

การทบทวนนโยบายเกี่ยวกับการลดปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่นในประเทศไทย

เสนอ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กันยายน 2553

## การทบทวนนโยบายเกี่ยวกับการลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

### 1. หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy หรือ pregnancy in adolescent) เป็นเรื่องสำคัญที่ได้รับความสนใจจากทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม จากการทบทวนเอกสารพบว่า ในปัจจุบันสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานภาครัฐอย่างน้อย 3 หน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้พัฒนานโยบายและมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยนโยบายและมาตรการระดับชาติเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นสิ่งแสดงถึงเจตจำนงของรัฐ รวมทั้งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถมองได้หลายมิติ อาทิ การแก้ปัญหาโดยตรงผ่านมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น สนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น หรือการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดการตั้งครรภ์แล้ว เช่น สนับสนุนการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีที่ปลอดภัย หรือจัดสถานพักพิงและหน่วยให้คำปรึกษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อลดปัญหาที่อาจตามมาจากการตั้งครรภ์ รายงานฉบับนี้เป็นการทบทวนสถานการณ์ นโยบาย และมาตรการระดับชาติในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

### 2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทย
- 2) เพื่อให้ทราบถึงนโยบายและมาตรการเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากนโยบายและมาตรการเหล่านั้น
- 3) เพื่อให้ทราบถึงหน่วยงานหรือเครือข่ายที่ดำเนินการเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

### 3. วิธีการศึกษา

- 1) ทบทวนจากเอกสารทั้งจากรายงานการประชุม รายงานผลการดำเนินงานขององค์กร ข้อมูลที่อยู่ในเว็บไซต์ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

- 2) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิค snowball กล่าวคือเริ่มจากผู้ถูกสัมภาษณ์ที่นักวิจัยทราบว่ามี ความเกี่ยวข้อง จากนั้นสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องอื่นที่ค้นพบจากการสัมภาษณ์กันเป็นทอดๆ จนกระทั่ง พบว่า ไม่มีข้อมูลที่ต้องการทราบเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ จึงยุติการสัมภาษณ์
- 3) สังเคราะห์ผลการศึกษาที่ได้จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์
- 4) นำเสนอผลการศึกษาให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อค้นพบและการสังเคราะห์

#### 4. ผลการศึกษา

##### 4.1 สถานการณ์และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับนานาชาติและประเทศไทย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องสำคัญที่นานาชาติต่างให้ความสนใจ องค์การสหประชาชาติ (United Nation – UN) ได้กำหนดเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) คือการพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ โดยมีตัวชี้วัดสำคัญประการหนึ่งคือการลดอัตราการตายอายุ 15-19 ปี จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ในปี 2551 ระบุว่าอัตราการตั้งครรภ์ของผู้หญิงในช่วงอายุ 15-19 ปี มีจำนวนประมาณ 16 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของอัตราการเกิดทั่วโลก ซึ่งร้อยละ 95 ของการเกิดจากผู้หญิงในช่วงอายุนี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ นอกจากนี้ประเทศในกลุ่มดังกล่าวยังมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่าประเทศที่มีรายได้สูง 2 และ 5 เท่า ตามลำดับ [1]

เมื่อเปรียบเทียบในระดับภูมิภาคจะพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนการตั้งครรภ์ในผู้หญิงอายุ 15-19 ปี สูงที่สุด เมื่อเทียบกับประเทศอื่นในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยข้อมูลจากการสำรวจของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund – UNICEF) ในปี พ.ศ. 2541 พบสัดส่วนของการตั้งครรภ์ในผู้หญิงอายุ 15-19 ปีของประเทศไทย อยู่ที่ 70 คนต่อผู้หญิง 1,000 คน [2] นอกจากนี้จากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 ยังพบว่า การตั้งครรภ์ในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา [3] ซึ่งข้อมูลทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี อยู่ที่ร้อยละ 12.9, 13.4 และ 13.6 และมารดาที่อายุน้อยกว่า 15 ปี อยู่ที่ ร้อยละ 0.36, 0.38 และ 0.42 ในปี พ.ศ. 2548, 2550 และ 2552 ตามลำดับ [4] เมื่อดูจากรายงานสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552 จะเห็นได้ว่าปัญหาที่ทำให้วัยรุ่นในช่วงอายุ 13-18 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2550 มากที่สุดคือภาวะอันเกี่ยวเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 68,127 ครั้ง และยังมีรายงานการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากภาวะดังกล่าวในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-12 ปี ในปีเดียวกันถึง 207 ครั้ง [5]

วัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันไปในเรื่องของการมีคู่มือ เช่น ประเทศในแถบเอเชียใต้ ตะวันออกกลาง หรือแอฟริกาเหนือ ที่นิยมแต่งงานเมื่ออายุยังน้อย ดังนั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงไม่ได้ถูกมองว่าเป็นปัญหา [6] แต่หากมองเรื่องผลกระทบทางสุขภาพแล้ว จะเห็นถึงความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพ มารดาและทารกกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างชัดเจน โดยรายงานวิจัยหลายฉบับได้ระบุถึงความสัมพันธ์โดยตรงของอายุมารดาที่ต่ำลงกับการคลอดก่อนกำหนด (preterm หรือ premature birth)<sup>1</sup> และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย<sup>2</sup> (low birth weight – LBW) การคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่าง เช่น พัฒนาการของปอดที่ไม่เต็มที่ ปัญหาพัฒนาการของสมอง หรือภาวะโลหิตจาง [7-12] โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ที่น้อยลงขณะคลอด ทั้งนี้ยังมีหลักฐานทางวิชาการระบุไว้ว่าการท้องซ้ำในมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าครรภ์แรกอีกด้วย [13] นอกจากนี้ปัญหาทารกน้ำหนักตัวน้อยก็เป็นปัญหาหนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคลอดก่อนกำหนด [8, 10, 14-16] อีกทั้งน้ำหนักตัวแรกคลอดของทารกยังส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในระยะยาวและเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของโอกาสการมีชีวิตรอด การเจริญเติบโต สุขภาพทางกายและทางจิต [5, 14] จากข้อมูลน้ำหนักทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. 2551 จำแนกตามกลุ่มอายุของมารดา พบว่าร้อยละ 11.8 และ 19.5 ของทารกแรกจากมารดากลุ่มอายุ 15-19 และต่ำกว่า 15 ปี ตามลำดับ เป็นทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย [17] เมื่อติดตามต่อในระยะยาวพบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมักมีสุขภาพแย่กว่าเด็กที่เกิดจากมารดาในช่วงอายุ 20-21 ปี [18]

ไม่เพียงแต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาในด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย โดยพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักออกหรือถูกให้ออกจากโรงเรียน [1, 19] ซึ่งหลังจากออกจากโรงเรียนแล้วนักเรียนหญิงกลุ่มนั้นมักจะไม่ได้ออกมาศึกษาต่อ [20] การได้รับการศึกษาน้อยส่งผลโดยตรงต่อ เศรษฐฐานะและการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีรายงานในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่าเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมีส่วนในการออกจากโรงเรียนกลางคันและเรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษามากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาในช่วงอายุ 20-21 ปี และเด็กผู้หญิงที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะให้กำเนิดบุตรในอายุที่ต่ำกว่า 18 ปี เมื่อเทียบกับเด็กที่เกิดจากมารดาอายุ 20-21 ปีอย่างมีนัยสำคัญ [18] ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นส่วนมากไม่เป็นที่ต้องการ อันนำไปสู่การทำแท้ง โดยเฉพาะการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยหรือการทำแท้งเถื่อน ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดอาการแทรกซ้อนตามมาอีกมาก เช่น การตกเลือด การติดเชื้อ ที่นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผลิตภาพในการทำงาน เศรษฐกิจ รวมถึงผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว [21] โดยพบว่าในวัยรุ่นที่เคยทำแท้งมาก่อนมีโอกาเสี่ยงต่อ

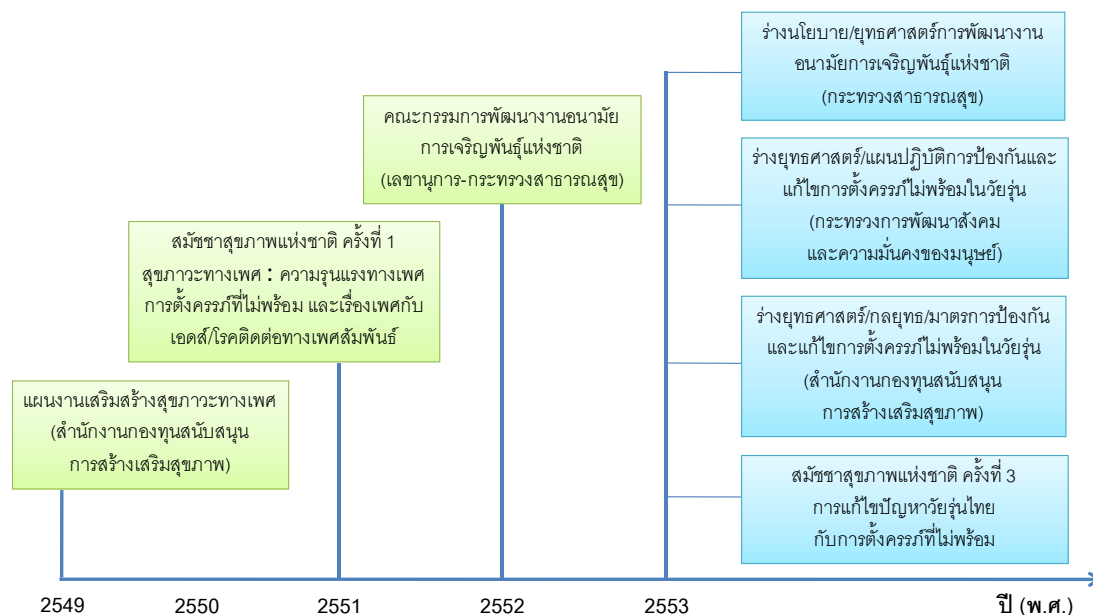
<sup>1</sup> การคลอดก่อนกำหนด (preterm หรือ premature birth) คือการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ อ้างอิงจาก *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)

<sup>2</sup> ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight, LBW) คือทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม อ้างอิงจาก *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)

ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดครั้งต่อไปมากขึ้น [22] ผลจากการสำรวจเรื่องการทำแท้งในประเทศไทย พ.ศ. 2542 พบว่า ร้อยละ 30 เป็นผู้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 24.7 ของผู้ที่ทำแท้งมีสถานภาพเป็นนักเรียนนักศึกษา [5] และไม่เพียงแต่การทำแท้งเท่านั้น แต่ครรภ์ที่ไม่ต้องการยังก่อให้เกิดปัญหาการทอดทิ้งทารกไว้ตามที่ต่างๆ อีกด้วย ประเด็นทั้งหมดข้างต้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก ทั้งต่อบุคคลคือตัวมารดาวัยรุ่นเอง ซึ่งจากการศึกษาของอิสรานุรักษ์และคณะ รายงานว่ามารดาวัยรุ่นมีปัญหาเรื่องรายได้และที่อยู่อาศัยมากกว่ากลุ่มมารดาทั่วไป [23] และต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ โดยประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เป็นจำนวนเงิน 316 ล้านบาท โดยเป็นรองแค่การรักษาพยาบาลที่เกิดจากอุบัติเหตุเท่านั้น [5]

#### 4.2 มาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่หลายหน่วยงานให้ความสนใจและพยายามหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งได้มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้มาแล้วระยะหนึ่ง



รูปที่ 1 นโยบายและมาตรการระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากการทบทวนเอกสารพบว่า ในปัจจุบันสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานภาครัฐอย่างน้อย 3 หน่วยงาน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้พัฒนานโยบายและมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า นโยบายหรือมาตรการที่พัฒนาขึ้นโดยบางหน่วยงานมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในภาพรวมและการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม มิได้ระบุอย่างชัดเจนว่าเป็นนโยบายหรือมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยตรง นอกจากนี้ นโยบายและมาตรการเหล่านั้นยังขาดความเป็นเอกภาพ รวมถึงมีความขัดแย้งกันเองในบางครั้ง

ซึ่งถึงแม้จะมีนโยบายและมาตรการออกมาจากหลายหน่วยงาน แต่หากมองที่เนื้อหาของนโยบายและมาตรการดังกล่าวแล้ว จะพบความทับซ้อนของประเด็นต่างๆ อยู่มาก ทั้งในส่วนของเนื้อหาเองหรือในเชิงปฏิบัติ รวมถึงยังขาดหน่วยงานที่จะทำหน้าที่ประสานหรือตัวเชื่อมสำคัญที่จะทำให้ นโยบายและมาตรการเหล่านี้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน โดยนโยบายและมาตรการจากหน่วยงานข้างต้นมีดังนี้

**มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1.10 เรื่อง สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [24-26]**

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรที่มีหน้าที่พัฒนาโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนรวมทั้งภาคประชาชน หลังจากนั้นจึงนำเสนอและมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติผ่านทางคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี หน่วยงานของรัฐ และช่องทางอื่นๆ [27] ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้รับการเสนอเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งถูกนำเสนอในรูปของปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงกลุ่มหนึ่ง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติรับทราบและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวที่มีแนวโน้มขยายตัว มีความซับซ้อน และทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีการนำประเด็นปัญหานี้และร่างมติเข้าพิจารณาและได้รับการรับรองในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง พ.ศ. 2551 ในวาระว่าด้วย “สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายครั้ง และได้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติดังกล่าวต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552

มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรการ อาจกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้ [26]

- ส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจด้านเพศศึกษาที่รอบด้าน (comprehensive sexuality education) ที่เหมาะสมกับประชาชนทุกเพศทุกวัย ในประเด็นดังกล่าวมีหลายหน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการ แต่ยังคงเข้าภาพหลัก ขาดการบูรณาการและความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน อีกทั้งยังขาดเอกภาพในบางหน่วยงาน
- สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบให้การปรึกษา โดยเน้นการจัดบริการให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling) เช่น โครงการ “แม่วัยใส” ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และเห็น

ความสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าครองชีพที่แพงเกินไปของเด็กรุ่นใหม่ในสถานศึกษา

- สนับสนุนการศึกษาวิจัยและจัดทำฐานข้อมูลสำคัญของปัญหาสุขภาพทางเพศทั้ง 3 ด้าน ซึ่ง สสส. โดยแผนงานเสริมสร้างสุขภาพทางเพศดำเนินงานผ่านสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เช่น จัดให้มีการโต้เถียงสาธารณะ/ทางเลือกเชิงนโยบาย เรื่อง “ท้องไม่พร้อม” และจัดให้มีชุดโครงการสร้างความฉลาดรู้เรื่องเพศในวัฒนธรรมบริโภค
- ให้มีการพัฒนาและเพิ่มสถานบริการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด ซึ่งปัญหาหนึ่งที่พบคือบ้านพักพิงในแต่ละจังหวัดมีไม่เพียงพอ ดังนั้นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงมีข้อเสนอให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดทำและพัฒนาที่พักพิง อีกทั้งยังเสนอให้มีการสอนทักษะการปฏิเสธ ทักษะชีวิตที่จำเป็น การรับผิดชอบ การคุมกำเนิดหากยังไม่พร้อมแก่เด็กและวัยรุ่นหญิงชาย เพื่อให้สามารถป้องกันปัญหาได้
- สนับสนุนให้รวมบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีที่ปลอดภัยภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย ให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบ ซึ่งเป็นมติที่เกิดจากปัญหาการทำแท้งหรือการยุติการตั้งครรภ์ที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม แต่จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าปัญหาและอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งคือแพทย์ส่วนใหญ่ ไม่ต้องการเป็นผู้ดำเนินการยุติการตั้งครรภ์
- ให้มีการพัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพทางเพศ และให้จัดตั้งกลไกระดับชาติที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการจัดการกับปัญหาสุขภาพทางเพศ จากการติดตามมติในข้อนี้พบว่า คณะรัฐมนตรีมีมติให้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ โดยมีอธิบดีกรมอนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งมีกรรณังนโยบายและยุทธศาสตร์ว่าด้วยการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2552-2556) นอกจากนี้ มติข้อดังกล่าวยังให้มีการผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองการอนามัยเจริญพันธุ์อีกด้วย
- มติหลักข้อหนึ่งคือการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างสุขภาพทางเพศทั้ง 3 ด้าน ซึ่งจากรายงานความคืบหน้าของการดำเนินการตามมติแสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตอบสนองต่อมติดังกล่าวโดยมีการใช้งบ ประมาณร้อยละ 50 ของกองทุนสุขภาพตำบลในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ซึ่งพบว่าปัญหาสำคัญคือการมีงบประมาณไม่เพียงพอ

ปัญหาหลักประการหนึ่งของมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือข้อความมติในแต่ละข้อที่มีขอบเขตกว้างเกินไป ไม่เฉพาะเจาะจงทำให้ยากต่อการดำเนินมาตรการ [26]

(ร่าง) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) [28]

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 คณะรัฐมนตรีมีมติให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและอธิบดีกรมอนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบาย กรอบทิศทาง รวมถึงให้ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศ ทั้งนี้ มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ ขึ้นช่วยในการปฏิบัติงานหลายคณะ โดยมี (ร่าง) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) เป็นแนวทางในการขับเคลื่อน ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีเป้าประสงค์หลักให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว และเน้นให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์การดำเนินงานทั้งสิ้น 6 ยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์ทั้งหก รวมทั้งมาตรการกำหนดขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ มีความครอบคลุมงานอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งมีขอบเขตกว้างขวางมาก ซึ่งไม่มีข้อใดระบุถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะ

(ร่าง) ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการป้องกันและแก้ไขตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ [29]

(ร่าง) ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการป้องกันและแก้ไขตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีกลไกการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ผ่านคณะอนุกรรมการกำกับดูแลการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ร่างยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการและส่งเสริมบทบาทหญิงและชายที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมอย่างสมดุลของวัยรุ่น รวมถึงจัดการกับปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น ซึ่งวางเป้าหมายให้เด็กและเยาวชนมีทักษะและภูมิคุ้มกันในการจัดการสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ มีการให้ความช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่มีปัญหา และมีการจัดตั้งภาคีเพื่อป้องกัน คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิเด็กและเยาวชนจากปัญหาของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นทั้งชายและหญิงอายุระหว่าง 10-19 ปี ทั้งกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป กลุ่มที่ประสบปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อม และกลุ่มที่มีพฤติกรรมล่อลวง จัดหา หรือเป็นธุระจัดการหาคู่นอนต่างเพศให้เพื่อผลประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่ง



ทั้งนี้ ร่างยุทธศาสตร์ฯ มีการวางประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และโครงการสำคัญไว้ในภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์สำคัญคือ 1) การป้องกัน 2) การช่วยเหลือและฟื้นฟู 3) การเสริมสร้างบทบาทและองค์ความรู้แก่กลุ่มผู้นำทางความคิดของวัยรุ่น 4) การผลักดันนโยบาย และ 5) ระบบข้อมูลภาวะการตั้งครรถ์ไม่พร้อม นอกจากนี้ยังกำหนดผู้รับผิดชอบในเบื้องต้นเป็นภาคีเครือข่ายทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม ความแตกต่างประการหนึ่งของร่างนโยบายและยุทธศาสตร์โดยคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์คือความเจาะจงของเนื้อหาประเด็นยุทธศาสตร์ใน (ร่าง) ยุทธศาสตร์ฯ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ระบุโดยตรงถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น ซึ่งทำให้เห็นขอบเขตในการทำงานที่ชัดเจนมากกว่า อันเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทาง การดำเนินการและติดตามการดำเนินงาน

**(ร่าง) ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [30, 31]**

ในการประชุมคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2553 ได้มีการพิจารณาเรื่อง การแก้ไขปัญหการตั้งครรถ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยได้มีมติให้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรถ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น คณะทำงานดังกล่าวประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายหน่วยงาน เช่น แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศของ สสส. กระทรวงศึกษาธิการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งแม้ในภาพรวมจะยังไม่มี ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่และขอบเขตการทำงานของคณะทำงาน แต่คณะทำงานได้พัฒนา (ร่าง) ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเบื้องต้น โดยร่างดังกล่าวได้มีการวางยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) พัฒนากลไกการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ 2) บูรณาการป้องกันการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย 3) บูรณาการงานดูแลรักษาและลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย 4) การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น และ 5) การติดตามและประเมินผลเพื่อป้องกันและแก้ไขการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ข้อนั้นมีการวางกลยุทธ์ย่อยไว้ในแต่ละยุทธศาสตร์ อีกทั้งยังระบุถึงภาพความสำเร็จ ตัวชี้วัดและเป้าหมายความสำเร็จ รวมถึงมาตรการที่ใช้ในการดำเนินกลยุทธ์ต่างๆ ด้วย

ประเด็นที่คล้ายคลึงกันในทุก (ร่าง) นโยบายคือ ยุทธศาสตร์หรือมาตรการในการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย และพัฒนาเรื่องสุขภาพและปัญหาทางเพศทั้งในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหา มติข้อหนึ่งของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมและจัดทำฐานข้อมูลสำคัญของปัญหาสุขภาพทางเพศ โดยจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า มีการดำเนินงานด้านวิชาการของ สสส.

โดยแผนงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศผ่านสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยสนับสนุนชุดโครงการวิจัยเพื่อวางรากฐานองค์ความรู้สู่การขับเคลื่อนนโยบาย นอกจากนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีข้อเสนอให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่ทุกหน่วยงานสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกันได้ เพื่อช่วยลดปัญหาความซ้ำซ้อนของข้อมูล [26] ซึ่งในปัจจุบันพบฐานข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาวะทางเพศหนึ่งฐานข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ (<http://www.hs-db.net>) [32] ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย (UNAIDS Thailand) องค์การพิพิธภัณฑศาสตร์แห่งชาติ (อวพช.) และองค์การเพื่อการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) เพื่อนำเสนอสื่อการรณรงค์ต่างๆ ทางด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาวะทางเพศและการติดเชื้อเอชไอวี ข้อเสนอแนะอีกประการหนึ่งคือ ให้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับหน่วยงานด้านการวิจัยของประเทศ จัดทำแผนการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมในปัญหาสุขภาวะทางเพศ

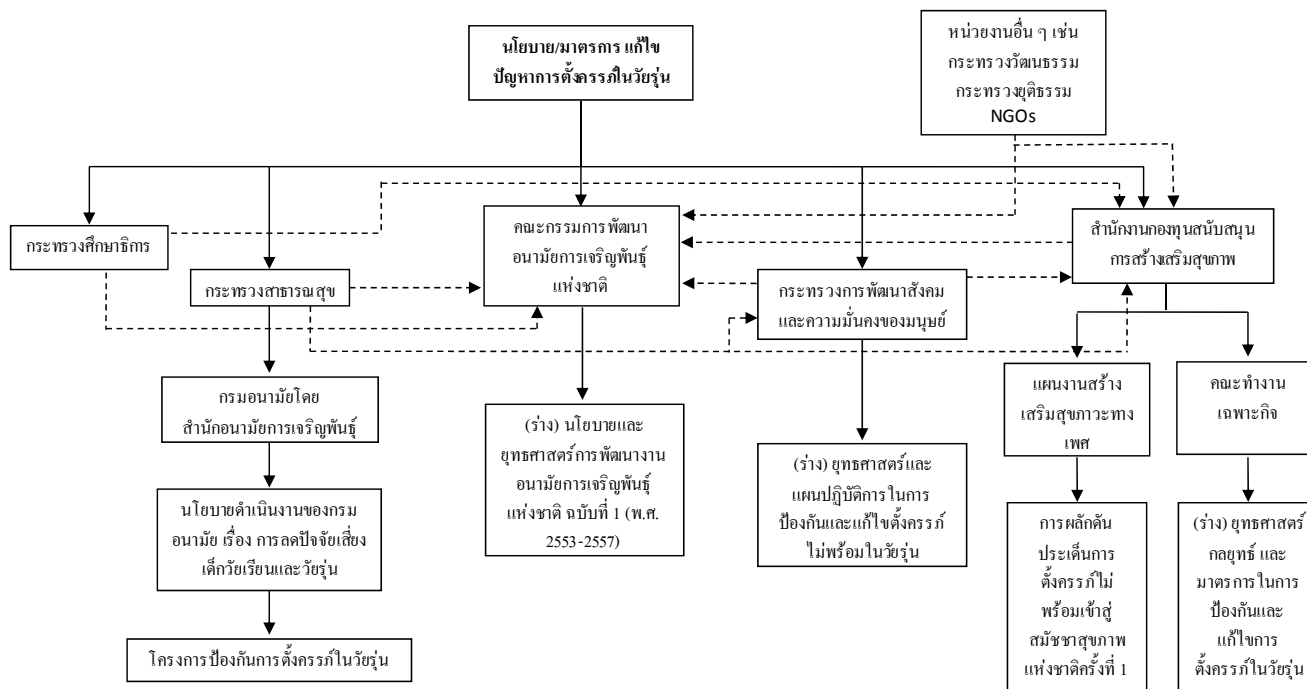
ยุทธศาสตร์ที่ 6 ของ (ร่าง) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ มีวัตถุประสงค์ในการจัดให้มีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ นวัตกรรม และการจัดการองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีมาตรการดำเนินการผ่านการสนับสนุนการวิจัยหรือโครงการพัฒนาอื่นๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุก และการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดนวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์อีกด้วย [28] โดยมาตรการดังกล่าวจะถูกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาและจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ซึ่งมีความรับผิดชอบใน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง 2) การพัฒนาฐานข้อมูล และ 3) การศึกษาวิจัยที่มีอยู่แล้ว จากเอกสารสรุปการประชุมของคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2553 พบว่าทางกรมอนามัยได้ดำเนินการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผ่านโครงการต่างๆ เช่น การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2552 ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งใน 2 ปีที่ผ่านมา มีการปรับข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานพยาบาลมาใช้ฐานข้อมูลขอสำนักทะเบียนราษฎร์เป็นต้น ในขณะที่เรื่องการศึกษาวิจัยที่มีอยู่แล้ว ทางกองอนามัยการเจริญพันธุ์คาดว่าจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สวรส. เพื่อดำเนินการวิจัยเรื่อง การศึกษาแนวทางลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และโครงการประเมินผลการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา ซึ่งเห็นได้ว่าหากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้รับงบประมาณจริง การดำเนินการนี้อาจสอดคล้องกับข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ให้ สวรส. มีการดำเนินการวิจัยร่วมกับหน่วยงานวิจัยของประเทศ ซึ่งแม้สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์จะไม่ใช่งานที่มีภารกิจในการทำวิจัยโดยตรง แต่งานดังกล่าวจะก่อให้เกิดการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมเกี่ยวกับปัญหาเรื่องสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นประโยชน์แก่ประเทศได้ สำหรับการดำเนินงานเรื่องการพัฒนาฐานข้อมูลยังไม่พบรายละเอียดที่บอกว่าคณะกรรมการฯ มีแผนพัฒนาข้อมูลด้านใด [33]

โครงการหนึ่งของประเด็นยุทธศาสตร์การผลักดันนโยบายใน (ร่าง) ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการป้องกันและแก้ไขตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์คือโครงการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการเฝ้าผลกระทบและความรุนแรงของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมต่อคุณภาพประชากรไทย วิจัยและพัฒนาด้านทัศนคติของเด็กและเยาวชนต่อความสัมพันธ์ทางเพศ สุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น การเสริมสร้างต้นทุนชีวิตวัยรุ่น และคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นสำหรับการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมเสี่ยง โดยวัตถุประสงค์ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยตอบต่อเป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนมาตรการเชิงนโยบายที่สนับสนุนการป้องกันภาวะการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในร่างยุทธศาสตร์ฯ และประเด็นยุทธศาสตร์ฯ ไม่ได้ระบุถึงวิธีที่ใช้ในดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนาเรื่องดังกล่าวไว้ [29]

(ร่าง) ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และมาตรการการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของ สสส. มียุทธศาสตร์ที่ 4 ซึ่งว่าด้วยการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีตัวชี้วัดเป็นจำนวนนวัตกรรม องค์ความรู้ และงานวิจัยเรื่องการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงการนำผลงานวิจัยและข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ตัวชี้วัดหนึ่งคือการเข้าถึงแหล่งทุนวิจัย ซึ่งจากรายละเอียดของเอกสารร่างยุทธศาสตร์ฯ ไม่ได้อธิบายความหมายไว้ชัดเจนว่าเป็นการเข้าถึงแหล่งทุนเพียงอย่างเดียวหรือรวมถึงการได้รับทุนสนับสนุนเพื่อทำงานวิจัย มาตรการที่วางไว้ของยุทธศาสตร์ระบุเพียงว่าจะมีการพัฒนากลไกภาคีเครือข่ายวิชาการ มีการจัดการความรู้จากข้อมูล งานวิจัย และเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ แต่ไม่ได้ระบุถึงวิธีที่ใช้ในการดำเนินการดังกล่าว [31]

## 5. อภิปรายผลการศึกษา

จากนโยบายและมาตรการในการทำงานเพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าวของทั้ง 4 หน่วยงาน ปัญหาหนึ่งที่พบคือ รายละเอียดของมาตรการในแต่ละนโยบายที่ทับซ้อนกันอยู่ รวมถึงหน่วยงานผู้รับผิดชอบซึ่งเป็นหน่วยงานเดิมที่ถูกอ้างซ้ำๆ ในมาตรการที่มีความคล้ายคลึงของแต่ละนโยบาย โดยปัญหานี้อาจก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนของการทำงาน การจัดการ และการติดตามงานได้ นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละนโยบายและมาตรการมีคำที่ถูกเลือกมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่างกันไป เช่น “การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม” หรือ “ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น” ในขณะที่ร่างนโยบายฯ ของคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติมีการกล่าวถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ แต่ไม่ระบุเจาะจงถึงยุทธศาสตร์ดำเนินการที่ใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าว



รูปที่ 2 ความเชื่อมโยงของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและมาตรการระดับประเทศ

แม้ปัจจุบันจะมีหลายหน่วยงานพยายามเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาโยบายและมาตรการคือการขาดซึ่งข้อมูลที่จะใช้สนับสนุนการดำเนินการ ซึ่งข้อมูลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีอยู่ในปัจจุบันได้มาจากฐานข้อมูลการจดทะเบียนเกิดของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจมีค่าที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ในกรณีที่มารดาวัยรุ่นนั้นไม่ได้แจ้งเกิดทารกเป็นบุตรของตนเอง อีกทั้งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่ได้รวมถึงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แต่ไม่ได้คลอดทารก ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งมาจากสถิติการเกิดของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากฐานข้อมูลผู้มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ทำให้ขาดข้อมูลที่อาจเป็นตัวเลขสำคัญของผู้ที่มารับบริการจากสถานบริการของเอกชน จากรายละเอียดข้างต้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ส่วนมากที่มีอยู่มักมีค่าที่ต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นข้อมูลที่ได้อาจมาจากวิธีการเก็บข้อมูลและการคำนวณที่หลากหลาย จึงทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ อีกทั้งข้อมูลบางอย่างที่แม้จะมีอยู่แต่ก็สามารถเข้าถึงได้ยาก ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การพัฒนาระบบติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ประเทศไทยยังขาดตัวชี้วัดสำคัญ ที่จะสามารถบอกได้ถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทุกรายอาจไม่ได้ถูกมองว่าเป็นปัญหา การทราบแต่เพียงจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงสามารถบอกได้เพียงแค่นาของสถานการณ์เท่านั้น แต่ไม่ได้ทำให้ทราบถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงในสังคม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลในสังคมได้ตระหนักและให้ความสำคัญ อันจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขอย่างจริงจัง

จากนโยบายและมาตรการระดับประเทศของหน่วยงานข้างต้น ได้แสดงให้เห็นความสนใจในประเด็นกล่าวของผู้บริหารอย่างชัดเจน ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้บริหารเท่านั้นแต่เรื่องนี้ยังเป็นที่สนใจของสาธารณะอีกด้วย โดยประเด็นการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ได้ถูกผลักดันและพิจารณาเข้าเป็นวาระหนึ่งของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 อีก ทั้งนี้ ในการจัดลำดับความสำคัญหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2553 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายวิจัยอีก 6 หน่วยงาน หัวข้อวิจัยเรื่อง "การลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น" ถูกเสนอเข้าร่วมจัดลำดับความสำคัญจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการจัดให้มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 3 จากหัวข้อวิจัยทั้งหมด 15 เรื่อง อันแสดงให้เห็นถึงความสนใจต่อประเด็นดังกล่าวจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ

จากข้อค้นพบทั้งหมดผู้วิจัยเสนอให้มีการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อให้การออกนโยบายหรือมาตรการเป็นไปอย่างครอบคลุม ทั้งนี้ มาตรการที่ควรส่งเสริมควรเป็นมาตรการที่เป็นองค์รวมและไม่จำกัดแค่เพียงในสถานศึกษา แต่ควรให้บ้าน ชุมชน และสถานพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมอีกด้วย ดังนั้นหน่วยงานข้างต้นควรมีการผสมผสานและทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ประสงค์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

## 6. เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Adolescent pregnancy: fact sheet. 2008 [cited 6 July 2010]; Available from: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/adolescent\\_pregnancy/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html)
- [2] United Nations Children's Fund. The progress of nations. New york; 1998.
- [3] โครงการจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2. ร่างรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศ ฉบับที่ 2: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 26 พฤษภาคม 2553.
- [4] ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สภาวะการตั้งครรภ์และคลอดบุตรก่อนวัยอันควร. [cited 6 July 2010]; Available from: <http://childpregnancy.m-society.go.th>
- [5] คณะทำงานโครงการวิเคราะห์สภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย. สภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- [6] World Health Organization. Adolescent pregnancy: WHO discussion papers on adolescence. 2004 [cited 7 July 2010]; Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf)
- [7] Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. The New England journal of medicine. 2008 Jul 17;359(3):262-73.

- [8] Banerjee B, Pandey G, Dutt D, Sengupta B, Mondal M, Deb S. Teenage pregnancy: a socially inflicted health hazard. *Indian J Community Med.* 2009 Jul;34(3):227-31.
- [9] Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: a retrospective study. *International journal of nursing studies.* 2007 Sep;44(7):1158-64.
- [10] Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International journal of epidemiology.* 2007 Apr;36(2):368-73.
- [11] Kovavisarach E, Chairaj S, Tosang K, Asavapiriyant S, Chotigeat U. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai.* Jan;93(1):1-8.
- [12] Ho JJ, Subramaniam P, Henderson-Smart DJ, Davis PG. Continuous distending pressure for respiratory distress syndrome in preterm infants. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2002(2):CD002271.
- [13] Partington SN, Steber DL, Blair KA, Cisler RA. Second births to teenage mothers: risk factors for low birth weight and preterm birth. *Perspectives on sexual and reproductive health.* 2009 Jun;41(2):101-9.
- [14] Wilcox AJ. On the importance--and the unimportance--of birthweight. *International journal of epidemiology.* 2001 Dec;30(6):1233-41.
- [15] Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2006 Oct;89 Suppl 4:S118-23.
- [16] Odberg MD, Sommerfelt K, Markestad T, Elgen IB. Growth and somatic health until adulthood of low birthweight children. *Archives of disease in childhood.* May;95(3):F201-5.
- [17] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. 2551 [cited 7 July 2010]; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/HEALTH2.HTML>
- [18] FSU Center for prevention & early intervention policy. The children of teen parents. 2005 [cited 7 July 2010]; Available from: [http://www.cpeip.fsu.edu/resourceFiles/resourceFile\\_78.pdf](http://www.cpeip.fsu.edu/resourceFiles/resourceFile_78.pdf)
- [19] World Health Organization. *Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope.* Geneva; 2006.
- [20] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2553: วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาสนครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- [21] World Health Organization. *Facts on induced abortion worldwide: fact sheet.* 2007 [cited 7 July 2010]; Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/abortion\\_facts.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion_facts.pdf)

- [22] Reime B, Schücking B, Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. BMC Pregnancy Childbirth. 2008;8(4).
- [23] Isaranurug S, Mo-Suwan L, Choprapawon C. Differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. J Med Assoc Thai. 2006 Feb;89(2):145-51.
- [24] สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. เอกสารหลัก 1/10. กรุงเทพฯ; 2551.
- [25] สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. เอกสารร่างมติ 1/10. กรุงเทพฯ 2551.
- [26] สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. เอกสารหลักรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ 2552.
- [27] สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. ความเป็นมา. [cited 9 July 2010; Available from: <http://www.samatcha.org/?q=en/ha-introduction>
- [28] คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ. (ร่าง) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557). 2553.
- [29] กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สรุปผลการประชุม (ร่าง) ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการป้องกันและแก้ไขตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น. 2553.
- [30] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารนำเข้าคณะกรรมการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3/2553. การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ 2553.
- [31] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และมาตรการ. เอกสารประกอบการประชุมหารือการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น 2553.
- [32] องค์การพิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์แห่งชาติ. ฐานข้อมูลเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศ. [cited 23 April 2010; Available from: [www.hs-db.net](http://www.hs-db.net)
- [33] คณะอนุกรรมการพัฒนาและจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ. สรุปการประชุม คณะอนุกรรมการพัฒนาและจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ. ห้องประชุมสมบูรณ วัชรโรทัย ตึกกรมอนามัย อาคาร 1 ชั้น 2 2553.