุ่นสองคนที่เคยบำบัดเห็นว่าการเลือกแรกๆ ที่เลือกใช้กันเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ คือ การแพทย์แผนโบราณ

แหล่งข้อมูลการบริการที่มีอยู่

แหล่งข้อมูลที่ถูกเอ่ยถึงบ่อยที่สุดเกี่ยวกับบริการต่างๆ คือ พ่อแม่หรือญาติคนอื่นๆ (วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ พ่อแม่วัยรุ่น และวัยรุ่นที่ได้บำบัด) แม้วัยรุ่นยังคงกล่าวได้ว่าเรียนรู้เกี่ยวกับบริการที่จัดให้จากสถานศึกษาและบุคคลต่อไปนี้ คือ อินเทอร์เน็ต พยาบาล/แพทย์ เพื่อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามี/เพื่อนชาย โรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้พ่อวัยรุ่นยังคงกล่าวได้ว่าเรียนรู้เกี่ยวกับบริการที่จัดให้จากโรงพยาบาลและเพื่อน วัยรุ่นที่เคยบำบัดกล่าวว่าได้เรียนรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณและเกี่ยวกับคลินิกบำบัดที่ถอนจากเพื่อนบ้าน

ความสอดคล้องของการบริการต่อความต้องการของวัยรุ่น

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในวัยรุ่นมุ่งความสนใจเรื่องความไม่เพียงพอของบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ แทนที่พูดถึงความสัมพันธ์ของการบริการทางสุขภาพ และทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์และความเป็นมารดาในวัยรุ่น นอกจากนี้ประเด็นที่น่าสนใจคือ วัยรุ่นกล่าวว่าบริการทางสังคมมีน้อยมาก โดยกล่าวถึงบริการจัดหาครอบครัวอุปการะและครอบครัวบุญธรรมและสถานรับเลี้ยงเด็ก ว่ามีเพียงไม่กี่แห่ง อย่างไรก็ตามพ่อแม่วัยรุ่นกล่าวว่าพวกเขาต้องการการสนับสนุนทางการเงินและการฝึกอบรมในแหล่งบริการต่างๆ วิธีเลี้ยงดูบุตรและวิธีเป็นพ่อคนแม่คน แม้วัยรุ่นคนหนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่แสดงความต้องการให้โรงพยาบาลช่วยเหลือสตรีที่มีปัญหาการเดินทาง เธอเล่าว่า “เมื่อใกล้จะคลอดฉันอยากให้มีหมอและพยาบาลอนุญาตให้อยู่โรงพยาบาล เพราะสำหรับชาวเขา ถ้าปากมดลูกเปิดเพียงสองเซนติเมตร พยาบาลเขาจะบอกว่าให้กลับบ้านและอาจจะไม่มีใครพาคุณกลับมาที่โรงพยาบาลอีกรอบ”

ในขณะที่วัยรุ่นบางคนเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่กลับอธิบายว่าคุณภาพของบริการด้านสุขภาพไม่ตอบสนองความต้องการ เกือบจะทุกประเภทของผู้ให้ข้อมูล (วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ พ่อแม่วัยรุ่น และนักเรียนหญิง) ชี้ให้เห็นถึงความเป็นส่วนตัวที่จำกัดและการรักษาความลับในศูนย์สุขภาพสาธารณะ มีนักเรียนหญิงจากสตูลเพียงคนเดียวที่พูดถึงประสบการณ์การให้บริการที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นโดยเฉพาะ ที่เหลือไม่ได้กล่าวถึง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นไม่ทราบว่ามีทางเลือกหรือว่าการบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในสถานพยาบาลไม่ปรากฏอยู่จริง พ่อแม่วัยรุ่นกล่าวว่าเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลและคลินิกไม่เป็นมิตร และมีทัศนคติเชิงลบ แม้วัยรุ่นบางท่านกล่าวว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่ใส่ใจและพวกเขาพร้อมทั้งวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์กล่าวว่าโรงพยาบาล และสถานอนามัยคนแน่นเกินไป และให้บริการช้า นักเรียนชายบางคนจากจังหวัดสตูลกล่าวว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ให้ข้อมูลเพียงพอ

มีวัยรุ่นสองคน คนหนึ่งมาจากจังหวัดขอนแก่นและอีกคนหนึ่งมาจากจังหวัดระยอง แบ่งปันเรื่องราว ประสบการณ์การทำความแท้ง เน้นปัญหาของเจ้าหน้าที่ที่ให้ข้อมูลไม่เพียงพอ วัยรุ่นจากขอนแก่นทำความแท้งที่คลินิกเอกชน เธอเล่าว่าต้องจ่ายเงิน 2 หมื่นบาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับวัยรุ่นที่อาจจะไม่มีทางจ่ายได้ เธอยังเน้นความไม่เอาใจใส่และการปฏิบัติแบบผิวดๆ ที่เธอประสบมาและกล่าวว่าเจ้าหน้าที่ไม่ให้ข้อมูลใดๆ แก่เธอ วัยรุ่นจากจังหวัดระยองพูดถึงการรับบริการทำความแท้งที่โรงพยาบาลรัฐว่าสุภาพและสะดวก แต่เธอเล่าให้ฟังว่าเจ้าหน้าที่ไม่ให้ข้อมูลเพียงพอ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์คุมกำเนิด และเธอไม่รู้สักสะคอกใจที่จะถาม วัยรุ่นคนเดิมนัดตั้งครรภ์อีกครั้ง เน้นให้เห็นความต้องการการให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังทำความแท้ง

ผู้ให้ข้อมูลบางคน ได้แก่ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ พ่อแม่วัยรุ่น และนักเรียนทั่วไปคิดว่าโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้บริการที่ดี รักษาความลับและสะดวก

ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

กระทรวงสาธารณสุขมีความริเริ่มระดับชาติที่สำคัญสองโครงการ เพื่อที่จะขยายบริการการอนามัยการเจริญพันธุ์ไปยังวัยรุ่นได้แก่ บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับตำบลและบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับตำบล เพื่อเพิ่มศักยภาพขององค์กรต่างๆ ในการแก้ปัญหาบริการการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ยุทธศาสตร์แห่งชาติ คือ เปิดโอกาสให้ตำบลในประเทศไทยเข้าร่วมโครงการ โดยมีจุดประสงค์ปลายทาง คือ ครอบคลุมตำบล 878 แห่ง ภายในปี พ.ศ. 2560 ปลายปี พ.ศ. 2557 ตำบลประมาณ 300 แห่ง (ร้อยละ 34) ได้เข้าร่วมโครงการแล้ว

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการ เพื่อขยายบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นให้ครอบคลุมทั่วประเทศ บริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นหมายถึงคลินิกในโรงพยาบาลหรือมหาวิทยาลัยที่มีวิธีปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานสำหรับวัยรุ่นและให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าปลายปี พ.ศ. 2557 มีคลินิกให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น 426 แห่ง ซึ่งอยู่สามแห่งตั้งอยู่ในมหาวิทยาลัย ส่วนที่เหลือเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ มุ่งจัดตั้งคลินิกประเภทดังกล่าว 855 แห่งทั่วประเทศ และโครงการจำนวนครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.5) ประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายที่วางไว้ภายในระยะเวลา 6 ปี ถึงแม้ว่าจะไม่มีข้อมูลการให้บริการและความต้องการบริการเกี่ยวกับสถานพยาบาลเฉพาะเหล่านี้ แต่วัยรุ่นคนหนึ่งที่เขาถึงคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นหรือที่เรียกว่า “มุมนักวัยรุ่น” ได้เล่าว่าบริการแบบนี้ “เข้าถึงได้ง่าย” และเป็น “ประสบการณ์ที่ดี”

ในขณะที่บริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นกำลังเพิ่มมากขึ้น แต่กลับกระจายตัวไม่เท่ากันภายในอำเภอหรือทั่วทุกอำเภอและยังคงหนาแน่นอย่างมากในเขตเมือง ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติและระดับท้องถิ่นกล่าวว่าความครอบคลุมของการให้คำแนะนำและบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นยังไม่เพียงพอในปัจจุบัน โดยวัยรุ่นจำนวนมากไม่มีสถานที่ให้ไปรับบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ผู้ให้ข้อมูลทั่วทุกพื้นที่กล่าวถึงการบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในศูนย์เขตเมืองที่กรุงเทพมหานคร ระยอง เชียงใหม่ ขอนแก่นและสทูล อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นกล่าวว่าบริการต่างๆ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลออกไป รวมทั้งพื้นที่เขาเขา นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพอื่นๆ แสดงว่าบริการการทำความแท้งที่ปลอดภัยไม่ได้กระจายตัวเท่ากันทั่วประเทศ บางจังหวัดไม่มีคลินิกที่ให้บริการทำความแท้งที่ปลอดภัย และคลินิกเหล่านี้มักตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้เพิ่มความเอาใจใส่เรื่องบริการการทำความแท้งในกรณีที่อยู่ครรภ์เกินกว่า 12 สัปดาห์ เนื่องจากบริการยังไม่พอเพียงและยังกระจายตัวไม่เท่ากันในหลายพื้นที่

ในบรรดาบริการที่วัยรุ่นกล่าวว่าเข้าถึงได้ สำนักงานสาธารณสุขสูงชุมชนและโรงพยาบาลให้บริการพ่อแม่ ในการตรวจฝากครรภ์และตรวจสุขภาพหลังคลอด รวมถึงการให้วัคซีน คลินิกเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการเยี่ยมบ้านหลังคลอดของกระทรวงสาธารณสุขเสนอความช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่พ่อแม่บางราย เช่น การวางแผนครอบครัว สถานบริการดังกล่าวไม่ได้ระบุว่ามีมิตรกับวัยรุ่นหรือสำหรับแม่วัยรุ่นโดยเฉพาะ

อุปสรรคของวัยรุ่นในการเข้ารับบริการ

ผู้ให้ข้อมูลหลักและวัยรุ่นพูดคุยเกี่ยวกับอุปสรรคหลายประการที่พบคล้ายๆ กันต่อบริการด้านสุขภาพ ตั้งแต่การรักษาความลับไม่ดีพอไปจนถึงการที่เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอ (ดูรูปที่ 12) ผู้ให้ข้อมูลระดับชาติและระดับท้องถิ่น ซึ่งไม่นับวัยรุ่นกล่าวว่าเน้นปัญหาและอุปสรรคที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มวัฒนธรรมของชนกลุ่มน้อย ขณะที่แม่วัยรุ่นเท่านั้นที่ระบุว่าการมีเวลาไม่เพียงพอ ความเกียจคร้าน และความไม่สะดวกของบริการต่างๆ ว่าเป็นสาเหตุของการเข้าไม่ถึงบริการต่างๆ

รูปที่ 12 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นตามที่ผู้ให้ข้อมูล² และวัยรุ่น³ รายงาน

อุปสรรคที่ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมถึงวัยรุ่นกล่าวถึง	อุปสรรคเพิ่มเติมตามผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึง	อุปสรรคเพิ่มเติมตามที่วัยรุ่นกล่าวถึง
<ul style="list-style-type: none"> การรักษาความลับไม่ดีพอในเรื่องการจัดการและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทรัพยากรบุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมและ/หรือมีความเชี่ยวชาญเพียงพอด้านบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น การขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับการบริการต่างๆ การตีตราทางสังคมต่อเพศวิถีของวัยรุ่นและความรู้สึกละอาย การตีตราทางสังคมต่อการทำแท้ง ความไม่สนใจรับบริการต่างๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นชาย ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> บริการการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นไม่เพียงพอ อุปสรรคเฉพาะต่อชนกลุ่มน้อยทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ 	<ul style="list-style-type: none"> การไม่มีเวลาหรือความเกียจคร้าน ความไม่สะดวกหรือความรู้ประสิทธิภาพของบริการต่างๆ

การรักษาความลับไม่สม่ำเสมอในส่วนของบริการและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 18 ปีต้องให้พ่อแม่ลงนาม เพื่อที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขต่างๆ ผู้ที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลหลักและวัยรุ่นเน้นย้ำอุปสรรคที่เกิดจากการที่พ่อแม่ต้องอนุญาต เนื่องจากวัยรุ่นจำนวนมากไม่ต้องการให้พ่อแม่ทราบว่าตนจะใช้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ความจำเป็นดังกล่าวเป็นอุปสรรคทั้งบริการทั่วไป และบริการการทำแท้งที่ถูกกฎหมาย ผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่านยังกล่าวถึงความเป็นส่วนตัวที่ไม่ดีพอในโรงพยาบาลว่าเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้คำตอบของวัยรุ่นแสดงว่าพวกเขาไม่ไว้วางใจให้บริการ พวกเขาเกรงว่าผู้ให้บริการจะไม่เก็บข้อมูลของตนเป็นความลับ และกังวลใจอย่างยิ่งว่าผู้ให้บริการ จะเปิดเผยข้อมูลให้สมาชิกในครอบครัว และสมาชิกชุมชนคนอื่นๆ ได้ทราบ ความกลัวดังกล่าวยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นในชุมชนชนบทขนาดเล็ก ซึ่งคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันแนบแน่น

² ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติ และระดับท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สายด่วน

³ วัยรุ่นในที่นี้ครอบคลุมวัยรุ่นซึ่งตั้งครรถ์ พ่อแม่ของวัยรุ่นทั้งชายและหญิง วัยรุ่นซึ่งเคยทำแท้ง และนักเรียนทั่วไปทั้งชายและหญิง

ทรัพยากรบุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมและ/หรือมีความเชี่ยวชาญเพียงพอด้านบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมไม่เพียงพอว่าเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่าบริการต่างๆ ที่มีอยู่มักไม่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นและปัญหาการขาดการบริการที่มีคุณภาพยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเพราะเจ้าหน้าที่มีทัศนคติเชิงลบ ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งเชื่อมโยงทัศนคติเชิงลบของเจ้าหน้าที่กับการที่เจ้าหน้าที่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการแก่วัยรุ่น ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่ยึดความเชื่อและค่านิยมของตนมากกว่ายึดแนวทางที่พึงปฏิบัติ วัยรุ่นเสริมว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่ใส่ใจ และผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งเล่าให้ฟังว่า พวกเขาวัยรุ่นกลัวนายแพทย์ เมื่อพิจารณาแง่มุมที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นไม่ดีพอ

การขาดความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับการบริการต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลหลักชี้ให้เห็นว่าการขาดข้อมูลและการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการการอนามัยเจริญพันธุ์ น่าจะเป็นสาเหตุที่วัยรุ่นมีความรู้เพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับประเภทของบริการที่มีอยู่ และสถานที่หรือวิธีการเข้าถึงบริการเหล่านั้น ซึ่งยังรวมถึงการไม่ได้รับรู้บริการต่างๆ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เช่น มีข้อมูลจำนวนเล็กน้อยที่ประชาสัมพันธ์เรื่องเงินทุนเฉพาะกิจที่อาจให้แบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการทำแท้งในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล โดยมูลนิธิเข้าถึงเครือข่ายเพื่อทางเลือกของผู้หญิงและมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ยิ่งไปกว่านั้นข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ในการให้ความช่วยเหลือทางการเงินยังจำกัดการเข้าถึงบริการต่างๆ เข้าไปอีก ผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่านและผู้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความเห็นกันว่า การไม่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ทางสังคมต่อเพศวิถีและการตั้งครภ์ของวัยรุ่น อาจทำให้วัยรุ่นหันไปพึ่งการแพทย์แผนโบราณแทนการแสวงหาบริการด้านสุขภาพ

การตีตราทางสังคมต่อเพศวิถีของวัยรุ่นและความละเอียด ผู้ให้ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าทัศนคติเชิงลบในสังคมเกี่ยวกับวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์และตั้งครภ์ ทำให้วัยรุ่นกลัวว่าจะถูกตีตราและเป็นอุปสรรคทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะต่อสตรีวัยรุ่นในการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น วัยรุ่นอธิบายความเหนียวอาย ความอับอาย ความรู้สึกละอายและความกลัวว่าจะถูกตีตรา และถูกประณามเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการต่างๆ แม้แต่บริการที่อ้างว่า “เป็นมิตรกับวัยรุ่น” ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลว่าวัยรุ่นไม่ได้พยายามจะเข้าถึงบริการต่างๆ เพราะรู้สึกอับอาย

การตีตราทางสังคมต่อการทำแท้ง ผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การทำแท้งที่ไม่ได้รับการยอมรับทางวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคอีกประการหนึ่ง แม้ว่าการใช้จ่ายเพื่อการตั้งครภ์จะสามารถทำได้ในบางกรณีเท่านั้น ข้อห้ามทางสังคมสนับสนุนข้อมูลที่ไม่น่าพอใจเกี่ยวกับสถานที่และวิธีเข้าถึงการทำแท้งดังกล่าว วัยรุ่นกล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการใช้จ่ายเพื่อการตั้งครภ์และผู้ให้ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุขสวดคำคุณการกระทำแท้งและตีตราผู้ที่สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้ง

ความไม่สนใจรับบริการต่างๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นชาย พวกเขาวัยรุ่นเล่าว่าคนในวัยเดียวกันจำนวนมากไม่สนใจใช้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยอธิบายว่าวัยรุ่นบางคนอาจไม่คิดว่าตนเองจำเป็นต้องใช้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ หรือไม่คิดว่าบริการที่ว่่านี้สำคัญ สตรีวัยรุ่นบางคนระบุว่า วัยรุ่นชายไม่สนใจบริการดังกล่าวเลย สตรีวัยรุ่นคนอื่นๆ กล่าวว่าไม่ต้องการบริการต่างๆ เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลได้จากแหล่งอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต ผู้ให้ข้อมูลหลักยืนยันว่าการที่วัยรุ่นไม่สนใจใช้บริการต่างๆ นับเป็นอุปสรรคประการหนึ่ง โดยเฉพาะวัยรุ่นชาย

ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงตัวอย่าง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการบริการจากข้อมูลที่ได้รับ และค่าบริการตามจริงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการประการหนึ่ง วัยรุ่นเล่าให้ฟังว่าเกรงว่าค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจะสูงและผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่าสวัสดิการและความช่วยเหลือทางสังคมโดยเฉพาะแก่พ่อแม่วัยรุ่นไม่เพียงพอ งานวิจัยในภาคหน้าควรศึกษาค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของบริการต่างๆ แก่วัยรุ่นโดยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการบริการเท่าที่ทราบกัน หากมีความแตกต่างกัน อาจจำเป็นต้องกระตุ้นให้คนทั่วไปตื่นตัวในประเด็นดังกล่าวมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักยังเล่าว่า ในขณะที่ยังมีปริมาณอันจำกัดที่ให้แก่วัยรุ่นที่ไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายในการทำแท้งได้ อาจมีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการที่องค์กรพัฒนาเอกชนพยายามจัดตั้งกองทุน แต่การให้เงินทุนดังกล่าวมีในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลหลักยังตั้งข้อสังเกตด้วยว่า มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับโอกาสเข้าถึงงบประมาณดังกล่าว

วัฒนธรรมไทยเป็นอุปสรรคต่อการป้องกันที่มีต่อปัญหาต่างๆ ของวัยรุ่น เราอึดอัดใจที่จะพูด (เรื่องเพศ) เพื่อให้ความรู้กับครอบครัวและโรงเรียน ดังนั้นความรู้ในการป้องกันจึงขาดหายไปโดยสิ้นเชิง

ผู้ให้ข้อมูลระดับชาติ
กรุงเทพมหานคร

คิดว่าต้องประชาสัมพันธ์แก่บุคคลทั่วไป และมีศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นจริงๆ ไม่ใช่เป็นมิตรแต่ชื่อ บางแห่งบุคลากรที่ให้บริการใช้คำที่ไม่ดีหรือมีทัศนคติที่ไม่ดี

ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่น
จังหวัดเชียงราย

บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นมีจำนวนไม่เพียงพอ มีเพียงผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่ระบุว่า การมีบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคสำคัญต่อกลุ่มอายุดังกล่าว ในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ พวกเขาอธิบายว่าบริการต่างๆ มีอยู่ แต่แทบไม่ได้มุ่งหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับวัยรุ่น วัยรุ่นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ไม่ได้ระบุชัดเจนว่าบริการที่เน้นเฉพาะวัยรุ่นมีไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการต่างๆ แต่พวกเขาบรรยายลักษณะที่บริการปัจจุบันไม่มีมิตรกับวัยรุ่นว่าเป็นอุปสรรค ซึ่งแสดงนัยยะว่าพวกเขายังมองว่าการขาดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นเป็นอุปสรรคประการหนึ่งอยู่

อุปสรรคเฉพาะต่อชนกลุ่มน้อยทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ ผู้ให้ข้อมูลระดับชาติและระดับท้องถิ่นเน้นย้ำอุปสรรคเฉพาะชนกลุ่มน้อย ได้แก่ ชนกลุ่มน้อยที่มีความแตกต่างด้านเชื้อชาติและกลุ่ม “ชาวเขา” ชุมชนมุสลิม และผู้อพยพเข้าที่ไม่ได้จดทะเบียน พวกเขาระบุว่า การไม่ได้จดทะเบียนดังกล่าวทำให้บางคนไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ และยิ่งระบุว่าบริการที่เข้าถึงยากยิ่งขึ้น และมักคิดค่าใช้จ่ายสูงขึ้นแก่วัยรุ่นที่ไม่ได้จดทะเบียน และ/หรือสำหรับวัยรุ่นที่มาจากชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ ผู้ให้ข้อมูลท่านอื่นๆ กล่าวว่าคนที่อยู่บนเขาและในพื้นที่ของชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์เผชิญอุปสรรคพิเศษที่ไม่เหมือนใครอื่นเนื่องมาจากความเชื่อทางวัฒนธรรมของพวกเขาคือ ความแตกต่างด้านภาษา และความห่างไกลของชุมชนที่อาศัยอยู่ ในตอนท้ายผู้ให้ข้อมูลกล่าวด้วยว่าวัยรุ่นชาวมุสลิมเผชิญอุปสรรคด้านความเชื่อและการปฏิบัติทางวัฒนธรรมต่างๆ เช่น ความเชื่อว่าการคุมกำเนิดเป็นบาป

การไม่มีเวลาหรือความเกียจคร้าน ประกอบกับความไม่สะดวกหรือความไร้ประสิทธิภาพของบริการต่างๆ ประเด็นที่น่าสนใจ คือ วัยรุ่นแสดงความคิดเห็นว่าการไม่มีเวลา หรือความเกียจคร้าน และความไร้ประสิทธิภาพของบริการเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการต่างๆ ดังกล่าว โดยที่ผู้ใหญ่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นที่กล่าวมา มีเพียงวัยรุ่นที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการที่ล่าช้า และมีผู้มาใช้บริการมากที่โรงพยาบาลหรือกล่าวถึงบริการต่างๆ เหล่านี้ว่า “ไม่สะดวก” ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่าคนในวัยที่แตกต่างกันให้คุณค่าความสะดวกไม่เหมือนกัน

ประเภทของการคุมกำเนิด

ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยฉบับนี้จำนวนร้อยละ 20 แสดงว่าไม่เคยคุมกำเนิด แหล่งข้อมูลหนึ่งพบว่านักเรียนอายุ 10-19 ปีร้อยละ 83 คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ขณะที่แหล่งข้อมูลอีกแหล่งหนึ่งพบว่านักเรียนหรือคู่อ้อยละ 79.4 คุมกำเนิด (การสำรวจสุขภาพนักเรียนตามโรงเรียนทั่วโลก, 2551) จำนวนการคุมกำเนิดในงานวิจัยฉบับนี้และงานวิจัยอิสระอื่นๆ เหมือนกัน มากพอที่จะแสดงความแม่นยำของข้อมูลที่ได้ แม้ว่าจะไม่ได้สะท้อนว่านักเรียนคุมกำเนิดบ่อยเพียงใด กลุ่มประชากรที่น่าเป็นห่วงคือแม่วัยรุ่นและในโอกาสเฉพาะ ในกรณีนี้หมายถึงครึ่งแรกของการมีเพศสัมพันธ์มีอัตราต่ำกว่า เนื่องจากมีแม่วัยรุ่นเพียงร้อยละ 60 ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ขณะที่ร้อยละ 67.3 ของสตรีวัยรุ่นที่แต่งงานแล้วและยังไม่มีบุตรใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งอัตรานี้เป็นอัตราที่ต่ำกว่าอัตราการคุมกำเนิดของสตรีวัยรุ่นที่แต่งงานแล้วและมีบุตรอย่างน้อยหนึ่งคน (ร้อยละ 78.7) อยู่ที่ร้อยละ 10 (MICIV)

หญิงอนามัยเป็นรูปแบบการคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมที่สุด นักเรียนเล่าว่าใช้หญิงอนามัยมากกว่าการคุมกำเนิดรูปแบบอื่นๆ งานวิจัยฉบับหนึ่งพบว่านักเรียนร้อยละ 66.4 ใช้หญิงอนามัย และงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งพบว่า นักเรียนร้อยละ 60.4 ใช้หญิงอนามัยครั้งสุดท้ายที่มีเพศสัมพันธ์ (การสำรวจอนามัยนักเรียนตามโรงเรียนโดยทั่วไป, 2551) อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งในการศึกษาดังกล่าวพบว่าวิธีคุมกำเนิดที่แพร่หลายอันดับสอง คือ การหลั่งนอกช่องคลอด (ร้อยละ 14.1) ในขณะที่งานวิจัยอีกฉบับหนึ่งพบว่า วิธีคุมกำเนิดที่แพร่หลายอันดับสอง คือ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 32.3) ในบรรดาสตรีที่แต่งงานแล้ว ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นรูปแบบการคุมกำเนิดที่แพร่หลายที่สุด (ร้อยละ 43) ตามมาด้วยยาฉีดคุมกำเนิด สตรีที่มีบุตรและยังไม่มีบุตรก็นิยมเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดตามลำดับเดียวกัน (MICIV)

คำตอบที่ได้จากแบบสำรวจในงานวิจัยฉบับนี้พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามวัยรุ่นร้อยละ 54 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ได้สองใช้ (หรือมีความสัมพันธ์กับผู้ที่ใช้) ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 38 ได้ลองใช้ถุงยางอนามัยชาย ร้อยละ 25 ได้ลองใช้ยาฉีดคุมกำเนิด และร้อยละ 21 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน มีเพียงสามคนหรือน้อยกว่านั้นที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบอื่นๆ (อาทิ ถุงยางอนามัยสำหรับสตรี วงแหวนคุมกำเนิด – NuvaRing ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด – Patch ยาฝังคุมกำเนิด – Implant และห่วงอนามัย – IUD)

อาจจะเป็นผู้หญิงบางคนไม่กล้าที่จะบอกหรือพูดคุยเรื่องการคุมกำเนิด พวกเขาอายุที่จะให้ผู้อื่นรู้

วัยรุ่นที่มีการทำแท้งจังหวัดระยอง

การเข้าถึงการคุมกำเนิด

การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2552 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 15 ของสตรีที่มีอายุ 15-49 ปี ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวจากผู้ให้บริการสาธารณสุข และการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) ระบุว่าร้อยละ 6.9 ของสตรีที่มีอายุ 15-49 ปี ไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิด

โดยทั่วไปผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่าวิธีการคุมกำเนิดเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะตั้งแต่รูปแบบการคุมกำเนิดต่างๆ อย่างถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถเข้าถึงได้ที่ร้านสะดวกซื้อและร้านขายยาทั่วไป พวกเขายังได้กล่าวถึงรายชื่อสถานที่หลายแห่งที่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดได้ สถานที่ที่ได้รับการกล่าวถึงบ่อยที่สุดได้แก่ ร้านสะดวกซื้อ ร้านขายยา โรงพยาบาล (มีหลายระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ระดับจังหวัด) องค์กรพัฒนาเอกชน โรงเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้จำหน่ายอัตโนมัติในสถานที่สาธารณะ เช่น สถานีบริการน้ำมันหรือบาร์ องค์กรหลายแห่งได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์กรเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโรงเรียนบางโรงเรียนของอนามัยฟรี การจัดหาอุปกรณ์คุมกำเนิดให้แพร่หลายสร้างความท้าทายประการหนึ่งคือ เนื่องจากถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถหาซื้อได้ในสถานที่นอกสถานพยาบาล วัยรุ่นจึงสามารถซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิด โดยไม่ได้รับข้อมูลที่เหมาะสม ตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้หารือกันในเวทีทางเลือก 2558 (Choices Forum) ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการที่จะจัดหาอุปกรณ์คุมกำเนิดโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ให้กระจายไปตามที่ต่างๆ (ตามกฎหมาย) โดยผ่านผู้จำหน่ายถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญได้สร้างความท้าทายเนื่องจากข้อกังวลที่ว่าการใช้ในทางที่ผิดอาจเกิดขึ้นเมื่อมีการกระจายอุปกรณ์คุมกำเนิดไปทั่วทุกที่⁴ ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยฉบับนี้ระบุว่าพวกเขาเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดจากร้านขายยา (ร้อยละ 69) คลินิกอนามัยชุมชน (ร้อยละ 41) หรือร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 39)

ผู้ตอบแบบสอบถามมักใช้รูปแบบของอุปกรณ์คุมกำเนิดเพียงสามรูปแบบได้แก่ ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน (หรือที่เรียกว่ายาคุมกำเนิดหลังมีเพศสัมพันธ์) แม้วัยรุ่นจำนวนน้อยยังคงกล่าวด้วยว่าใช้ยาฉีดคุมกำเนิดและห่วงอนามัย (IUD) แต่แม้วัยรุ่นเป็นเพียงกลุ่มเดียวที่กล่าวถึงวิธีคุมกำเนิดแบบต่างๆ เหล่านี้ เมื่อพิจารณาว่านักเรียนหญิงไม่ได้กล่าวถึงห่วงอนามัยหรือยาฝังคุมกำเนิดเลย จึงอาจแสดงให้เห็นว่าไม่รู้วิธีคุมกำเนิดแบบระยะยาว ซึ่งไม่น่าแปลกใจเนื่องจากงานวิจัยฉบับนี้มีข้อค้นพบว่าหลักสูตรเพศศึกษาแทบจะไม่ได้กล่าวถึงการคุมกำเนิดแบบระยะยาวเลย

⁴ การอภิปรายระหว่างการประชุม “การใช้ยายุติการตั้งครรภ์ที่ได้รับการอนุมัติ จากนโยบายสู่การปฏิบัติ” โดยนายแพทย์บุญฤกษ์ สุรัฐ สำนักงานบริหารเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข นำเสนอในเวทีทางเลือกครั้งที่ 36 ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2558

องค์กรบางแห่งให้ข้อมูล และแจกถุงยางฟรี แต่ สิ่งหนึ่งที่เห็น คือ เมื่อวัยรุ่นหรือรับถุงยางอนามัยฟรี องค์กรดังกล่าวมักไม่ให้ โดยอ้างว่าวัยรุ่นพวกนี้ ยังเด็กเกินไป เรื่องแบบนี้ เกิดขึ้นบ่อยมาก

เจ้าหน้าที่สายด่วน กรุงเทพมหานคร

ปัญหาที่เจอ คือ มีข้อมูล ไม่เพียงพอ เช่น ข้อมูลที่มี รายละเอียด ข้อเท็จจริง เกี่ยวกับประเภท วิธีใช้ ความถี่ หรือราคาของ อุปกรณ์คุมกำเนิด ความเข้าใจผิดใน ประเด็นต่างๆ ที่กล่าวมา ล้วนนำไปสู่การตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ได้

เจ้าหน้าที่สายด่วน กรุงเทพมหานคร

อุปสรรคในการเข้าถึงการคุมกำเนิด

แม้ว่าอุปกรณ์คุมกำเนิดจะมีหลาย แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพเผยว่า อุปสรรคต่อการเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดของวัยรุ่นเป็นปัญหาเช่นเดียวกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ อุปสรรคเหล่านี้มีตั้งแต่การตีตราทางสังคมและการขาดความรู้ไปจนถึงราคาของอุปกรณ์คุมกำเนิด ตลอดจนความไม่สนใจที่จะใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด

การตีตราทางสังคมและวัฒนธรรม การตีตราการคุมกำเนิดและ/หรือเพศวิถีของวัยรุ่นเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการคุมกำเนิด วาระการประชุมสูงอนามัยแห่งชาติปี 2551 ระบุว่า การตีตราเป็นสาเหตุสำคัญที่ถ่วงความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขในการขยายความครอบคลุมบริการคุมกำเนิดระดับชาติแก่ผู้ที่เป็นโสดและวัยรุ่น วาระการประชุมดังกล่าวยังคงกล่าวอ้างคำตอบที่ผู้นำบางท่านให้เมื่อพิจารณาเรื่องเพศศึกษา “การสอนเรื่องเพศศึกษาและการหาวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์เหมือนเป็นการส่งเสริมให้ผู้คนมีกง่าย/ขาดความรับผิดชอบในเรื่องเพศสัมพันธ์ ดังนั้น จึงไม่ควรมีการสอนดังกล่าว” การตีตราทางสังคมต่อวัยรุ่นที่ใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดยังมีอยู่ในหลายวัฒนธรรมทั่วประเทศไทยได้แก่ วัฒนธรรมไทย วัฒนธรรมมุสลิมและวัฒนธรรมชาวเขา

การขาดความรู้ การขาดความรู้เรื่องเพศและอุปกรณ์คุมกำเนิด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดประการหนึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยอีกสองประการ 1) ความไม่เพียงพอของบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และ 2) ความรู้สึกอับอายของวัยรุ่นต่อการรວนวายหาบริการคุมกำเนิดและข้อมูลเกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติ ระดับท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สายด่วน 1663 กล่าวว่าการขาดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรก มีนักเรียนหญิงเพียงคนเดียว (จากจังหวัดสตูล) ที่กล่าวอ้างว่าศูนย์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในโรงพยาบาลของรัฐเป็นสถานที่ที่เข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิด ซึ่งอาจแสดงว่าวัยรุ่นไม่ได้ตื่นตัวมากนักว่า มีบริการประเภทต่างๆ เหล่านี้ให้บริการอยู่ จึงไม่ตื่นตัวว่ามีช่องทางในการบริการที่จะต้องแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกอับอายของวัยรุ่นต่อการรວนวายหาข้อมูลดังกล่าวน่าจะสะท้อนการตีตราทางสังคมและวัฒนธรรมต่อเพศวิถีของวัยรุ่นและการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดได้

การขาดความสนใจ วัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นชายไม่สนใจหรือไม่ต้องการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด ซึ่งรวมถึงการไม่วางแผนคุมกำเนิด และไม่พกอุปกรณ์คุมกำเนิด การแยกประเด็นเหล่านี้จากการตีตราและ/หรือการขาดความรู้เป็นเรื่องยาก เนื่องจากวัยรุ่นบางคนอาจแสดงว่าไม่สนใจใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด แต่อันที่จริงแล้วสนใจ เนื่องจากไม่ต้องการเผชิญกับการตีตราทางสังคม หรือไม่ต้องการยอมรับว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด

การเปิดเผยชื่อและความไม่สะดวก คนในหลายพื้นที่ทั่วประเทศไทยกล่าวอ้างว่าผู้จำหน่ายถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญเป็นตัวอย่างของช่องทางในการเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดได้อย่างสะดวก และไม่ต้องเปิดเผยตัวตน พ่อวัยรุ่นคนหนึ่งกล่าวว่าวิธีนี้น่าจะทำให้ค้นหาซื้อถุงยางอนามัยช่วงกลางดึกหลังจากร้านค้าต่างๆ ปิดแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นบางท่านให้ข้อสังเกตว่า จำนวนเครื่องจำหน่ายอุปกรณ์คุมกำเนิดที่จำกัดเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิด ซึ่งมีการตั้งข้อสังเกตว่าเป็นจริงอย่างมากในพื้นที่ชนบทไกลออกไป อย่างพื้นที่ชาวเขาทางภาคเหนือ ที่เข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดได้ยากยิ่งกว่าพื้นที่อื่นๆ อย่างมาก ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งกล่าวว่า การขาดผู้จำหน่ายอุปกรณ์คุมกำเนิด มีสาเหตุมาจากการตีตราทางวัฒนธรรมนั่นเอง

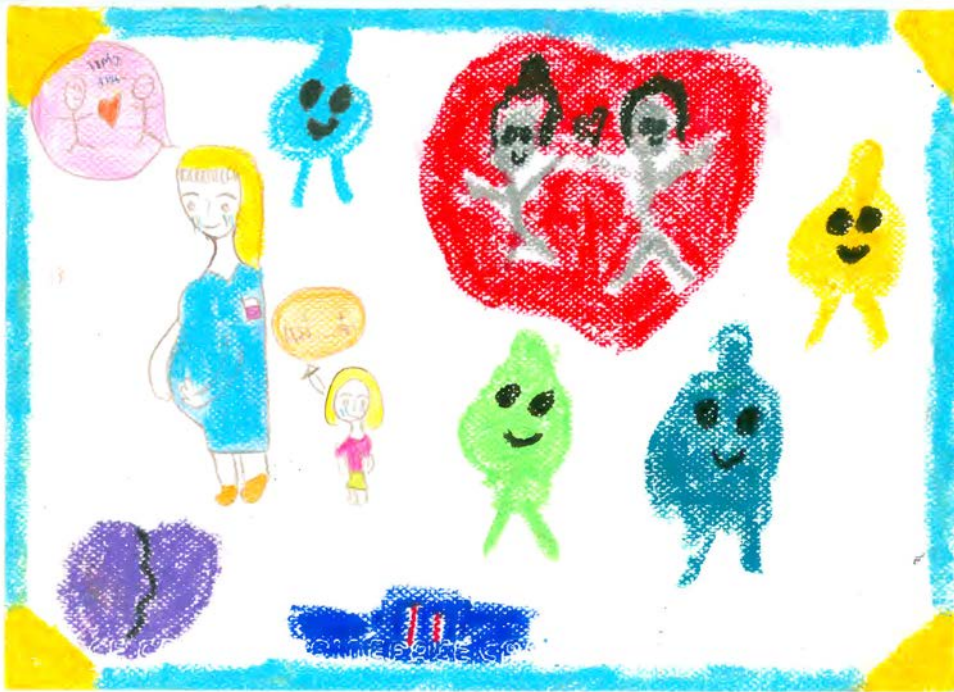
ราคาของอุปกรณ์คุมกำเนิด ราคาของอุปกรณ์คุมกำเนิดยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิด โดยเฉพาะถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นในหลายพื้นที่เชื่อว่าราคาของอุปกรณ์คุมกำเนิดที่มีอยู่ทั่วไปสูงเกินไปสำหรับพวกวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ผู้ให้ข้อมูลเห็นด้วยว่า ความพยายามของรัฐบาลที่มีปัจจุบันไม่มีเป้าหมายร่วมที่ชัดเจนและขาดการประสานงาน การจัดโครงการป้องกันระดับชุมชนมุ่งแต่การศึกษาผ่านระบบโรงเรียนที่มักไม่สอดคล้องกับมาตรฐานแห่งชาติ

งานวิจัยฉบับนี้พบว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขและครูมักไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ หรือสอนเรื่องสุขอนามัยทางเพศกับวัยรุ่น ข้อเสนอแนะที่ได้มาจากการวิจัยที่ว่า เจ้าหน้าที่มักไม่ได้เตรียมตัวเผชิญและจัดองค์ประกอบบุคลากรของตนเองต่อกิจกรรมทางเพศในวัยรุ่น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ และการมีเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้การสอนทักษะการใช้ชีวิตในโรงเรียนดูเหมือนจะเตรียมวัยรุ่นเพื่อให้มีทักษะชีวิตที่จำเป็น เช่น การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง และการเป็นผู้มีความรับผิดชอบได้ไม่เพียงพอ การอดทนต่อความสับสนที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชายเป็นตัวบ่งชี้ว่าการสอนทักษะการใช้ชีวิตไม่ประสบความสำเร็จอย่างที่ควรจะเป็น สตรีวัยรุ่นจำนวนมากมีความท้าทายในการเจรจาต่อรองประเด็นเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การคุมกำเนิดและการสร้างครอบครัว นอกจากนี้วัยรุ่นชายจำนวนมากไม่รับผิดชอบที่จะใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดหรือไม่เข้ามาดูแลฝ่ายหญิงในช่วงการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตร



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่รายงานฉบับนี้เสนอมาจากผลการวิจัยหลักของงานวิจัยฉบับนี้ ข้อเสนอแนะเหล่านี้ประมวลความเข้าใจที่ได้มาจากวัยรุ่นผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลัก ทีมผู้วิจัย เจ้าหน้าที่โครงการที่เสนอวิธีแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่เป็นไปได้ ข้อเสนอแนะต่างๆ แบ่งเป็น 8 ประเภท ได้แก่

- 1) การประสานงาน
- 2) ความรับผิดชอบ
- 3) ยุทธศาสตร์ต่างๆ
- 4) การศึกษา
- 5) บริการทางการแพทย์และทางสังคม
- 6) การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม
- 7) การสื่อสารและความตื่นตัวของสาธารณะ และ
- 8) การติดตามควบคุมตรวจสอบ และสถิติข้อมูลระดับประเทศ นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะในรูปแบบหัวข้อย่อยโดยแยกตามประเภทของข้อเสนอแนะ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านบริบทนำไปสู่ข้อเสนอแนะ หรือชุดข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อเสนอแนะที่ปรากฏตัวหนาและระบุเป็นรายการซึ่งมีสัญลักษณ์นำหัวข้อ

การประสานงาน

ยุทธศาสตร์ในการประสานงาน

การตั้งคณะกรรมการแห่งชาติอันประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานของรัฐที่หลากหลายมาประชุมกันเป็นครั้งคราวเป็นวิธีปฏิบัติทั่วไปของรัฐบาลไทย ในบริบทการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและการจัดทำโครงการการเป็นพ่อแม่ หน่วยงานจำนวนมากควบคุมดูแลแง่มุมที่แตกต่างกันของบริการเหล่านี้ สำนักคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานดูแลการสอนเพศศึกษา หน่วยงานหลายแห่งดูแลกิจกรรมในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขสูงให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่น งานวิจัยฉบับนี้พบว่าความพยายามแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและปัญหาความเป็นพ่อแม่ของรัฐบาลที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีหน่วยประสานงานกลาง ดังนั้นคณะกรรมการจึงต้องให้ความสำคัญกับหลายประเด็นและต้องเผชิญกับการจัดลำดับความสำคัญ ดังนั้นในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย รัฐบาลควรจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะ ซึ่งน่าจะสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อให้ความสำคัญกับประเด็นนี้เพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ความพยายามแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของรัฐบาลที่มีอยู่ในขณะนี้ไม่มีเป้าหมายร่วมที่กล่าวไว้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในความพยายามที่จะทำงานร่วมกัน หน่วยงานเฉพาะดังกล่าวจะทำงาน เพื่อประสานเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและความเป็นพ่อแม่ ซึ่งสร้างกรอบนโยบายร่วมกับยุทธศาสตร์ที่ใช้ผสมผสานกันในกระทรวงและกรมหลายแห่งที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ ประเด็นสุดท้าย คือ งบประมาณเพิ่มเติมจะสนับสนุนให้องค์กรต่างๆ มีความสามารถที่จะดำเนินแนวทางป้องกัน เพื่อจัดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง งบประมาณเพิ่มเติมยังอาจส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนของภาครัฐ และเอกชนระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการกับกลุ่มวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้ จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 6 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2558-2567) สร้างกลไก เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในทุกระดับ แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- จัดตั้งหน่วยงานของรัฐหนึ่งหน่วย เพื่อแก้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่นในรูปแบบบูรณาการ
 - ประสานเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมในการแก้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่น และปัญหาการเป็นผู้ปกครอง
 - รวมศูนย์กลางแหล่งเงินทุนในการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นและการเป็นผู้ปกครอง
 - เพิ่มงบประมาณปัจจุบันให้โครงการปัญหาตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นและการเป็นผู้ปกครอง

การประสานงานในหลายบริบท

งานวิจัยฉบับนี้พบว่าวัยรุ่นไม่ทราบว่ามีบริการต่างๆ และรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะใช้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ในการเข้าถึงวัยรุ่นตามโรงเรียน รัฐบาลควรส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนในท้องถิ่นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และโรงเรียน การนำบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีเข้ามาในชั้นเรียนน่าจะเพิ่มความพยายามของวัยรุ่นเข้าไม่ถึงคลินิก เพิ่มพูนความรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับบริการต่างๆ และช่วยปรับทัศนคติที่ติดตรางคุณครูบางท่าน ในการเข้าถึงสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียน บุคลากรทางการแพทย์ควรจะมีมือกับผู้ใช้บริการทางสังคม และกำหนดสถานที่ดำเนินงานที่เป็นเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันโดยอิงยุทธศาสตร์และแก้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น (2558-2567) สร้างระบบช่วยเหลือปกป้องและสวัสดิการสังคมแก่การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- จัดทำแผนความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ โรงเรียน และผู้ใช้บริการทางสังคม

การใช้โครงสร้างและแผนต่างๆ ที่มีอยู่

ยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่ได้ประสิทธิผลจะสนองกับความต้องการตามบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน ยุทธศาสตร์ควรตอบสนองช่องว่างของบริการระดับท้องถิ่น และควรได้รับการบันทึกในรูปแบบที่พร้อมจะส่งมอบให้กระทรวงที่เหมาะสมในการพิจารณาต่อไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้องค์กรที่มีอยู่เป็นโครงสร้าง/ฐานในการปรับแก้โครงการที่มีอยู่หรือโครงการใหม่

- แจ้งองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้ทราบ เกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครุภัณฑ์และการเป็นพ่อแม่ และยุทธศาสตร์ต่างๆ ในการแก้ปัญหาดังกล่าว ร้องขอให้องค์กรเหล่านี้พิจารณาแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเข้าไปในแผนพัฒนาท้องถิ่น
- ใช้โครงสร้างของแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติสำหรับการป้องกันและการแก้ปัญหาในการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2558-2567 มีอยู่ในการดำเนินการตามข้อเสนอแนะจากงานวิจัยฉบับนี้ที่ไม่ทับซ้อนกับแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติฉบับดังกล่าว

ความรับผิดชอบ

การให้โรงเรียนรับผิดชอบ

งานวิจัยฉบับนี้พบว่ามีการสอนเพศศึกษาในหลายระดับขึ้นอยู่กับโรงเรียน โดยบางโรงเรียนไม่ได้สอนหลักสูตรใดๆ นอกจากนี้ งานวิจัยฉบับนี้พบว่า ทัศนคติของเจ้าหน้าที่โรงเรียนบางท่านมีอคติต่อการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่น ความเป็นพ่อแม่ และเพศวิถี ทัศนคติเหล่านี้ น่าจะสร้างสภาพแวดล้อมที่ไม่ส่งเสริมการเรียนรู้ เนื่องจากนักเรียนรู้สึกอึดอัดที่จะถามคำถามเมื่อรู้สึกว่ามีอาการติดตราทางสังคมเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (2558-2567) ส่งเสริมทักษะชีวิตและการเรียนเพศศึกษาแก่วัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- **พัฒนาโลกความรับผิดชอบแก่โรงเรียนที่จัดการเรียนเรื่องเพศศึกษาเพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้** โลกความรับผิดชอบควรจะครอบคลุมการควบคุมคุณภาพดังต่อไปนี้
 - มาตรฐานการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ยอมรับว่า วัยรุ่นมีอำนาจที่จะเลือกเมื่อไหร่ที่จะมีเพศสัมพันธ์
 - คุณสมบัตินของครูและการฝึกอบรม
 - บริการให้คำปรึกษาและการส่งต่อผู้รับคำปรึกษา

การให้ฝ่ายบริหารรับผิดชอบ

งานวิจัยฉบับนี้พบว่าวัยรุ่นจำนวนมากไม่ได้ใช้บริการที่เป็นมิตรกับตนเอง ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากอุปสรรคในการเข้าถึงบริการต่างๆ ตามที่ได้กล่าวไว้ในรายงานฉบับนี้ บริการอนามัยและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ควรจะปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ การสร้างบริการแบบเชิงรุกแก่วัยรุ่นที่เข้าไม่ถึง และการยอมรับว่า การแสดงพฤติกรรมทางเพศเป็นบรรทัดฐานทางสังคมของวัยรุ่นจำนวนมาก นอกจากนี้งานวิจัยฉบับนี้พบว่า วัยรุ่นบางคนไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้เนื่องจากอายุน้อย หรือสถานะพลเมือง หน่วยงานต่างๆ ควรดำเนินนโยบายต่อต้านการแบ่งแยก และรัฐบาลควรสร้าง หรือลดแรงจูงใจ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามนโยบาย ยิ่งไปกว่านั้น เงื่อนไขความเห็นชอบปัจจุบันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการต่างๆ ของวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เนื่องจากวัยรุ่นบางคนรู้สึกอึดอัดที่จะบอกพ่อแม่ว่า ต้องการข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์หรือบริการต่างๆ (เช่น การปรึกษาเรื่องอุปกรณ์คุมกำเนิด)

ประเด็นสุดท้าย คือ ผลที่ได้จากงานวิจัยฉบับนี้แสดงว่าวัยรุ่นคบหากันในสถานที่ลับตาในชุมชน ซึ่งอาจนำไปสู่โอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์กัน มีระเบียบข้อบังคับสองประการที่แก้ไขปัญหานี้ได้ คือ 1) ต้องแน่ใจว่าไม่มีการดำเนินธุรกิจสถานบันเทิง/ธุรกิจต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์รอบพื้นที่โรงเรียน และ 2) ต้องแน่ใจว่ามีการปฏิบัติตามเงื่อนไขอายุขั้นต่ำ ในการเข้าใช้บริการในสถานที่ดำเนินธุรกิจดังกล่าว

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2558-2567) สร้างระบบช่วยเหลือปกป้องและสวัสดิการสังคมแก่การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- **ปรับปรุงโครงสร้างการควบคุมและการให้คำปรึกษาของหน่วยงานบริการด้านสุขภาพและสังคม เพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม 1) นโยบายไม่แบ่งแยกผู้รับบริการ โดยเฉพาะเรื่องอายุและสถานะพลเมือง และ 2) แนวทางที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น** ซึ่งยอมรับว่าวัยรุ่นมีสิทธิเลือกใช้บริการต่างๆ เมื่อจะต้องมีเพศสัมพันธ์
- **ปฏิรูปลานโยบายความยินยอมของพ่อแม่** ซึ่งไม่ได้มาจากการแก้ไขกฎหมายเท่านั้น แต่ได้จากการค้นหาสถานการณ์หรือเงื่อนไขในกรณีที่ยังไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากพ่อแม่
- **บังคับใช้ระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับวัยรุ่น** ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ที่มีความเสี่ยง เช่น บาร์ คลับ และ “โรงแรมม่านรูด”

การให้บุคลากรอื่นๆ รับผิดชอบ

งานวิจัยฉบับนี้พบว่า เจ้าหน้าที่หน้างานบางท่านขาดทักษะ และทัศนคติที่จำเป็น ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในบริบทในบริการต่างๆ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความจำเป็นที่จะฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับทางเลือกในการส่งต่อและขั้นตอนต่างๆ พนักงานและเจ้าหน้าที่ส่วนหน้าจะได้ประโยชน์จากงานให้คำปรึกษา ทำให้เข้าใจปัญหาเกี่ยวกับวัยรุ่นมากขึ้น และมั่นใจว่าพวกเขาจะปฏิบัติตามต่อวัยรุ่นด้วยการให้เกียรติและความเคารพ

ข้อเสนอแนะด้านส่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (2558-2567) สร้างระบบที่มีคุณภาพและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และอนามัยทางเพศที่เป็นมิตร แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- **สร้างกลไกความรับผิดชอบเกี่ยวกับขั้นตอนบริการการส่งต่อผู้รับคำปรึกษา เพื่อรับรองว่าพนักงานที่ให้บริการทางการแพทย์ และทางสังคมและเจ้าหน้าที่จะให้ความช่วยเหลือตามที่วัยรุ่นต้องการ**

ยุทธศาสตร์ต่างๆ

การกำหนดเป้าหมายกลุ่มประชากรย่อย

อัตราการเกิดในวัยรุ่นอายุ 15, 16 และ 17 ปี กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจส่งผลต่อยุทธศาสตร์ให้ความช่วยเหลือหากพิจารณาว่าเหมาะสมที่จะกำหนดเป้าหมายกลุ่มอายุที่เจาะจง อย่างไรก็ตาม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่วางแผนให้ความช่วยเหลือควรคำนึงประโยชน์ของการช่วยเหลือ ไปตามสถานการณ์หรือเรื่องการให้ความช่วยเหลือก่อนช่วงเข้าสู่วัยรุ่น ในการสร้างยุทธศาสตร์เฉพาะพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอาจทบทวนผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ได้เน้นในงานวิจัยฉบับนี้ แล้วจึงอภิปรายและกำหนดว่าปัจจัยใดสำคัญที่สุดต่อชุมชนของตน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่วางแผนให้ความช่วยเหลือควรคำนึงว่าชนกลุ่มน้อย และกลุ่มชาติพันธุ์บางกลุ่มอาจมีอัตราการเกิดสูงกว่า อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น งานวิจัยฉบับนี้พบว่า การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและความเป็นพ่อแม่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีผู้เห็นคุณค่าในบางวัฒนธรรม

- **ให้ความสำคัญและความสนใจเป็นพิเศษแก่ กลุ่มเด็กอายุน้อย**
- **เริ่มอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นอนามัยการเจริญพันธุ์ สุขอนามัยทางเพศ และทักษะการใช้ชีวิตกับวัยรุ่นก่อนเข้าสู่วัยรุ่นเจริญพันธุ์ เพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการกำหนดทิศทางความสัมพันธ์ต่างๆ และการวางตัว**
- **พิจารณาปัจจัยเฉพาะที่ทำให้อัตราการเกิดในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นนอกเขตกรุงเทพมหานคร และจัดหาความช่วยเหลือให้พื้นที่เหล่านี้ หากต้องจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ในการทำโครงการภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนอัตราการเกิดในวัยรุ่นสูงที่สุด**
- **ทำการวิจัยและคัดเลือกโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และโครงการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมทางวัฒนธรรมต่อชนกลุ่มน้อย และกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย**

การจัดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

งานวิจัยฉบับนี้พบว่า มีอุปสรรคหลายประการต่อการดำเนินโครงการปัจจุบันที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีบริการทางด้านสุขภาพ อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการบางประการดังต่อไปนี้ เกี่ยวข้องกับการจัดให้บริการ ซึ่งได้แก่ การทำตามวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ตามที่กล่าวไว้เพียงบางส่วน ความครอบคลุมที่จำกัดของบริการในพื้นที่ห่างไกล การขาดเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม และการตีตราทางสังคมของเจ้าหน้าที่ อุปสรรคของฝ่ายที่ต้องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้แก่ การขาดความตระหนักเกี่ยวกับบริการต่างๆ การขาดความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ ราคาค่าใช้จ่ายจากข้อมูลที่ได้รับ และราคาตามจริง และการตีตราทางสังคมที่ผนวกกับการขาดความสนใจ อุปสรรคที่กล่าวมานี้ ยังขัดขวางการเข้าถึง

บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบริการทำแท้งและบริการจัดหาอุปกรณ์คุมกำเนิด ในกรณี การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา งานวิจัยฉบับนี้ศึกษาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดให้บริการต่างๆ แต่ไม่ได้ศึกษาอุปสรรคที่ชัดเจนความต้องการบริการ พบว่าอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาบริการได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเนื้อหา คุณภาพ และความถี่ของการให้ความรู้เรื่อง เพศศึกษาในทุกบริบท เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักและวัยรุ่นกล่าวว่าการให้ความรู้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ปรากฏ ในบางกรณี ดังนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรปรับเปลี่ยน และดำเนินยุทธศาสตร์ เพื่อจัดอุปสรรคให้แน่ใจว่า การออกแบบยุทธศาสตร์และการดำเนินยุทธศาสตร์สะท้อนบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้ง ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสภาพแวดล้อมในท้องถิ่น

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรจัดอุปสรรคในการจัดทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เพื่อรองรับความต้องการที่มีอยู่ โดยปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความช่วยเหลือและการดำเนินการ เพื่อแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นวิธีปฏิบัติที่คัดเลือกวิธีหนึ่งในการวางแผนโครงการและนโยบาย เนื่องจาก กระบวนการดังกล่าวประกันว่ายุทธศาสตร์ต่างๆ เหมาะสมกับกลุ่มอายุเป้าหมาย หรือชุมชนทาง วัฒนธรรมและภูมิศาสตร์ การสนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมก่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า และยังเป็นการผสานหลักประชาธิปไตย ไปในกระบวนการตัดสินใจ

- สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาทิ วัยรุ่นและสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมวางแผนโครงการ บริการ หรือนโยบายใหม่ๆ หรือปรับแก้โครงการ การบริการ หรือนโยบายที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับการ ตั้งครรภ์ของวัยรุ่น หรือความเป็นพ่อแม่

การศึกษา

ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจัดทำขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมโรงเรียนอาชีวศึกษา และการศึกษา นอกโรงเรียน ตลอดจนโรงเรียนทั่วไป

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

งานวิจัยฉบับนี้พบว่าครูและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในด้านการปฏิบัติงานแสดงให้เห็นว่าต้องการความรู้ ความ ตื่นตัว และทักษะที่เพิ่มขึ้นในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความเป็นพ่อแม่ และเพศวิถี

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2558-2567) สร้างระบบช่วยเหลือปกป้องและสวัสดิการสังคมแก่การตั้งครรภ์ ของวัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับช้อนกันอยู่ได้

- **เพิ่มความสามารถของครูและเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารจัดการด้วยการฝึกอบรมต่างๆ** ผลจาก งานวิจัยฉบับนี้ชี้ให้เห็นว่า การฝึกอบรมจำเป็นในขอบเขตดังต่อไปนี้
 - การลดความคิดและพฤติกรรมที่มีอคติของเจ้าหน้าที่
 - ทางเลือกการคุมกำเนิดแบบระยะยาว นอกจากทางเลือกแบบระยะสั้น
 - ทะเบียนรายชื่อสถานที่ที่มีอุปกรณ์การคุมกำเนิดประเภทต่างๆ และมีโครงการการพัฒนา อนามัยการเจริญพันธุ์
 - ทางเลือกและขั้นตอนการส่งต่อผู้รับคำปรึกษา

การต่อยอดนโยบายปัจจุบันในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา

การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาต้องมีวิวัฒนาการเพื่อตอบสนองบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการต่างๆ ควรยอมรับว่า วัยรุ่นที่เลือกมีเพศสัมพันธ์ต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ งานวิจัยฉบับนี้พบว่า การตั้งครรภ์เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นระหว่างอายุ 10-14 ปี ซึ่งแสดงว่า กลุ่มอายุดังกล่าวได้มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาจึงควรเริ่มก่อนอายุ 10 ปี และดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 18 ปี นอกจากนี้ การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาควรจะมี ความเหมาะสมและปฏิบัติได้จริงตามกลุ่มอายุและเพศ

นอกจากนี้ผลจากงานวิจัยฉบับนี้ยังแสดงว่า แนวทางหลักสูตรที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นควรนำแนวทางหลักสูตรที่เน้นปฏิสัมพันธ์มาใช้ในการสอนให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้เรียน ได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมมากขึ้น ประเด็นสุดท้าย คือ โครงการต่างๆ เช่น โครงการแพททูเฮลท์ (Path2Health) ได้รับการยอมรับในด้านการสอนและหลักสูตรว่าเป็นประโยชน์ต่อการจำลองแบบ มาตรฐานระดับชาติ

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (2558-2567) ส่งเสริมทักษะการใช้ชีวิต และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้ อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- **ปฏิรูปเนื้อหาการสอนเพศศึกษาและการสอน โดยขยายขอบเขตนอกเหนือจากเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์** หลักสูตรการสอนเพศศึกษาควรเน้น
 - เสริมสร้างทักษะการใช้ชีวิต โดยให้ความสนใจทักษะการสื่อสารและการต่อรองเป็นพิเศษ
 - ทางเลือกของวัยรุ่นและความนับถือตนเอง
 - ทางเลือกการคุมกำเนิดแบบระยะยาวและแบบระยะสั้น
 - มีทะเบียนรายชื่อสถานที่ที่มีอุปกรณ์การคุมกำเนิดประเภทต่าง ๆ และมีโครงการการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์
 - ความรับผิดชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย ในการเป็นพ่อแม่และการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด
 - ผลของการตั้งครรภ์และผลของการมีความรู้เรื่องเพศ
 - ให้ความรู้ครอบคลุมแง่มุมด้านชีวการแพทย์ของการการสอนเพศศึกษา
- การสอนเพศศึกษาควรเริ่มก่อนที่วัยรุ่นจะอายุ 10 ปี และดำเนินต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 18 ปี
- สร้างความมั่นใจว่าหลักสูตรเหมาะสมแก่อายุและเพศ
- ผนวกแนวทางที่เน้นปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นในหลักสูตร เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมมากขึ้น
- ใช้บทเรียนที่สอนในโครงการแพททูเฮลท์ (Path2Health) ในการสร้างมาตรฐานและสื่อเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษาระดับชาติ
- **เพิ่มงบประมาณในการสอนเพศศึกษาและทักษะการใช้ชีวิต โดยมีกลไกบริหารที่ชัดเจน งบประมาณควรส่งเสริมขอบเขตดังต่อไปนี้**
 - การเพิ่มการฝึกอบรมและสร้างศักยภาพครู
 - วิธีการสอนแบบบูรณาการกว่าเดิม
 - การสนับสนุนทางเทคนิคอย่างต่อเนื่องแก่ครูที่สอนหลักสูตรเพศศึกษาได้แก่ การเข้าสังเกตชั้นเรียนโดยศึกษานิเทศก์ การเสวนางานของครูที่สอนหลักสูตรเพศศึกษาเพื่อแบ่งปันและสะท้อนประสบการณ์ และการเพิ่มพูนความรู้ทางเทคนิคให้ทันสมัยเกี่ยวกับประเด็นที่เกี่ยวข้อง

การดูแลแม่วัยรุ่นในโรงเรียน

งานวิจัยฉบับนี้พบว่าแม่วัยรุ่นจำนวนมากไม่ได้ศึกษาต่อ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การไม่ได้รับอนุญาตให้กลับเข้ามาศึกษา ไม่ได้รู้สึกรับได้รับการต้อนรับให้กลับเข้ามาศึกษา และการไม่มีเวลาเนื่องจากกำลังดูแลบุตร จึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับแม่วัยรุ่นที่จะมีโอกาสศึกษาต่อ ทั้งทางด้านสภานิติบัญญัติและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (2558-2567) สร้างระบบช่วยเหลือปกป้องและสวัสดิการสังคมแก่การตั้งครรภ์ ของวัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- **จัดทำและกระจายแผนการศึกษารูปแบบพิเศษ และกลไกสนับสนุนทางสังคมสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ หรือกลายเป็นพ่อแม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นเหล่านี้ กลับมาศึกษาต่อจนสำเร็จระดับ มัธยมศึกษา** ขอบข่ายที่ต้องวางแผนเฉพาะ ได้แก่
 - การกำหนดนโยบายการลาคลอด และความคาดหวังต่างๆ โดยให้ความดูแลช่วยเหลือแก่แม่วัยรุ่น
 - ระบบที่อนุญาตให้นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์หยุดเรียน เพื่อไปพบแพทย์และใช้บริการขอคำปรึกษา
 - เงื่อนไขและกำหนดเวลาสอบปลายปีการศึกษา เพื่ออนุญาตให้วัยรุ่นศึกษาต่อในระดับชั้นถัดไป
- **สร้างความมั่นใจว่าในโรงเรียนมีผู้ให้คำปรึกษาที่เชี่ยวชาญเรื่องดังกล่าว และได้รับการฝึกอบรม เกี่ยวกับปัญหาที่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ หรือกลายเป็นพ่อแม่เผชิญอยู่ เพื่อช่วยวัยรุ่นหาทางแก้ไข ปัญหาดังกล่าว** นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษายังสามารถทำงานกับวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในบทบาท เชิงป้องกันได้
- **สร้างความมั่นใจว่าโรงเรียนรับข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพ และสังคมที่จัดให้ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์หรือกลายเป็นพ่อแม่ในชุมชน และสร้างความมั่นใจว่าพวกเขาได้รับข้อมูลและได้รับการ ส่งต่อไปยังสถานที่ที่ให้บริการดังกล่าว**

การบริการทางการแพทย์และสังคม

การจัดอุปสรรคต่อการใช้บริการต่างๆ

งานวิจัยฉบับนี้พบว่า ขณะนี้วัยรุ่นไม่ได้ใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากสาเหตุ หลายประการ อุปสรรคสำคัญได้แก่ การขาดเจ้าหน้าที่ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น การขาดความตื่นตัวใน งานบริการที่มีอยู่ และการขาดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ทุกวันนี้มียุทธศาสตร์สำคัญสองประการ ที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น ได้แก่ โครงการรณรงค์บริการด้านสุขภาพ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และโครงการรณรงค์ทำบออนามัยการเจริญพันธุ์ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวไม่ได้ ดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบ งานวิจัยในภายหน้าอาจศึกษาว่ายุทธศาสตร์เหล่านี้ ทำให้วัยรุ่นใช้บริการ ต่างๆ แตกต่างไปจากเดิมหรือไม่

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (2558-2567) สร้างระบบที่มีคุณภาพและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และ สุขอนามัยทางเพศที่เป็นมิตร แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- จัดการฝึกอบรมระดับชาติแก่บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรด้านบริการสังคม เพื่อเพิ่มความรู้และการดำเนินการให้เป็นมิตรกับวัยรุ่นมากขึ้น การฝึกอบรมควรครอบคลุม
 - วิธีเผชิญและเอาชนะอคติส่วนบุคคล (ของผู้อื่นให้บริการ) เกี่ยวกับเพศวิถีของวัยรุ่น
 - ความคาดหวังต่อบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น
 - วิธีแนะนำวัยรุ่นให้รับผิชอบต่อการตัดสินใจเวลาจะมีเพศสัมพันธ์
 - ความคาดหวังต่อการพูดคุยเกี่ยวกับ วิธีคุมกำเนิดรูปแบบต่างๆ (เช่น วิธีคุมกำเนิดดังกล่าว ควรครอบคลุมทางเลือกระยะยาว นอกเหนือจากทางเลือกระยะสั้น)
 - สถานการณ์ที่สามารถยกเว้นที่วัยรุ่นต้องขอความยินยอมจากพ่อแม่
 - การปฏิบัติที่ตลึกลับเกี่ยวกับขั้นตอนการส่งต่อและทางเลือกของบริการต่างๆ ที่จัดให้แก่วัยรุ่น
- กำหนดยุทธศาสตร์และแผนสำหรับหน่วยงานบริการด้านสุขภาพและสังคมแก่วัยรุ่นที่อยู่ในชุมชนที่เข้าไม่ถึงบริการต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่จัดให้แก่พวกเขา เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่ด้านสังคมสงเคราะห์ ควรได้รับแรงจูงใจให้จัดชั่วโมงบริการนอกเวลาราชการแก่วัยรุ่น (16.00-20.00 น. หรือในช่วงวันเสาร์-อาทิตย์) โดยปรับปรุงระบบค่าตอบแทนใหม่
- สร้างความมั่นใจว่าชุมชนมีวิธีเข้าถึงบริการที่หลากหลายด้านสุขภาพ และสังคมที่มีคุณภาพ โดยให้ประเมินบริการที่มีอยู่ และจัดตั้งสถานพยาบาลในพื้นที่ชนบทเพิ่มขึ้น สร้างความมั่นใจว่ารายการบริการต่างๆ ครอบคลุมเรื่องดังต่อไปนี้
 - การให้คำปรึกษา
 - การให้ความสนับสนุนทางการเงิน
 - การดูแลบุตร
 - ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
 - การศึกษา
 - การส่งเสริมอาชีพ
 - ครอบครัวยุคใหม่และการรับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากแม่วัยรุ่น
 - การคุมกำเนิด โดยเฉพาะสตรีที่เคยตั้งครรภ์มาก่อน

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาชุมชนและหาวิธีแก้ไขปัญหาคู่ในขณะเดียวกัน

ในการทำให้ความช่วยเหลือประสบความสำเร็จ ความช่วยเหลือดังกล่าวต้องสอดคล้องกับความต้องการและวัฒนธรรมเฉพาะของชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ นอกจากนี้ขั้นตอนการมีส่วนร่วมควรดำเนินตามขั้นตอนการตัดสินใจอย่างเป็นประชาธิปไตย ซึ่งน่าจะทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (2558-2567) ส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลของครอบครัวและชุมชน สร้างความสัมพันธ์และการสื่อสารเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับชอนกันอยู่ได้

- สร้างกลุ่มชุมชนที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความรู้และมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และการกลายเป็นพ่อแม่ (รวมทั้งตัววัยรุ่นเอง) เพื่อคัดสรร จัดสรรงบประมาณ และดูแลโครงการป้องกันระดับท้องถิ่น

การสร้างพื้นที่นันทนาการที่ปลอดภัย

งานวิจัยฉบับนี้พบว่า วัยรุ่นจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลขณะมีปฏิสัมพันธ์กันในหอพัก บ้าน และสถานที่ต่างๆ ซึ่งอาจเป็นสัญญาณว่าพื้นที่นันทนาการที่ได้รับการสอดส่องดูแลและกิจกรรมหลังเลิกเรียนมีไม่เพียงพอ การสร้างโอกาสในการนันทนาการในสภาพแวดล้อมที่มีการติดตามดูแล ปลอดภัย และได้รับการส่งเสริมจะก่อให้เกิดการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในเชิงบวก

- สร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพเชิงบวก เช่น พื้นที่นันทนาการที่วัยรุ่นอาจใช้ทำกิจกรรมต่างๆ
- ให้งบประมาณและสนับสนุนกิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมหลังเลิกเรียนสำหรับวัยรุ่น
- ขยายระบบการเรียนรู้นอกบริเวณโรงเรียน และภายในชุมชน บ้าน และที่พักอาศัยอื่นๆ เช่น หอพักเอกชน

การสื่อสารและการรณรงค์สร้างความตระหนักต่อสาธารณชน

การจัดการตีตราทางวัฒนธรรมที่มีอยู่ทั่วไป

หลังจากพิจารณาการตีตราทางสังคมที่มีอยู่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย และบรรทัดฐานทางสังคมที่ขัดขวางการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และการให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ประเทศไทยจะต้องท้าทายทัศนคติและพฤติกรรมเหล่านี้ในระดับชาติ การตีตราทางวัฒนธรรมต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เป็นผลวิจัยสำคัญของคำถามวิจัยหลายคำถามที่งานวิจัยฉบับนี้ได้ศึกษา

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 5 ของแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (2558-2567) การสื่อสารเพื่อส่งเสริมความเข้าใจสุภาพทางเพศในสังคม แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- **ออกแบบและดำเนินโครงการสร้างความตื่นตัวสาธารณะที่มุ่งเป้าหมายทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการตีตราเกี่ยวกับเพศวิถี ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์ และการกลายเป็นพ่อแม่ วัตถุประสงค์ของการสื่อสารได้แก่**
 - สร้างความตระหนักว่าด้วยกรที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศเป็นบรรทัดฐานทางสังคมในกลุ่มวัยรุ่น
 - เพิ่มความรู้ให้แก่สมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับบริการและเว็บไซต์ต่างๆ ที่ให้ข้อมูลเพื่อให้มีการตัดสินใจอย่างรอบคอบเกี่ยวกับเมื่อไหร่สมควรที่จะมีเพศสัมพันธ์ และวิธีมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ในกรณีที่ทั้งสองฝ่ายได้ตัดสินใจแล้ว
 - ทำให้สมาชิกในชุมชนทั้งหมดสื่อสารกันเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเป็นจริงของเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมของวัยรุ่น
 - ลดความคาดคิดว่าคำถามเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์บ่งบอกเป็นนัยยะว่าผู้ถามมีประสบการณ์ทางเพศ โดยเฉพาะหากสตรีเป็นผู้ถาม
 - ลดความคาดคิดของฝ่ายชายที่ว่าการมีกิจกรรมทางเพศบ่อยๆ แสดงความเป็นชาย
 - เพิ่มความรับผิดชอบของอีกฝ่ายในการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด และการเลี้ยงดูทารก
 - เพิ่มการสื่อสารระหว่างพ่อแม่และลูกเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ
 - ข้อคำนึงเกี่ยวกับช่องทางสื่อสาร
 - ใช้ช่องทางในสื่อโซเชียลมีเดีย อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันมือถืออื่นๆ เพื่อสนองความต้องการของวัยรุ่น
 - สื่อสารโดยใช้ช่องทางที่ดึงดูดใจบุคคลในช่วงวัยอื่นๆ

- ส่งเสริมให้กลุ่มสังคมในชุมชนที่มีอยู่ได้สนทนาและดำเนินโครงการรณรงค์เพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และความเป็นมารดา ตัวอย่างของกลุ่มสังคม ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน สหกรณ์ด้านการเงินที่ไม่หวังผลกำไรจากสมาชิก สมาคมชอวณา สมาคมสตรี และอาสาสมัครสาธารณสุข

ระบบการเฝ้าระวังและข้อมูลสถิติระดับชาติ

การปรับปรุงระบบเฝ้าสังเกต

ระบบเฝ้าสังเกตปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและความเป็นพ่อแม่ในประเทศไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันขาดการประสานงาน และความครอบคลุม แม้ว่ามีแบบสำรวจสองแบบที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว แต่ข้อมูลก็ได้อิงไม่ได้ดำเนินการรวบรวมอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะด้านล่างนี้จัดทำขึ้นตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2558-2567) สร้างระบบช่วยเหลือปกป้องและสวัสดิการสังคมแก่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แผนยุทธศาสตร์นี้อาจใช้ประโยชน์จากงานกับซ้อนกันอยู่ได้

- **วิเคราะห์ช่องว่างระดับชาติอย่างเต็มรูปแบบจากข้อมูลของรัฐที่ได้จากวัยรุ่น** อันเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการตั้งครรภ์ สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหา การใช้บริการ การให้บริการ และผลลัพธ์
- เมื่อได้ผลวิเคราะห์ช่องว่างแล้ว ให้เรียกประชุมกระทรวงที่เหมาะสมและเกี่ยวข้อง **เพื่อจัดลำดับความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงและเสริมประเด็นเพิ่มเติมต่อระบบการเก็บรวบรวมข้อมูล** ที่มีในปัจจุบัน
- **ดำเนินการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ (RHS) และถามคำถามที่เกี่ยวข้องจากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) เป็นประจำทุกปี** เพื่อให้มั่นใจว่าได้แหล่งข้อมูลที่สม่ำเสมอในการติดตามตัวชี้วัดของปัญหาดังกล่าวและขยายกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นเป้าหมายให้ครอบคลุมวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี
- **เผยแพร่ฐานข้อมูลระดับชาติให้แก่สถานพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอื่นๆ** เพื่อให้สถานพยาบาลดังกล่าวร่วมส่งข้อมูลการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และข้อมูลการใช้บริการคลินิกของกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งครอบคลุมประเด็นเรื่อง อายุ เหตุผลในการรับการรักษา และเริ่มต้นเก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ โดยไม่ได้เก็บเพียงข้อมูลการทำแท้งหรือการคลอดเท่านั้น
- **ทำการวิจัยต่อไปในอนาคต** เพื่อระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความแตกต่างของอัตราการเกิดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล รวมถึงพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ

ภาคผนวก

วิธีวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้ออกแบบและดำเนินการโดยใช้วิธีดังต่อไปนี้ วิธีแรกผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและความเป็นพ่อแม่ ซึ่งให้ข้อมูลการออกแบบและการเก็บข้อมูลการวิจัยในในประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประเด็นนี้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่หลากหลาย ผลที่ได้จากข้อมูลดังกล่าวพร้อมทั้งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมใช้ออกแบบรายงานวิเคราะห์สถานการณ์ฉบับนี้

งานวิจัยฉบับนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากทั่วประเทศไทย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 2 (Institutional Review Board หรือ IRB) จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ข้อมูลเชิงปริมาณเพิ่มเติมที่ได้จากงานวิจัยอื่นๆ ของไทยและหน่วยงานภาครัฐได้นำมาวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัยบางประการ รายงานฉบับนี้รวมผลวิจัยจากแหล่งข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้ พร้อมทั้งผนวกความเข้าใจบางประการจากวรรณกรรมและการเยี่ยมชมสำรวจ

อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ

รูปที่ 13 แสดงจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มของงานวิจัยฉบับนี้

รูปที่ 13 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด จำแนกตามพื้นที่

ประเภทผู้ให้ข้อมูล/ผู้ตอบแบบสอบถาม	กรุงเทพมหานคร	ระยอง	เชียงใหม่	ขอนแก่น	สตูล	จำนวนทั้งหมด
ผู้ให้ข้อมูลหลัก – ระดับชาติ	12					12
ผู้ให้ข้อมูลหลัก – ระดับท้องถิ่น	8	8	8	8	8	40
แม่วัยรุ่น (การสนทนากลุ่ม)	6	11	12	10	12	51
พ่อวัยรุ่น (การสนทนากลุ่ม)	3	4	6	2	5	20
แม่วัยรุ่น (การสัมภาษณ์)	2	2	2	2	2	10
พ่อวัยรุ่น (การสัมภาษณ์)	1	2	2	2	2	9
วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์)	2	11	9	11	12	45
นักเรียนหญิง (การสนทนากลุ่ม)	12			12	12	36
นักเรียนชาย (การสนทนากลุ่ม)	12			12	12	36
สตรีกลุ่มชาติพันธุ์ (การสนทนากลุ่ม)			7			7
ชายกลุ่มชาติพันธุ์ (การสนทนากลุ่ม)			2			2
ผู้อพยพหญิงที่ไม่มีสัญชาติไทย (การสนทนากลุ่ม)	24					24
ผู้อพยพชายที่ไม่มีสัญชาติไทย (การสนทนากลุ่ม)	18					18
บิดามารดาหรือผู้ปกครองของพ่อแม่วัยรุ่น (การสนทนากลุ่ม)	5	9	8	12	12	46
วัยรุ่นที่ยุติการตั้งครรภ์ (การสัมภาษณ์)	0	1		1		2
รวม	105	48	56	72	77	358

รูปที่ 14 แสดงจำนวนและประเภทของผู้ให้ข้อมูลวัยรุ่น ที่ได้ตอบแบบสอบถามหลังจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

รูปที่ 14 ผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประเภท

ประเภทของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวนรวม
แม่วัยรุ่น	61
พ่อวัยรุ่น	29
วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์	45
นักเรียนหญิง	36
นักเรียนชาย	36
รวม	197

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพอาศัยวิธีสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ใน 5 จังหวัด โดยแต่ละจังหวัดใช้เวลาจนถึง 13 วัน การเก็บข้อมูลปฐมภูมิดังกล่าว ได้แก่ การสนทนากลุ่มกับ 1) พ่อแม่วัยรุ่น (โดยแบ่งกลุ่มตามเพศ) 2) วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ 3) บิดามารดาหรือผู้ปกครองของพ่อแม่วัยรุ่น และ 4) นักเรียนทั่วไปทั้งชายและหญิง (โดยแบ่งกลุ่มตามเพศ) นอกจากนี้ยังมีการสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สายด่วน 1663 ที่ดำเนินงานโดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สายด่วนมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาคาระบุดตัวและการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่เคยทำแท้ง นอกจากการสนทนากลุ่มที่ระบุข้างต้น มีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มต่างๆ ดังต่อไปนี้ เพื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมและอภิปรายประเด็นที่อาจจะละเอียดอ่อน โดยมีผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ได้แก่ 1) กลุ่มแม่วัยรุ่น 2) กลุ่มพ่อวัยรุ่น และ 3) กลุ่มวัยรุ่นที่เคยทำแท้ง มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักระดับท้องถิ่นกับผู้ที่ให้บริการด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ครู ผู้นำชุมชน นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักระดับชาติ

หนึ่งในจังหวัดเชียงราย มีการสนทนากลุ่มพ่อแม่วัยรุ่นที่มาจากชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ โดยแบ่งกลุ่มตามเพศ และในกรุงเทพมหานคร มีการสนทนากลุ่มผู้อพยพวัยรุ่นชายและหญิงชาวเมียนมาร์ (โดยแบ่งกลุ่มตามเพศ)

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพอาศัยวิธีเปรียบเทียบข้อมูล/วิธีวิจัยทฤษฎีฐานราก (วิธีวิจัยสร้างทฤษฎีจากข้อมูล ซึ่งวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยใช้แนวคิดและหัวข้อที่ปรากฏ) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บได้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ศึกษาหัวข้อและแนวคิดเกี่ยวกับขอบเขตวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการระบุหัวข้อต่างๆ เพื่อให้ได้ผลวิจัยที่ครอบคลุม (หัวข้อ/ประเด็นที่พบในผู้ร่วมวิจัยจำนวนมาก) และเจาะลึก (เป็นผลวิจัยที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยบางคนโดยเฉพาะ ซึ่งให้แง่มุมที่สำคัญๆ) หรือผลวิจัยที่ช่วยอธิบายแนวคิดหรือความคิด (ข้อวิพากษ์เชิงลึกที่ให้เข้าใจแนวคิด หรือความคิดได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น) ผู้เก็บข้อมูลและคณะผู้วิจัยใช้ขั้นตอนวิเคราะห์กลุ่ม เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาคาราคาซังข้อมูลเชิงคุณภาพ ขั้นตอนดังกล่าวได้อธิบายไว้อย่างละเอียดในเนื้อหาส่วนระเบียบวิธีวิจัยในภาคผนวก

วิธีวิเคราะห์เชิงปริมาณ

การวิเคราะห์เชิงปริมาณได้แก่ ค่าสถิติโดยสรุป ตารางไขว้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การวิเคราะห์การถดถอย และการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อกำหนดปัญหา หัวข้อ ผลวิจัยที่สำคัญต่างๆ นอกจากนี้ข้อมูลเชิงปริมาณยังรวมถึง การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี และข้อมูลที่จำกัดจากแบบสอบถาม ขนาดสั้นที่ใช้ในช่วงเก็บข้อมูล ข้อมูลดังกล่าวสรุปผลวิจัยสำคัญ ซึ่งแบ่งเป็นรายการมีสัญลักษณ์นำ หัวข้อย่อย หรือให้ข้อมูลภาพรวมที่ชัดเจน ในรูปแบบตารางและแผนภาพ เพื่อให้สะดวกในการตีความ ข้อมูลดังกล่าว

เนื่องจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณนี้อาศัยแหล่งข้อมูลทฤษฎี วิธีวิจัยจึงแสดงการผสมผสานการวิเคราะห์ซ้ำ ชุดข้อมูลดิบ (ปฐมภูมิ) ซึ่งเก็บรวบรวมโดยคณะผู้วิจัยหรือสถาบันและการทบทวนข้อมูลทฤษฎีจากงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ นอกจากนี้คำถามวิจัยหลายประการยึดตัวบทกฎหมายและนโยบายอื่นๆ ที่ใช้อยู่ในประเทศไทยเป็นหลัก ถึงแม้ว่าไม่จำเป็นต้องวิเคราะห์ตัวบทกฎหมายและนโยบายดังกล่าว เพื่อตอบคำถามวิจัยข้างต้น แต่คำตอบดังกล่าวจะอธิบายบทสรุปของข้อมูลสาธารณะและข้อมูลที่มีอยู่ได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยบางประการ ที่กำหนดไว้ในร่างขอบเขตของงานเบื้องต้นไม่สามารถบรรลุผลได้ เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยได้ทราบว่า จำนวนการดำเนินงานในโรงพยาบาล มีการรายงานน้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากแพทย์กลัวว่าจะถูกตรวจสอบการดำเนินการทำแท้ง นอกจากนี้ก็กล่าวกันว่า แพทย์บางคนคิดว่าการบันทึกสถิติการดำเนินการทำแท้งเป็นบาป นอกจากนี้เชื่อกันว่า สถิติการเพิ่มขึ้นและการพราศผู้เยาว์มีการรายงานต่ำกว่าที่เกิดขึ้นจริงด้วย

อนึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ข้อมูลการบริการด้านสุขภาพมักไม่บันทึกจังหวัดผู้มีอำนาจของผู้ใช้บริการ ซึ่งอาจส่งผลต่อข้อมูลการบริการด้านสุขภาพดังกล่าว เนื่องจากบางจังหวัด อาจให้บริการจำนวนมากกว่า และผู้ให้บริการอาจรู้สึกสะดวกใจกว่าที่จะแสวงหาบริการต่างๆ นอกจังหวัดผู้มีอำนาจของตน

ขอบเขตบางประการที่เกี่ยวข้องกับรายงานฉบับนี้ คือ การขาด/ไม่มีข้อมูลที่ต่อเนื่องในระดับประเทศ โรงเรียนหลายแห่งไม่เก็บสถิติการตั้งครรภ์ของนักเรียน เหตุผลที่ลาออกจากโรงเรียน หรือเหตุผลในการย้ายโรงเรียน นอกจากนั้นจากการสนทนาในช่วงเยี่ยมสำรวจ ดูเหมือนว่าโรงเรียนและชุมชนบางแห่งอาจจะปฏิเสธปัญหาหรือกรณีการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เพื่อรักษาหน้าและปกป้องชื่อเสียง ในทำนองเดียวกันมีข้อมูลเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับเรื่องของเด็กภายหลังการเกิดจากพ่อแม่วัยรุ่น ปัจจุบันมีการรวบรวมสถิติด้านสุขภาพไม่มากนัก โดยมุ่งติดตามเพียงเรื่องสุขภาพอนามัยของการที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่น ผู้ป่วยและชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ยังเป็นกลุ่มคนที่สำคัญต่อการวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น แต่กลับมีข้อมูลที่จำกัด และข้อจำกัดประการสุดท้าย คือ มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับวัยรุ่นที่ไม่ได้ศึกษาในโรงเรียน

- Black, A. Y., Fleming, N. A., and Rome, E. S. (2012). Pregnancy in adolescents. *Adolescent Medicine: State of the art reviews*, 23(1), 123-38.
- Blum R. W. and Nelson-Mmari K. (2006). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 1–203.
- Boonmongkon, P. and Thaweessit, S. (n.d.) Sexuality education in Thailand: how far do we need to go? Retrieved from: <http://www.teenpath.net/data/r-research/00010/tpfile/00001.pdf>
- Boonpakdee, N. (2006). Relationship between pregnancy intention and outcome of pregnancy: An in-depth study of two communities. M.A.Thesis. Population and Reproductive Health Research, Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin Jr, C. E., Ross, D. A., and Shek, D. T. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379(9826), 1653-1664.
- Center for Disease Control and Prevention. Data and Statistics. (2015). Teen Pregnancy. Retrieved from: http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Data_Stats/index.htm#TeenPreg
- Chin, H. B., Sipe, T. A., Elder, R., Mercer, S. L., Chattopadhyay, S. K., Jacob, V. and Santelli, J. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventative Medicine*, 42(3), 272-294.
- Chirawatkul, S., Rungreongkulkij, S., Jongudomkarn, D., Sawangchareon, K., Anusornteerakul, S., Rujiraprasert, N., Moungpil, S., Watananukoolkiat, Kittiwatphaisarn, W., Kotanara, I., Kumdee, B., Yikusang, R., and Chareonwong, S. (2012). Working with young adolescents on the prevention of and dealing with Teenage Pregnancy. Unpublished manuscript, WHO Collaborating Centre for Research and Training on Gender and Women's Health, Khon Kaen University, Thailand.
- Churchat, S. (2006). The Royal Thai government Civil and Commercial Code, 5th edition. Thailand Penal Code. Article 279. Retrieved from: <http://www.samuiforsale.com/law-texts/thailand-penal-code.html>
- Hindin, M. J., and Fatusi, A. O. (2009). Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Countries: An Overview of Trends and Interventions. *International Perspectives On Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 58-62.
- International Models Network on Women's Rights. Current Legal Framework: Prostitution in Thailand. Retrieved from: <http://www.impowr.org/content/current-legal-framework-prostitution-thailand>
- Jaturajinda, K. and N. Boonthai (n.d.). Unsafe Abortion: A Major Cause of Maternal Mortality in Thailand.
- Kirby, D., and Lepore, G. (2007). *Sexual Risk and Protective Factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease – Which are important? Which can you change?* Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Kovavisarach et al. (2010). Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*. Rangsit, 93(1), 1-8. Rangsit University College of Medicine. Retrieved from: http://www.researchgate.net/publication/41668227_Outcome_of_teenage_pregnancy_in_Rajavithi_Hospital
- Mckay, A. (2013). Trends in Canadian National and Provincial/Territorial Teen Pregnancy Rates: 2001-2010. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 21(3), 2001-2010.

McQueston, K., Silverman, R., and Glassman, A. (2013). The Efficacy of Interventions to Reduce Adolescent Childbearing in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Studies In Family Planning*, 44(4), 369-388. doi:10.1111/j.1728-4465.2013.00365.x.

Ministry of Public Health (2014). Adolescent Pregnancy: Policies, approaches, and evaluations. National Library of Thailand Cataloging in Publication Data.

Ministry of Public Health. (2012). แผนการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ ตามนโยบายรัฐบาลกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๕ [Integrated effort plan according to the MOPH 2012]. Available at: http://www.mhc10.net/img_update/download/51_59_6.pdf

Ministry of Public Health (2010). Maternal mortality ratio, infant mortality rate, and child mortality rate, 2006-2010. Statistical Thailand 2011. Available at: <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic>

Ministry of Public Health, Department of Health, and the Bureau of Reproductive Health (2014). การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล National Library of Thailand Cataloging in Publication Data.

Ministry of Public Health. (2014). [National Policy and Strategic Development in Reproductive Health, Volume I (2010-2014)]. Ministry of Public Health, pp. 6-36. Retrieved from: <http://rh.anamai.moph.go.th/>.

Ministry of Public Health. (2010). Principles and Rationales used in drafting the protection of reproductive health bill. Ministry of Public Health, 1-11.

Ministry of Public Health (2011). Strategy Formulation 2012-2015. Ministry of Public Health, p. 11.

Murray, Anne Firth. (2008). *From Outrage to Courage: Women taking action for health and justice*. Monroe, Maine: Common Courage Press.

National Health Assembly. (2008). First National Health Assembly Agenda. Retrieved from: <http://nha2008.samatcha.org/?q=node/144>

National Statistical Office of Thailand. (2012). Major Findings of Multiple Indicator Cluster Survey 2012 (2nd ed.). Bangkok, Thailand: Text and Journal Publication Co., LTD.

National Statistical Office Thailand. Key Findings: The 2009 Reproductive Health Survey. Retrieved from: http://web.nso.go.th/en/survey/reprod/data/rhs09_100810.pdf

Packer, C. A. (1997). Preventing adolescent pregnancy: the protection offered by international human rights law. *International Journal Of Children's Rights*, 5(1), 47-76. doi:10.1163/15718189720493528.

Palys, T. (n.d.). Purposive Sampling. Retrieved June 17, 2014, from <http://www.sfu.ca/~palys/Purposive%20sampling.pdf>

Punsuwun, S., Sungwan, P., Monsang, I. and P. Chaiban (2013). Experiences After Pregnancy Among Unmarried Adolescents in Upper North. *Songklanagarind Journal of Nursing* Vol. 33 No. 3.

Save the Children. (2013). Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013. Retrieved from http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM-FULL-REPORT_2013.PDF.

Shotkriet, A., Kasemsri Na Ayuttaya, J. and S. Sawatwon (2009). Outcomes of hospitalized newborn baby born to teenage mother. *Thai Pediatric Journal* vol. 2, p. 133-135.

Sittipiyasakul, V., Nawong, P., Luksitanon, R., and Uamasan, B. (2013) Survey on Sexual Experiences, Opinions and Sexual Risk Behaviors among Teenage Students in Thailand. *Journal of Health Sciences*, 22:6, 988-987.

- Sivarnee. (2013). Thailand struggles to curb highest Teen Pregnancy rate in S.E. Asia. CNN iReport. Retrieved from <http://ireport.cnn.com/docs/DOC-987040>.
- Sridawruang, C., Pfeil, M., and Crozier, K. (2010) Why Thai parents do not discuss sex with their children: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 12 (4), pp. 437–443
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00556.x>
- Suwannobol and Chobkhayan (2012). Outcomes of Teenage Mothers at Dankhunhot Hospital. *World Academy of Science, Engineering and Technology*. Vol:6 2012-11-21
- Tanasugarn, Chanuantong (2012). Evaluation of Path2Heath sexuality education curriculum. Thailand.
- Temin, M., Levine, Ruth. (2009). Start with a Girl: A new agenda for global health. Washington, D.C.: Center for Global Development.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) East Asia and Pacific Regional Office (EAPRO). (2013). Proceedings from UNICEF EAPRO Multi-Sectoral Consultation on Addressing Adolescent Pregnancies. Bangkok, Thailand. Unpublished manuscript.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2011). การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กและสตรี (Children and Young People in Thailand: UNICEF Situation Analysis).
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2011). Situation Analysis of Children and Women in Thailand. UNICEF, Bangkok.
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP). (2000). *Youth in Thailand: A Review of the Youth Situation and National Policies and Programmes*. New York: United Nations.
- UNICEF Thailand. (2013). Terms of Reference for Situational Analysis of Adolescent Pregnancy.

องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย

19 ถนนพระอาทิตย์

กรุงเทพมหานคร 10200

โทรศัพท์ (66 2) 356-9499

โทรสาร (66 2) 280-3563

อีเมล thailandao@unicef.org

www.unicef.or.th