

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy)

ศิริรัตน์ หัตถิยา (Sirirat Hatthiya)*

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) หรือการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10 ถึง 19 ปี อายุไม่เกิน 20 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร สามารถแบ่งแยกเป็น 2 ช่วงอายุ คือ วัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุ 10-14 ปี และช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุ 15-19 ปี¹ โดยวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เชื่อมต่อระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความอยากรู้้อยากลอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงอ่อนไหวง่าย จึงอาจซึมซับและจดจำ ค่านิยมรวมถึงเลียนแบบพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านวุฒิภาวะ ด้านเศรษฐกิจ มีศักยภาพไม่เพียงพอต่อการ ตัดสินใจที่ดีในการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังขาดความพร้อมในหลายๆด้านจึงมิใช่วัยที่สมควรจะมีครอบครัวหรือมีบุตรที่ต้องให้การดูแลเลี้ยงดู การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นประเพณี วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความยากจน การขาดโอกาสด้าน การศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนการถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการข่มขืน ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน ก่อให้เกิด ปัญหาที่สำคัญคือ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เพราะถ้าหากวัยรุ่นกลุ่มนี้ มีการตั้งครรภ์ปัญหาที่พบ ตามมาคือ ต้องหยุดหรือออกจากการศึกษา ส่งผลกระทบให้ประเทศขาดบุคลากรที่มีคุณภาพ เกิด ปัญหา บุตรที่ไม่ต้องการ และนำไปสู่ การลักลอบทำแท้งมากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาระทางเศรษฐกิจ เรื่องค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากไม่มีงานทำ การตั้งครรภ์และการคลอด ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทุกมิติของ ชีวิตเด็กและครอบครัว และยังส่งผลกระทบข้ามรุ่นสู่ลูก ที่เกิดมา (Intergenerational Impact) ซึ่งมี หลักฐานสนับสนุนว่าบุตรสาวของแม่วัยรุ่น มีโอกาสตั้งครรภ์และกลายเป็นแม่วัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 33

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 17 ปีหรือน้อยกว่า และร้อยละ 17 สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่ อายุ 18 - 19 ปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 11 กรณีบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 20 ปีหรือมากกว่าจะ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น²

สถานการณ์

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ประมาณ 21 ล้านคน องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดมาตรฐานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากรในวัยนี้ 1,000 คน รวมทั้งองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ลด อัตราการคลอดในวัยรุ่น Adolescent birth rate เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปีพ.ศ 2573¹

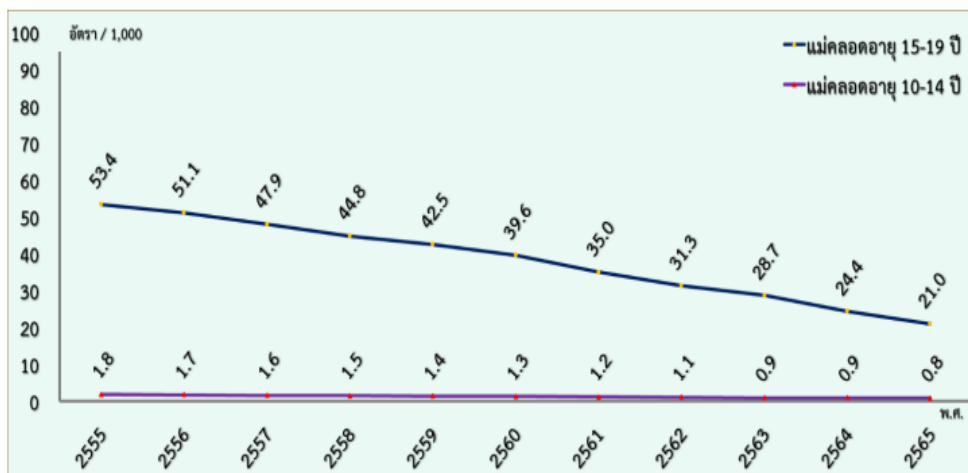
ตารางที่ 1 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี

ปี พ.ศ.	จำนวนหญิง คลอด อายุ 10-14 ปี	จำนวน ประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี ทั้งหมด	อัตรา : 1,000 (อายุ 10-14 ปี)	จำนวนหญิง คลอด อายุ 15-19 ปี	จำนวน ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี ทั้งหมด	อัตรา : 1,000 (อายุ 15-19 ปี)
2554	3,417	2,196,350	1.6	128,763	2,413,063	53.4
2555	3,710	2,096,028	1.8	128,493	2,404,152	53.4
2556	3,415	2,026,493	1.7	121,960	2,386,492	51.1
2557	3,213	1,991,041	1.6	112,278	2,342,738	47.9
2558	2,988	1,963,728	1.5	101,301	2,262,832	44.8
2559	2,746	1,941,436	1.4	91,838	2,162,983	42.5
2560	2,559	1,942,522	1.3	82,019	2,072,138	39.6
2561	2,385	1,943,238	1.2	70,181	2,003,012	35.0
2562	2,180	1,933,318	1.1	61,651	1,971,371	31.3
2563	1,783	1,912,480	0.9	56,074	1,955,525	28.7
2564	1,640	1,897,954	0.9	47,378	1,943,850	24.4
2565	1,569	1,895,749	0.8	40,888	1,943,640	21.0

ที่มา : สถิติการคลอดแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ.2565 โดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข³

ประเทศไทยจากรายงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราคลอดในวัยรุ่นกลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 15-19 ปี ระดับประเทศลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 1.8 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 0.8 ในปี พ.ศ. 2565 และกลุ่มอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 53.4 ในปีพ.ศ. 2555 เป็น 21.0 ในปี พ.ศ. 2565 (ตารางที่ 1 และรูปที่ 1 และ 2)³

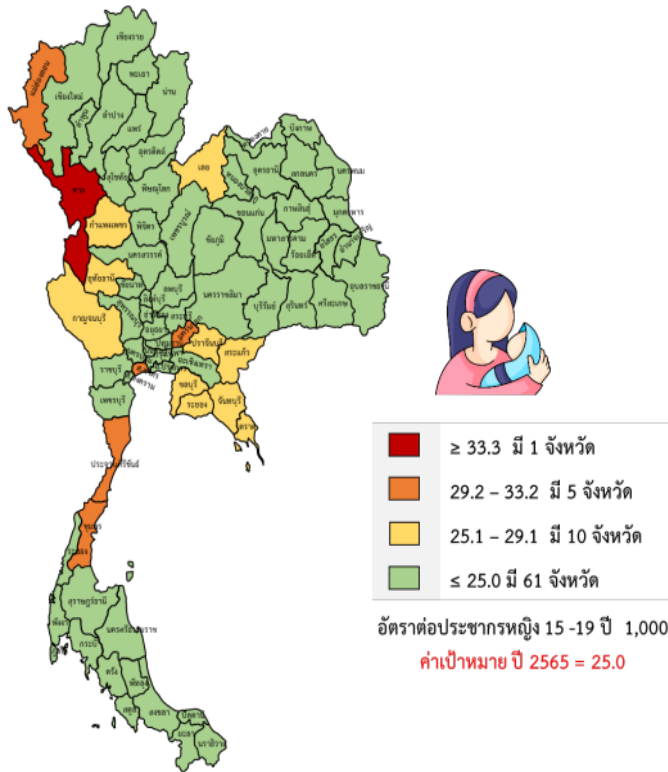
รูปที่ 1 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี 1,000 คน



ที่มา : สถิติการคลอดแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ.2565 โดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข³

การคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี, 15-19 ปี และ 10-19 ปี โดยพบว่า การคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 จากร้อยละ 11.9 ใน พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 12.8 ใน พ.ศ. 2557 และเริ่มลดลงใน พ.ศ. 2558-2564 จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 7.7 ตามลำดับ แต่ใน พ.ศ. 256เป็นที่น่าสนใจว่า ร้อยละการคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี กลับเพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มอายุ 10-14 ปีจากร้อยละ 0.4 ใน พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 0.8 ใน พ.ศ. 2565 และในกลุ่มอายุ 15-19 ปี จากร้อยละ 7.7ใน พ.ศ. 2564 เป็น ร้อยละ 7.8 ใน พ.ศ. 2565 (รูปที่ 3)³

รูปที่ 2 แผนที่สารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) แสดงอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2565



ที่มา : สถิติการคลอดแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ.2565 โดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข³

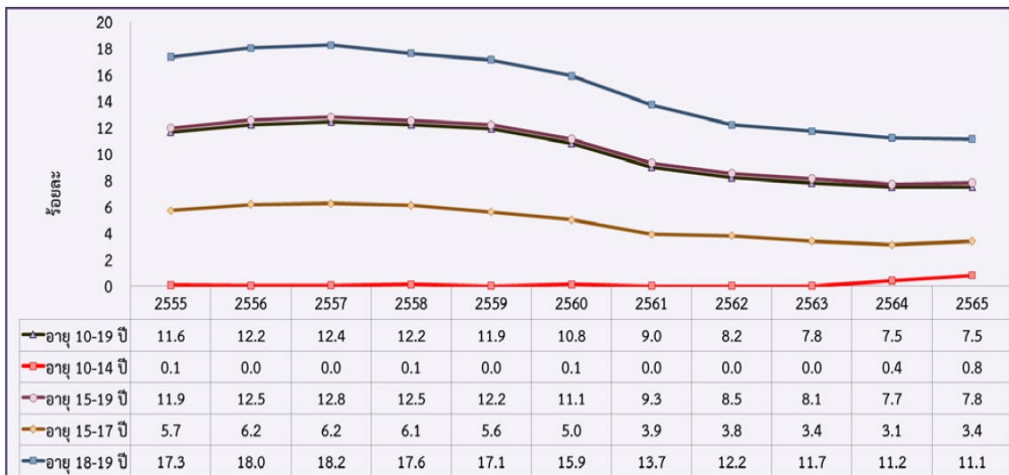
ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. ผลกระทบทางด้านสุขภาพ

วัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อย เป็นช่วงต้นของวัยเจริญพันธุ์ที่ยังต้องอาศัยการพัฒนา ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อให้พร้อมที่จะตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงนำมาซึ่งปัญหาด้าน สุขภาพมากกว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยอื่น ๆ ทั้งระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การเพิ่มโอกาสของการผ่าตัด คลอดบุตรหรือการคลอดที่ต้องอาศัยหัตถการต่างๆ เข้าช่วยเหลือ รวมถึงภาวะ ซึมเศร้าหลังการคลอด บุตร การคลอดในวัยรุ่น มีผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และเด็กทารกที่เกิดมา ผลกระทบจากการ คลอดของแม่วัยรุ่น อาจทำให้เกิดการคลอดทารกก่อนกำหนด (ก่อน 37 สัปดาห์) หรือทารกมีน้ำหนัก น้อย (น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม) ซึ่งทั้งสองกรณีมีผลต่อการรอดชีวิตในช่วงขวบปีแรกของตัวทารก

เอง นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลครรภ์และเลี้ยงทารกที่ไม่เหมาะสมของแม่วัยรุ่นบางราย เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เลี้ยงดูทารกด้วยอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการที่แม่วัยรุ่นไม่เอาใจใส่ดูแลและไม่กระตุ้นพัฒนาการตามวัย อาจส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสติปัญญาของทารก การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการและมักจบลงด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

รูปที่ 3 ร้อยละของการคลอดซ้ำในวัยรุ่น จำแนกตามกลุ่มอายุของแม่ ปี พ.ศ. 2555-2565



ที่มา : สถิติการคลอดแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ.2565 โดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข³

1.1 ด้านมารดา

1.1.1 ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension)

มีการศึกษาข้อมูลแบบ meta-analysis และ systemic review ขนาดใหญ่ เก็บข้อมูลจำนวน 70 งานวิจัย ผู้เข้าร่วมเป็นประชากรวัยรุ่นทั่วโลก จำนวน 291,247 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 ซึ่งจากศึกษาข้อมูลนี้พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษขึ้น 6.7% ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจที่ยากจน⁴ และมีงานวิจัยที่กล่าวถึงโอกาสการเกิดความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มขึ้นในวัยรุ่นเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า โดยมีการพูดถึงสาเหตุที่เกิดจากการเจริญของมดลูก

ไม่เต็ม⁵ การเจริญของเส้นเลือดและรกที่ไม่ดี ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในวัยรุ่นขึ้น 2.29 เท่า⁵ แต่อย่างไรก็ตามมีอีกหลายงานวิจัยที่พบว่าไม่ได้แตกต่างกัน⁶

1.1.2 ภาวะโลหิตจาง (Anemia)

ภาวะโลหิตจาง เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้อย่างกว้างขวาง จากการศึกษาแบบ meta-analysis เปรียบเทียบกับสตรีที่อายุมากกว่า 20 ปี พบว่า relative risk เป็น 2.57⁷ สำหรับประเทศกำลังพัฒนา พบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในทั้งสองกลุ่มเท่าๆ กัน แต่ความรุนแรงต่างกัน โดยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะขาดธาตุเหล็ก folic acid การติดเชื้อมาลาเรีย การมีพยาธิในลำไส้ แต่ในประเทศไทยภาวะโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ก็เป็นอีกสาเหตุของภาวะซีดซึ่งอุบัติการณ์แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค⁸

1.1.3 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexual transmitted disease)

สำหรับในสตรีวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพฤติกรรมทางเพศสม่ำเสมอ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส หนองใน เป็นต้น ได้มากขึ้น ทั้งนี้การตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก และเพิ่มโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม⁹

1.1.4 การเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของมารดา (morbidity and mortality)

พบภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาในประเทศกำลังพัฒนาได้สูงกว่าในประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มากกว่า สาเหตุเกิดจากการตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในมดลูก และหากไม่ได้รับการฝากครรภ์จะพบอุบัติการณ์เหล่านี้ได้มากขึ้น¹⁰ ปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่ำ ระดับการศึกษา การเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุม และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย จากอุบัติการณ์พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี มีการทำแท้งประมาณ 29%

1.2 ด้านทารก

1.2.1 การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า เกิดการคลอดกำหนดมากขึ้น เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 20-30 สัปดาห์ โดยเกิดจากหลากหลายสาเหตุ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการเจริญเติบโตที่ไม่เต็มที่ของวัยรุ่น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องข้องกับการดูแลในระยะฝากครรภ์ที่น้อยกว่าปกติ และการฝากครรภ์ช้า⁹

1.2.2 ทารกน้ำหนักน้อย (low birth weight)

ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากภาวะการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดทารกกลุ่ม extremely low birth weight (น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม) มากขึ้น⁹

1.2.3 อัตราตายปริกำเนิด (stillbirth)

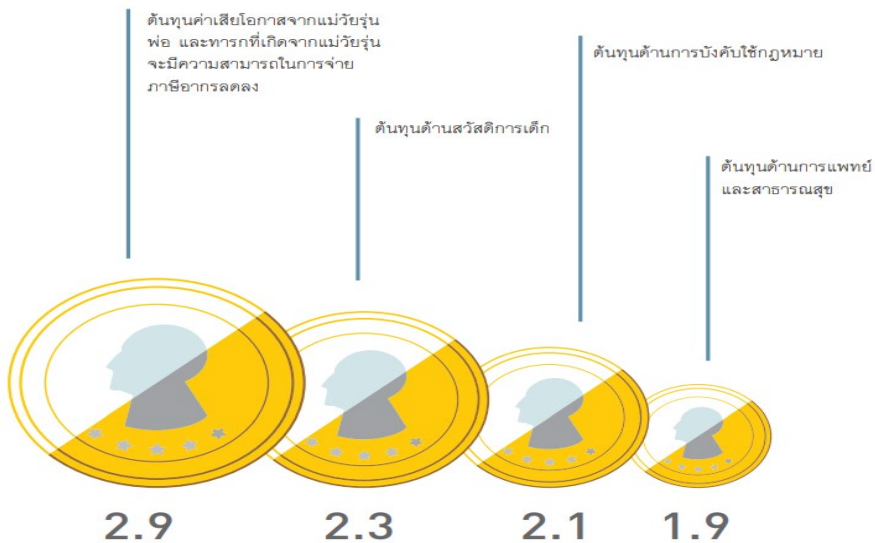
อัตราตายปริกำเนิดจะเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากรายงานส่วนใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา มีรายงานพบว่าอัตราการเกิดการตายปริกำเนิด เพิ่มขึ้น 4 เท่า ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และอัตราการเกิดการตายปริกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี¹⁰ ซึ่งเป็นผลจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย⁹

2. ผลกระทบทางด้านสังคม

จากการที่วัยรุ่นมักไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะตัดสินใจในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรหรือการดำเนินชีวิตครอบครัว การตั้งครรภ์ในคนกลุ่มนี้จึงทำให้มีผลกระทบ ในด้านสังคมตามมา ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่แม่วัยรุ่นจำนวนมากหยุดเรียนหรือเลิกเรียนกลางคัน ถูกกดดัน ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน และคนในชุมชนเพราะทำผิดจารีตทางสังคม ถูกผู้ปกครองห้ามไม่ให้ไปโรงเรียนเนื่องจากเห็นว่าเป็นความเสื่อมเสียของครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้องออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น ซึ่งการไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อย ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานและประกอบอาชีพในอนาคตของแม่วัยรุ่น ในกรณีที่ฝ่ายชายยังเป็นวัยรุ่นด้วยกัน ก็มักประสบปัญหาเดียวกัน คือไม่สามารถหางานที่ดีมีรายได้สูงได้ตามที่ต้องการ ทำให้มีรายได้ไม่พอจ่ายและไม่สามารถให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับบุตรได้ ปัญหาเศรษฐกิจ ในครอบครัวมักก่อให้เกิดความเครียดตามมา นำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัวและอาจจบลงด้วยการหย่าร้าง เกิดปัญหาต่อเนื่องไปยังตัวลูกที่จะเติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่แตกแยก ได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ส่งผลสืบเนื่องไปยังปัญหาสังคมด้านอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมากและปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีมากขึ้นจากครรภ์ที่ไม่ต้องการคือ การทอดทิ้งทารกไว้ตามที่สาธารณะ ซึ่งปรากฏเป็นข่าวผ่านสื่อมวลชนไทยอยู่เป็นระยะ ๆ อย่างไรก็ตาม จำนวนการทอดทิ้งเด็ก ที่มีการรายงานผ่านสื่อเหล่านี้ น่าจะน้อยกว่าความเป็นจริงมาก เนื่องจากยังมีทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก ถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์ที่ไม่เป็นข่าวรวมถึงการทอดทิ้งเด็กไว้กับ ปู่ย่า ตายาย หรือญาติ ซึ่งอาจจะไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นผลกระทบข้ามรุ่นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยพบว่าลูกของแม่วัยรุ่นมีโอกาสตั้งครรภ์และกลายเป็นแม่วัยรุ่นมากกว่าหญิงที่เกิดจากแม่แม่ที่อายุ 20 ปีหรือมากกว่า¹¹

3.ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

การศึกษาในสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติ โดยพบว่าแม่วัยรุ่นและพ่อจะมีความสามารถในการเสียภาษีลดลงตลอดช่วงชีวิต เมื่อเทียบกับคู่แต่งงานที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีสวัสดิการทางสังคมบางประการที่รัฐต้องจัดให้เป็นพิเศษแก่แม่วัยรุ่น รวมไปถึงจนถึงต้นทุนทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากการที่รัฐต้องจัดบริการให้กับเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นในปี พ.ศ. 2549 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดกับรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นของสหรัฐอเมริกามีมูลค่ากว่า 11.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ทั้งนี้ ต้นทุนทางสังคมของการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในกรณีที่แม่มีอายุน้อยกว่า 17 ปีมีมูลค่าสูงกว่าในกรณีที่แม่มีอายุ 18 -19 ปีอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยเฉลี่ยของการมีลูกของแม่ที่อายุน้อยกว่า 17 ปี คิดเป็น 4,080 เหรียญสหรัฐต่อทารกหนึ่งคนและในกรณีที่แม่มีอายุ 18-19 ปี คิดเป็น 104 เหรียญสหรัฐต่อทารกหนึ่งคน¹¹



รูปที่ 3 ส่วนประกอบของต้นทุนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา (หน่วย : พันล้านเหรียญสหรัฐ ค.ศ. 2004)

ที่มา : Hoffman S.D.2006 By the Numbers: The Public Costs of Teen Childbearing. Washington, DC, The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.¹

การดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์

ระยะก่อนคลอด ในช่วงระยะก่อนคลอด เป็นช่วงที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งคือการดูแลในช่วงฝากครรภ์ ให้ดี แต่ปัญหาที่พบคือการมาฝากครรภ์ช้าและการไม่มาฝากครรภ์ ซึ่งควรให้การดูแลดังนี้

1. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการอย่างเหมาะสม เช่น การได้รับธาตุเหล็กที่เหมาะสม ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับธาตุเหล็กวันละ 27 มิลลิกรัม เพื่อลดการเกิดภาวะซีดระหว่างการตั้งครรภ์ และในกลุ่มวัยรุ่นควรได้รับแคลเซียม 1,300 มิลลิกรัมต่อวัน¹³
2. การตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อที่จะให้การรักษาได้เร็วที่สุดและลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
3. มีการคัดกรองเรื่องการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น เนื่องจากการรายงานในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า¹⁴
4. ติดตามการเจริญเติบโตของทารกทั้งจากการตรวจร่างกาย และการตรวจอัลตราซาวด์ติดตามน้ำหนัก
5. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนับลูกดิ้น การสังเกตอาการของการเจ็บครรภ์คลอด
6. การดูแลสภาพจิตใจ ให้กำลังใจและคำปรึกษากับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจระหว่างการตั้งครรภ์

ระยะคลอด การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด ไม่แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในช่วงคลอดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยกว่าในผู้ใหญ่ ซึ่งมักเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง เป็นต้น⁶ มีการรายงานเรื่องช่องทางคลอด พบว่า ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการไปผ่าตัดคลอดน้อยกว่าในสตรีตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ซึ่งข้อบ่งชี้ที่ทำให้ต้องไปผ่าตัดคลอดคือ การเกิดภาวะศีรษะของทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion) รองลงมาคือ การเกิดภาวะเครียดของทารกในครรภ์¹⁵

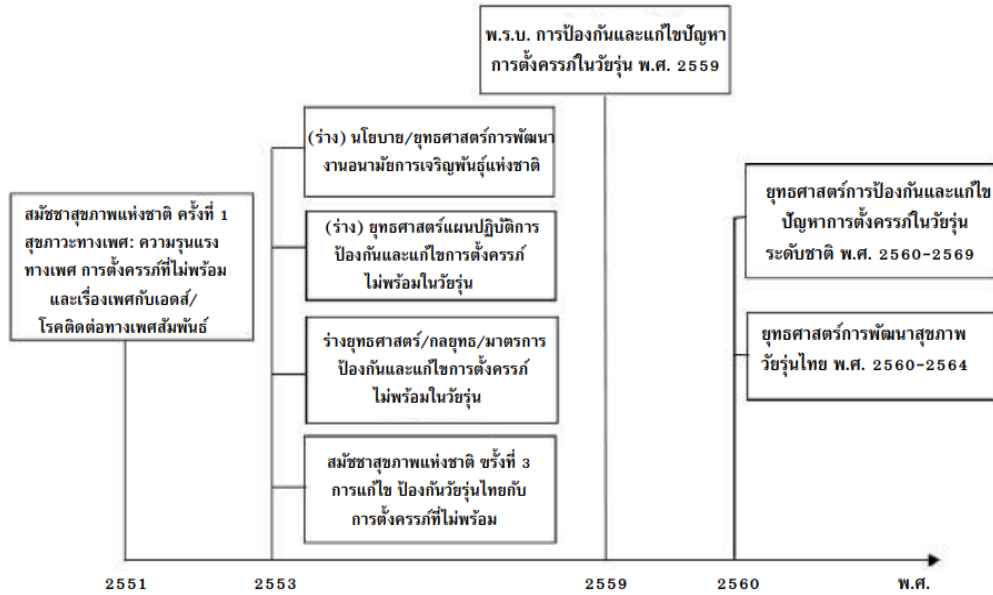
ระยะหลังคลอด การให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้สตรีวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การประเมินภาวะโภชนาการหลังคลอด เช่น การรับประทานธาตุเหล็กเสริม และการเลือกรับประทานอาหารที่มี

คุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ เนื่องจากภาวะซีดยังเป็นปัญหาต่อเนื่องจนถึงช่วงหลังคลอด และการให้นมทารก การสนับสนุนให้สตรีวัยรุ่นกลับไปเข้าสู่ระบบการศึกษา และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย การดูแลและประเมินสภาพจิตใจเป็นระยะ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่าผู้ใหญ่ประมาณ 2 เท่า ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น สภาพแวดล้อม การยอมรับของคนในครอบครัวและสังคม การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม โดยอาการที่จะพบได้คือ มีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับทารก รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ และรู้สึกไร้ค่า¹⁶ เป็นต้น

มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

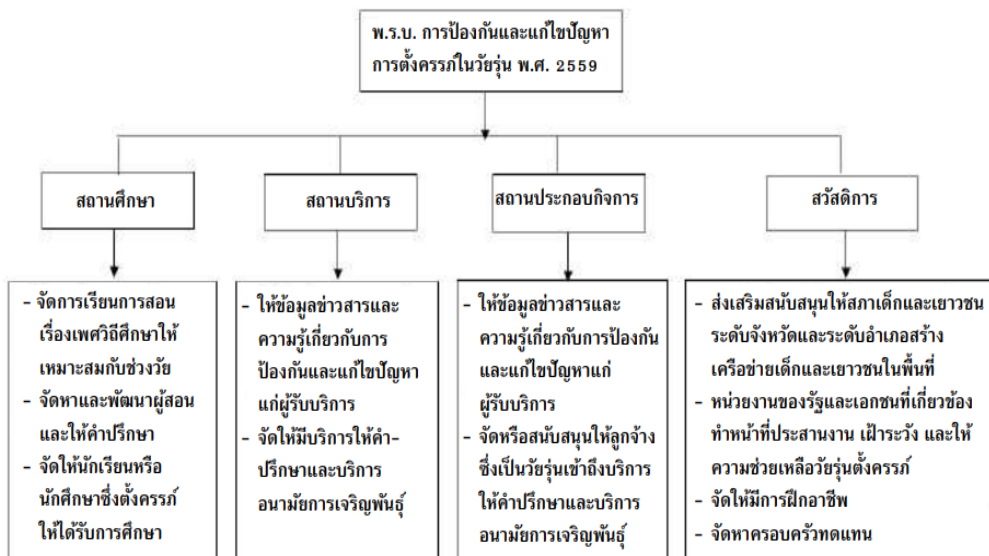
รัฐบาลไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผลกระทบที่จะตามมา จึงพยายามแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีนโยบายและมาตรการต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย (รูปที่ 5)¹⁷ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน จนกระทั่งปัจจุบันได้มีการออก พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดย พ.ร.บ.กำหนดบทบาทหน้าที่ของ 5 หน่วยงาน ให้มีความชัดเจนและประสานงานร่วมกัน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการโดยกำหนดวัยรุ่นมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตัวเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค ทั้งนี้ พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวยังกำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อการป้องกันและแก้ไขผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (รูปที่ 6)¹⁷ โดยยุทธศาสตร์เหล่านี้ ได้ถูกแปลงสู่การปฏิบัติผ่านโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐและเอกชน เช่น ศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1,300 โครงการ Up to Me โครงการแม่วัยใส การรณรงค์เรื่องเพศเชิงบวกในชุมชน หรือ โครงการ รักเป็น ปลอดภัย (Young Love) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีโครงการ อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ปัจจุบันพัฒนาเป็น มาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ เป็นการบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ 5 หน่วยงานหลัก ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา ครอบครัวและชุมชน โดยมีแนวทาง การดำเนินงานที่สอดคล้องและมีเอกภาพ เกิดการบูรณาการการทำงาน มีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศไทย มีอำเภอที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 คิดเป็นร้อยละ 11.73¹⁸

รูปที่ 5 นโยบายและมาตรการระดับประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครม.ในวัยวัยรุ่น



ที่มา : วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 27 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2561 เรื่อง การตั้งครม.วัยวัยรุ่นในประเทศไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างหลักฐานและนโยบาย¹⁷

รูปที่ 6 สารสำคัญของพ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครม.ในวัยวัยรุ่น



ที่มา วัยวัยรุ่นในประเทศไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างหลักฐานและนโยบาย¹⁷

การคุมกำเนิด ลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

การคุมกำเนิดมีหลากหลายวิธีการ แต่วิธีการที่เหมาะสมในวัยรุ่น ควรต้องใช้ง่าย ไม่ต้องพบแพทย์บ่อย สามารถคุมกำเนิดได้ระยะยาว ราคาถูก และปลอดภัยในคำแนะนำของ American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) แนะนำให้การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (Long-acting reversible contraception) เช่น การฝังยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงคุมกำเนิด เป็นต้น ซึ่งสามารถคุมกำเนิดได้ระยะเวลานาน และควรเริ่มคุมกำเนิดทันทีหลังคลอด ซึ่งวิธีการนี้ไม่มีผลกระทบกับการให้นมบุตร อีกทั้งควรคุมกำเนิดด้วยวิธีการ dual method คือมีการใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย เพื่อช่วยลดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์^{19,20}

สำหรับประเทศไทยทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิ “วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิดและยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย” ณ สถานบริการในเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

บทสรุป

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็นับว่ายังอยู่ในระดับสูง ยังเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติ ส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ รวมไปถึงด้านจิตใจ โดยเฉพาะต่อแม่วัยรุ่น ทารก และครอบครัว ซึ่งในระยะเวลาที่ผ่านมาหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างจริงจัง ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขับเคลื่อนตามบทบาทการดำเนินงานในระดับต่างๆ สนับสนุนเรื่องของการคุมกำเนิดมากขึ้น และวัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และโดยส่วนมากไม่ได้รับการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์²¹ ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมผลักดันให้มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และกำกับติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ตามที่กฎหมายกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริพร ศรีอินทร์. ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564; 4(1): 68-81.

2. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นน พ.ศ.2559 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์; 2560 [เข้าถึงวันที่ 9/4/2567]. เข้าถึงได้จาก https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/m_magazine/35435/2508/file_download/41311dc02f50776e0ad3e47c7f35faef.pdf
3. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์; 2566 [เข้าถึงวันที่ 9/4/2567] เข้าถึงได้จาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/adolescent-mothers-birth-statistics/4729#wow-book/>
4. Macedo, T. C. Prevalence of Preeclampsia and Eclampsia in Adolescent Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis of 291,247 Adolescents Worldwide since 1969.
5. Brosens I, Muter J, Ewington L, Puttermans P, Petraglia F, Brosens JJ, Benagiano G: Adolescent preeclampsia: pathological drivers and clinical prevention. *Reprod Sci.* 2019, 26:159-71
6. Zhang T, Wang H, Wang X, et al. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: a cross sectional study in Hebei, China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):339.
7. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *J Adolesc Health* 1994 Sep;15(6):444-56.
8. Sekhar DL, Murray-Kolb LE, Kunselman AR, Weisman CS, Paul IM: Differences in risk factors for anemia between adolescent and adult women. *J Womens Health (Larchmt).* 2016, 25:505-13.
9. Marvin-Dowle K, Kilner K, Burley VJ, Soltani H. Impact of adolescent age on maternal and neonatal outcomes in the Born in Bradford cohort. *BMJ Open.* 2018, 8:e016258.
10. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 192:342-9
11. ทรงยศ พิลาสันต์. Policy Brief: ฉบับที่ 15 ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557 [เข้าถึงวันที่ 9/4/2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hitap.net/documents/22619>
12. Hoffman, S. D. (2006). *By the Numbers: The Public Costs of Teen Childbearing.* Washington, DC, The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

13. Institute of Medicine (U.S.).Panel on Micronutrients IoMUSFaNB. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and Zinc. Washington DC: National Academy Press; 2000.
14. Australian institute of health and welfare. Teenage mothers in Australia 2015. Cat. No. PER 93. Canberra: AIHW, 2018
15. Uzunov A, Bohiltea R, Munteanu O, Nemescu D, Cirstoiu M. A retrospective study regarding the method of delivery of adolescents in a Romanian Hospital. Exp Ther Med. Published online June 4, 2020.
16. Goossens G, Kadji C, Delvenne V: Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies?. Psychiatr Danub. 2015, 27 Suppl 1:S499-503.
17. รักษณี บุตรชน. การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างหลักฐานและนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 27 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน – ธันวาคม 2561:1011-1022.
18. กรมอนามัย. อำเภอที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ 2567 [เข้าถึงวันที่ 9/4/2567]. เข้าถึงได้จาก <https://amphoeonline.anamai.moph.go.th/home>
19. Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. Committee opinion number 699. ACOG. 2017 May; 129:e142-9
20. Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. Committee opinion number 710. ACOG. 2017 Aug; 130:e74-80
21. อุษมา ช้อนนาค, วีรวิทย์ ปิยะมงคล. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น(Teenage pregnancy). [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565. [เข้าถึงวันที่ 9/4/2567] เข้าถึงได้จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/49484/>