

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ณ ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Teen Center) จังหวัดพิษณุโลก ดังนั้นในการศึกษาทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีขอบเขตแนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น
2. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
4. คุณภาพชีวิต
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
6. แนวคิดสวัสดิการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
7. ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน (Teen Center) โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่น โดยอธิบายถึง 1) ความหมายของวัยรุ่น 2) การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น และ 3) พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น

1. ความหมายของวัยรุ่น

วัยรุ่น หรือ "Adolescence" มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินคำว่า "Adolescere" หมายถึง การเติบโตเข้าสู่ภาวะ (Dusek, 1996, p.4) ดังนั้น "วัยรุ่น" จึงหมายถึง ช่วงวัยแห่งการพัฒนานำไปสู่ การเจริญเติบโตจากวัยเด็กที่ขาดวุฒิภาวะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจำเป็นต้องมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาไปพร้อมๆ กัน ในการเข้าสู่ วัยรุ่นของเด็กชายและเด็กหญิงนั้นถือเอาการเข้าสู่วุฒิภาวะทางเพศเป็นเกณฑ์ ทั้งสองเพศจะเข้าสู่วุฒิภาวะ ทางเพศไม่พร้อมกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมหลายประการ เช่น อาหาร สภาพความเป็นอยู่ประเพณี และวัฒนธรรม รวมถึงสภาพแวดล้อมอื่นๆ (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539, หน้า 11-13) วัยรุ่นถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนที่สุด (ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2550) เนื่องจากเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตจากเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ จึงถือว่าเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิตที่เข้าสู่วุฒิภาวะทางร่างกายมีการเจริญเติบโตทางเพศที่ชัดเจนในลักษณะที่พร้อม จะมีเพศสัมพันธ์ได้ ภาวะทางด้านจิตใจ และภาวะทางอารมณ์และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง จากสภาพที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจไปสู่สภาวะที่ต้องรับผิดชอบและพึ่งพาตนเอง (World Health Organization, 1995, p.8) วัยรุ่นจึงเป็นช่วงวัยที่มีความจำเป็นต่อการเรียนรู้ถึงความเป็นตัวของตัวเอง และเป็นช่วงวัยที่มักเกิดปัญหาในชีวิตมากที่สุด

ธรรมชาติของการเป็นวัยรุ่นมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ สถานภาพการสมรส ฐานะ ศาสนาและวัฒนธรรม ความเป็นวัยรุ่นเป็นการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ก้าวเข้าสู่วัย แห่งการเจริญพันธุ์ แต่ด้วยวุฒิภาวะและบทบาทความรับผิดชอบที่น้อยกว่า ผลของการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็วได้มีผลกระทบต่อวัยรุ่นในหลายๆ ด้าน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2552) โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงระยะต้นของวัยจะพบปัญหาของการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ของสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาอันสั้น ซึ่งจะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นด้วยกันเอง และบุคคลรอบข้าง (กุลวดี เถนว่อง, 2551, หน้า 12) ทำให้วัยรุ่นต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว อย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองและทางสังคม ซึ่งอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมของแต่ละที่ (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539, หน้า 11-13) นอกจากนี้ วัยรุ่นยังมีความพยายามค้นหาความต้องการ ที่แท้จริง เรียนรู้บทบาทหน้าที่และพัฒนาความสามารถเฉพาะตนเพื่อที่จะวางแผนชีวิตต่อไปในอนาคต ซึ่งถ้าในระยะนี้วัยรุ่นประสบความสำเร็จในการค้นหาเอกลักษณ์ของตัวเองก็จะส่งผลให้วัยรุ่นเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่รู้จักความสามารถของตน ในทางตรงกันข้ามหากเกิด

ความล้มเหลวในการค้นหาเอกลักษณ์เฉพาะตน วัยรุ่นก็จะสับสนในบทบาทหน้าที่และมีผลกระทบต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต (Erikson, 1968) นอกจากนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการค้นหาเอกลักษณ์ของตนเองแล้ว วัยรุ่นยังมีการเลียนแบบพฤติกรรมจากบุคคลในสังคมด้วยการเลือกเอาเอกลักษณ์บางอย่างมาใช้เป็นลักษณะของตนเอง ซึ่งบุคคลดังกล่าวมักจะได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ครูอาจารย์ รวมทั้งอาจเลียนแบบพฤติกรรมที่มีลักษณะก้าวร้าวหรือรุนแรงจากบุคคลใกล้ชิด สื่อ และจากประสบการณ์ ความรุนแรงในชีวิต

วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมนับว่าเป็นพื้นฐานของความเข้มแข็งทางจิตใจที่จะสามารถเผชิญปัญหาในภายภาคหน้าและจัดการให้ผ่านพ้นไปได้อย่างชาญฉลาด การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นของวัยรุ่นนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น พื้นฐานทางจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคงภายในตัวของวัยรุ่นเอง ความอบอุ่นและความเข้าใจจากครอบครัวที่ช่วยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่เกื้อหนุนกันไปในทางที่ถูกต้อง (ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2550) ทั้งหมดนี้บ่งชี้ว่าการเตรียมพร้อมของสังคมในการรับมือกับประชากรกลุ่มนี้จะมีผลต่ออนาคตของสังคมโดยรวม (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2552) เพราะพฤติกรรมทางเพศและการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น จะส่งผลอย่างลึกซึ้งในการกำหนดวิถีชีวิตของวัยรุ่นผู้ใหญ่ในอนาคต

จากการให้คำจำกัดความของวัยรุ่นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตของบุคคลที่พัฒนาจากเด็กก้าวเข้าสู่วัยรุ่นอย่างสมบูรณ์มีอายุระหว่าง 10 ถึง 19 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ถือว่าช่วงชีวิตนี้เป็นวิกฤติของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการปรับตัวให้รับสภาพต่างๆ ของการที่จะเป็นผู้ใหญ่ต่อไป ในการประเมินว่าเข้าสู่วัยรุ่นได้เหมาะสมถูกต้องนั้น โดยส่วนใหญ่แล้ว จะใช้อายุเป็นเกณฑ์กำหนดในการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

2. การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็กก้าวเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ โดยไม่มีขอบเขตกำหนดแน่นอนว่ามี การเริ่มต้นและสิ้นสุดวัยเมื่อใด แต่ยึดจากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและรูปร่าง เป็นสำคัญ กล่าวคือ วัยรุ่นหญิงเริ่มมีประจำเดือน ส่วนวัยรุ่นชายเริ่มมีการหลั่งของน้ำอสุจิ กล่าวโดยทั่วไปว่า วัยรุ่นจะเริ่มจากการมีวุฒิภาวะทางเพศที่สมบูรณ์สามารถเป็นพ่อแม่คนได้ แต่ในการกำหนดอายุที่ชัดเจนแน่นอนเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ยาก ดังนั้นมีนักวิชาการได้พยายามแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนและสะดวกต่อการประเมินสภาวะการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น โดยได้แบ่งช่วงอายุไว้ดังนี้

การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ วัยแรกเริ่ม วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย (วิโรจน์ อารีกุล, 2545; สุริยเดว ทรีปาตี, 2551) ทั้งนี้ เพื่อชี้ให้เห็นถึงลักษณะเด่นของวัยรุ่นแต่ละช่วงวัย ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และความสัมพันธ์กับสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วัยแรกเริ่ม คือ ช่วงอายุ 10-13 ปี เป็นช่วงวัยที่ต้องเตรียมความพร้อมหลายๆ ด้านเพื่อก้าวสู่วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) มีการเจริญเติบโตโดยการเพิ่มขนาดความสูง น้ำหนัก ขณะเดียวกันก็มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาเป็นวัยหนุ่มสาวเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ในปัจจุบันจะพบว่าทั้งเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงจะมีอายุเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเร็วมากขึ้น โดยเฉพาะในเด็กผู้หญิงที่ค่อนข้างสมบูรณ์และอ้วน ซึ่งลักษณะภายนอกที่เราสามารถตรวจพบเห็นเป็นอันดับแรกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นของเด็กผู้หญิง คือ การเริ่มมีหน้าอก หรือที่เรียกว่า Breast bud ส่วนในเด็กผู้ชายจะมีลูกอัณฑะที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น ตามปกติทั่วไปเด็กผู้หญิงจะเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กผู้ชายเฉลี่ยประมาณ 2 ปี เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยดังกล่าวโดยทั่วไปวัยรุ่นจะมีความคิดหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่ายอีกด้วย

2. วัยรุ่นตอนกลาง คือ ช่วงอายุ 14-16 ปี เป็นช่วงระยะเวลาที่อัตราการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายและอวัยวะต่างๆ เริ่มลดลง การเจริญเติบโตของร่างกายและความเป็นหนุ่มสาวมีความสมบูรณ์เกือบเทียบเท่ากับผู้ใหญ่ ความตื่นตัว วิตกกังวล สงสัยต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเริ่มลดน้อยลง และมีความพร้อมทางด้านร่างกาย เพื่อเข้าสู่ระยะการเจริญพันธุ์ ในช่วงนี้วัยรุ่นส่วนใหญ่จะพอใจและยอมรับในการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความคิดที่ลึกซึ้ง (abstract) จึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์และหาเอกลักษณ์ของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง ขณะเดียวกันก็สนใจให้เวลาในการดูแลตนเอง รูปร่างหน้าตาให้ดูสวยงาม สร้างความสนใจให้กับผู้พบเห็น จะเห็นว่าวัยรุ่นจะมีความสนใจในการแต่งเนื้อแต่งตัวมากขึ้น นอกจากนี้เพื่อนได้เข้ามา มีบทบาทมากขึ้น เด็กวัยรุ่นในช่วงนี้มักมีการแต่งตัวแปลกๆ เพื่อให้ได้รับการยอมรับและความสนใจจากกลุ่มเพื่อน

3. วัยรุ่นตอนปลาย คือ ช่วงอายุ 17-19 ปี ช่วงนี้การเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีความสมบูรณ์เป็นผู้ใหญ่เต็มที่แล้ว ประกอบกับมีความพร้อมทางด้านการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความมั่นใจและพอใจในลักษณะรูปลักษณ์ของตนเอง ไม่รู้สึกถึงการมีปมด้อย นอกจากในบางคนที่มีความพิการหรือมีความผิดปกติของร่างกาย วัยรุ่นในช่วงตอนปลายนับว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่รู้สึกอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ความรู้สึกที่จะต้องพึ่งพาพ่อแม่

หรือผู้ปกครองลดลง ความขัดแย้งที่เกิดในช่วงวัยรุ่นตอนกลางจะเปลี่ยนแปลงเป็นความเข้าใจถึงความรักความหวังดี ความเชื่ออาทรที่พ่อแม่มีต่อตัววัยรุ่นมีการยอมรับฟังข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะต่างๆ จากพ่อแม่มากขึ้นรวมทั้งกลับมาให้ความสำคัญและเห็นคุณค่าของพ่อแม่ที่มีต่อตนเพิ่มมากขึ้น เริ่มสนใจการฝึกฝนอาชีพตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสม และเป็นช่วงเวลาที่ที่มีความผูกพันแน่นแฟ้น (intimacy) กับเพื่อนต่างเพศ มีสภาพทางร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตโดยสมบูรณ์เต็มที่ และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

ในปัจจุบันยังไม่มีหลักเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งในการที่จะบ่งบอกว่าเด็กกำลังก้าวเข้าสู่วัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายต่างมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงที่ปกติจะเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กชาย หรือในเด็กบางคนอาจเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นก่อนอายุที่กำหนด และในบางคนอาจเข้าสู่วัยรุ่นหลังอายุที่กำหนด จะเห็นได้ว่าการเข้าสู่วัยรุ่นมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล แต่สิ่งสำคัญที่บ่งบอกถึงการเข้าสู่วัยรุ่น คือ การมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจที่ชัดเจน รวมทั้งพัฒนาการทางด้านความคิด อารมณ์ และจิตสังคม

3. พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น

สุชา จันทรเฒ (2540, หน้า 1) กล่าวว่า พัฒนาการ (Development) เป็นสิ่งที่มนุษย์จะมีการพัฒนาตามลำดับของการเปลี่ยนแปลง (process of change) ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ทุกส่วนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกันไปอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต การเปลี่ยนแปลงนี้จะก้าวหน้าไปเรื่อยๆ เป็นขั้นๆ จากระยะหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่งเพื่อที่จะนำไปสู่วุฒิภาวะ ทำให้มีลักษณะและความสามารถใหม่ๆ เกิดขึ้นซึ่งมีผลทำให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นตามลำดับ เช่นเดียวกับพัฒนาการของวัยรุ่นที่ต้องมีการปรับตัวหลายด้านไปพร้อมๆ กัน ถ้าผลจากการปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นได้พัฒนาตนเองเกิดบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป ดังนั้นการเข้าใจและเรียนรู้พัฒนาการวัยรุ่น จึงมีประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้วัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งยังช่วยป้องกันปัญหาต่างๆ ในวัยรุ่น

พรพิมล เจียมนาคินทร์ (2539) ได้จำแนกพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของวัยรุ่นออกเป็น 4 ประการ ดังนี้

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย จะเป็นในด้านของการเจริญเติบโตถึงจนซีดสมบูรณ์เพื่อทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ระยะวัยรุ่นตอนต้นจะเป็นระยะที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายที่รวดเร็วมาก และมีบทบาทต่อการพัฒนาการทางด้านอื่นๆ ให้ประสานไปด้วย เช่น พัฒนาการด้านอารมณ์ และพฤติกรรม (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2545) พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงในสวณภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปหน้า สัดส่วนของร่างกาย ลักษณะเส้นผม ส่วนพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงภายใน เช่น ระบบการย่อยอาหาร ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบการผลิต

ฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ การผลิตเซลล์สืบพันธุ์ในวัยรุ่นชาย เริ่มมีหมวด เสียงแตก ร่างกายมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง สำหรับเพศหญิงจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงระยะ 1 ปี ก่อนที่จะมีประจำเดือน โดยเฉพาะการเจริญเติบโตของเต้านมและการเปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็นทรวดทรง (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เด็กอาจสับสนและเป็นกังวลกับสภาพร่างกายได้

2. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแสดงออกมาตามความคิดความรู้สึกนั้นๆ โดยทั่วไปอารมณ์ของวัยรุ่นจะเกิดขึ้นได้ง่ายเร้าร้อน รุนแรง เปิดเผยตรงไปตรงมา การแสดงออกของอารมณ์จะแตกต่างกันออกไปตามสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้นมีทั้งสิ่งเร้าภายนอกที่มากกระทบประสาทสัมผัสและสิ่งเร้าภายใน เช่น แรงจูงใจ ความต้องการ ความจำและประสบการณ์ สิ่งเร้าเดียวกันอาจทำให้บุคคลแต่ละคนเกิดอารมณ์ต่างกันได้ (ลักขณา สิริวัฒน์, 2544, หน้า 72) รวมถึงการเรียนรู้ของวัยรุ่นแต่ละบุคคล ส่งผลให้พฤติกรรมการแสดงออกมีความแตกต่างกันด้วย วัยรุ่นจึงนับว่าเป็นวัยที่มีอารมณ์อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงง่าย อารมณ์อาจเปลี่ยนจากอารมณ์หนึ่งไปยังอีกอารมณ์หนึ่งได้อย่างรวดเร็ว จากดีใจเป็นเสียใจ จากรักเป็นเกลียด โดยขาดการกลั่นกรองอารมณ์ ขาดความพอดีและไม่มีความคงที่ และเกิดความเครียดได้ง่าย หรือเป็นช่วงระยะเวลาที่เรียกว่า Normal Psychosis (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2545) นอกจากนี้ปรีชา คัมภีร์ภรณ์ (2544, หน้า 55-56) ได้กล่าวถึง สาเหตุสำคัญสองประการที่ทำให้เด็กวัยรุ่นมักมีอารมณ์ที่รุนแรง คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านรูปร่าง สัดส่วน การทำงานของต่อมไร้ท่อ สิ่งเหล่านี้ทำให้วัยรุ่นเกิดความกังวลและขาดความมั่นใจในบุคลิกภาพของตนเองและเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อมที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ ทำให้ตนเองรู้สึกขาดความมั่นคงและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย

3. พัฒนาการทางด้านสังคม การปรับตัวให้เข้ากับสังคมนับว่าเป็นพัฒนาการที่ยากที่สุดของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ในระยะต้นของวัยรุ่น คือ ระยะที่กำลังเริ่มเข้าสู่โรงเรียนมัธยมศึกษา เป็นระยะที่เด็กต้องมีการปรับตัวค่อนข้างมาก ความจริงในระยะนี้เด็กต้องการความอบอุ่นและความรักจากพ่อแม่ แต่ในขณะเดียวกันก็จะพยายามปิดบังสิ่งเหล่านี้เพื่อแสดงให้เห็นว่าตนเป็นอิสระและสามารถช่วยตนเองได้เท่าเทียมกับเพื่อนๆ โดยเฉพาะการปรับตัวต่อเพื่อนต่างเพศ ส่งผลทำให้เด็กวัยรุ่นจะมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมากที่จะทำตัวให้เหมาะสมกับเพศตรงข้าม ทั้งในด้านการวางตัวจนบางครั้งทำให้เกิดความเครียด หรือเกิดความตื่นตัว รวมทั้งด้านการศึกษาเล่าเรียน ซึ่งการเรียนในระดับมัธยมศึกษาหรือระดับวิทยาลัยต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ยิ่งหากคิดถึงการเลือกเรียนวิชาชีพในอนาคตด้วยแล้วยิ่งทำให้วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

(ปรีชา คัมภีร์ปรกรณ์, 2544, หน้า 55-56) นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆอีกหลายประการ เช่น การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว จนทำให้ในบางครั้งอาจเกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันกับผู้ใหญ่ และส่งผลให้วัยรุ่นหันไปใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่า (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) จากการเปลี่ยนแปลงทางเจตคติและพฤติกรรมทางสังคม ทำให้วัยรุ่นต้องการอิสระเสรีภาพในการคิด การปฏิบัติตัว การคบเพื่อน และความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่สำคัญยิ่งต่อจิตใจของวัยรุ่น

4. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระดับสติปัญญาเป็นอย่างมาก นักจิตวิทยาด้านพัฒนาการทางสติปัญญาของมนุษย์หลายท่านมีความเห็นตรงกันว่า สติปัญญาของมนุษย์จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุ 18 ถึง 20 ปี โดยในวัยนี้มนุษย์จะสามารถให้นิยามของวัตถุสิ่งของต่างๆ ได้อย่างชัดเจนสามารถแบ่งแยกคุณลักษณะของสิ่งของต่างๆ ได้ดีมีพัฒนาการทางความคิดรวบยอดและมีความคิดในระดับที่เป็นนามธรรม พัฒนาการทางสติปัญญาของวัยรุ่นปรากฏในหลายรูปแบบ เช่น รู้จักลองตั้งสมมติฐานหลายๆ แบบเพื่อหาข้อสรุปที่ดีที่สุด สามารถแก้ปัญหาหลายๆ แบบ โดยมีกระบวนการคิดที่มีระบบและมีเหตุผลมีความจำดีสามารถจดจำสิ่งที่ตนสนใจได้อย่างแม่นยำแต่ยังไม่นำไปใช้ในเรื่องการเรียน มีความคิดกว้างไกล มีจินตนาการคิดฝันถึงสิ่งต่างๆ อยากรู้ อยากเห็นอยากทดลอง และมีความเชื่อมั่นในความเชื่อหรือความเห็นของตนอย่างรุนแรง

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ นับว่าเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เด็กทุกคนเมื่อจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่จะต้องผ่านกระบวนการต่างๆ เหล่านี้ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาไปพร้อมๆ กัน หากในทางตรงกันข้ามถ้าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปในลักษณะที่ไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกันแล้ว วัยรุ่นจะเกิดความสับสน ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำให้วัยรุ่นมีการตัดสินใจกระทำหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากในปัจจุบันเด็กจะเข้าสู่วัยรุ่นได้เร็วกว่าในอดีต โดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นได้ส่งผลโดยตรงต่ออารมณ์และจิตใจของวัยรุ่นอย่างมาก ซึ่งช่วยช้กนำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและนำมาซึ่งปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามมา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ในปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ ข้อมูลข่าวสารของโลกสมัยใหม่มีผลต่อวิถีชีวิตของวัยรุ่นไทยจำนวนไม่น้อย ทั้งในด้านการแต่งกาย การคบเพื่อนต่างเพศ ทำให้สังคมของวัยรุ่นไทยกลายเป็นสังคมบริโภคตามแบบตะวันตก ที่สำคัญของสังคมเหล่านี้ก็อีกประการหนึ่งก็คือการมีเพศสัมพันธ์แบบเสรี จนนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและปัญหาการตั้งครรภ์ตามมา ทำให้ปัจจุบันหน่วยงานต่างๆ ให้ความสำคัญปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และได้มีการให้

คำนิยามของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งสถานการณ์ความรุนแรงการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั้งในระดับโลกและระดับประเทศไว้ด้วย

1. ความหมายของการตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage Pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ในเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี และบางครั้งอาจใช้คำว่า Adolescent Pregnancy (พริยา ศุภศรี และคณะ, 2549) โดยพบว่า วัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้ศึกษาเล่าเรียน อาศัยในครอบครัวที่มีฐานะยากจน การใช้เครื่องตีที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด วัยรุ่นที่ประสบปัญหาดังกล่าว จะมีโอกาสการตั้งครรภ์ได้สูงกว่า (ชมรมจิตแพทย์และวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2550) นอกจากนี้ยังพบอัตราเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากถูกบีบบังคับความสัมพันธ์จากเพศชายอายุมากที่มีฐานะหรือหญิงที่มีอำนาจมากกว่า เช่น ในสาธารณรัฐเกาหลีคนงานโรงงานที่เป็นวัยรุ่นหญิงร้อยละ 9 จะถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับผู้ดูแลโรงงานหรือเพื่อนร่วมงาน ยิ่งไปกว่านั้นในการเป็นแฟนกัน หญิงสาวมักถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยซึ่งพบว่า 1 ใน 4 ของหญิงไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพราะไม่สามารถต้านทานแรงกดดันจากแฟนของตนได้ จากการยอมมีเพศสัมพันธ์ดังกล่าวเพื่อเอาใจและรักษาความสัมพันธ์ของตน (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2552) จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นหญิงจะมีอำนาจต่อรองในเรื่องเพศได้น้อยและขาดความพร้อมที่จะดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงกว่าผู้ใหญ่

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อร่างกายจิตใจและสังคมของแม่และเด็ก เพราะวัยรุ่นยังขาดความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ เนื่องจากอวัยวะที่เกี่ยวข้องยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ รวมทั้งหญิงวัยรุ่นต้องมีความพยายามในการปรับตัวเองให้เข้ากับบทบาทใหม่ คือ บทบาทของการเป็นมารดา ซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤติตามวุฒิภาวะทั้งต่อการเป็นมารดาและการเป็นวัยรุ่นในเวลาเดียวกัน ในปัจจุบันอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะพบว่าวัยรุ่นที่คลอดบุตรมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-17 ปี ซึ่งในขณะเดียวกันก็มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจำนวนไม่น้อยที่ต้องกลายมาเป็นแม่ขณะที่ยังไม่พร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดังกล่าวจะพบได้ว่า แนวโน้มความรุนแรงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อจำนวนอายุวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ลดลง

2. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัจจุบันประชากรวัยรุ่นกำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลการสำรวจประชากรโลกในปี 2011 พบว่า ปัจจุบันมีประชากรโลกทั้งหมด 6.9 พันล้านคน โดยเป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ถึง 341 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในภูมิภาคเอเชีย (Population Reference Bureau, 2011) และจากการคาดการณ์ของสหประชาชาติ พบว่า ประชากรในกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1,253 พันล้านคนในปี 2025 (United Nations, 2004) จึงถือได้ว่า วัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในฐานะทรัพยากรมนุษย์ทั้งในปัจจุบันและในการพัฒนาประเทศระยะยาวเป็นเป้าหมายในการสร้างคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในด้านภาวะเจริญพันธุ์ พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตร การมีครอบครัว และการมีความสัมพันธ์ทางเพศ แต่ในปัจจุบันกลับพบว่าปัญหาที่สำคัญของวัยรุ่น คือ ปัญหาการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของประเทศที่กำลังพัฒนาว่า แม่วัยรุ่นจะต้องเผชิญปัญหาสำคัญหลายประการ แม้ว่าปัจจุบันอายุการแต่งงานของสตรีจะสูงขึ้นเนื่องจากการศึกษาและการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพแต่ก็ยังมีวัยรุ่นจำนวนมากที่ตั้งครรภ์โดยไม่พึงปรารถนา (World Health Organization, 1993) ซึ่งเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเกือบทุกประเทศทั่วโลก

จากข้อมูลสถิติการคลอดบุตรในวัยรุ่นทั่วโลก พบว่า ในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน โดยประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา จากการแบ่งพื้นที่ขององค์การอนามัยโลกกำหนดเป็น 6 ภูมิภาค ประกอบด้วยแถบมหาสมุทรแปซิฟิกตะวันตก แถบทวีปยุโรป แถบมหาสมุทรเมดิเตอร์เรเนียน แถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แถบทวีปอเมริกา และแถบทวีปแอฟริกา โดยพบอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุ 15 ถึง 19 ปีสูงสุดในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกา และบางประเทศในเอเชีย รองลงมา คือ ประเทศในแถบทวีปอเมริกา และประเทศในแถบทวีปยุโรป ส่วนประเทศที่มีอัตราการคลอดบุตรในสตรีวัยรุ่นต่ำสุดคือ ประเทศแถบสแกนดิเนเวีย สวิตเซอร์แลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลี และจีน (World Health Organization, 2006)

จากข้อมูลปี 2010 พบอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปีของแต่ละภูมิภาคตามรายละเอียดดังนี้ แถบมหาสมุทรแปซิฟิกตะวันตก พบว่า มีอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี เท่ากับ 11 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน โดยประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวมีอัตราการคลอดบุตรสูงสุดเท่ากับ 110 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน และประเทศสาธารณรัฐเกาหลีมีอัตราการคลอดบุตรต่ำสุดเท่ากับ 2 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน

แถบทวีปยุโรป พบอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี เท่ากับ 23 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน โดยประเทศสาธารณรัฐตุรกีมีอัตราการคลอดบุตรสูงสุด เท่ากับ 51 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน และประเทศสาธารณรัฐชานมารีโนมีอัตราการคลอดบุตรต่ำสุดเท่ากับ 1 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน

แถบทวีปมหาสมุทรเมดิเตอร์เรเนียน พบอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี เท่ากับ 35 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน โดยประเทศรัฐอิสลามอัฟริกาสถาน มีอัตราการคลอดบุตรสูงสุดเท่ากับ 151 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน และประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยอาหรับลิเบียมีอัตราการคลอดบุตรต่ำสุดเท่ากับ 4 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน

แถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี เท่ากับ 55 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน โดยประเทศสาธารณรัฐบังคลาเทศ มีอัตราการคลอดบุตรสูงสุดเท่ากับ 127 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน และประเทศสาธารณรัฐมัลดีฟส์ มีอัตราการคลอดบุตรต่ำสุดเท่ากับ 8 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน

แถบทวีปอเมริกา พบอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี เท่ากับ 61 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน โดยประเทศสาธารณรัฐนิการากัว มีอัตราการคลอดบุตรสูงสุดเท่ากับ 109 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน และประเทศแคนาดามีอัตราการคลอดบุตรต่ำสุดเท่ากับ 14 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน

แถบทวีปแอฟริกา พบอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี เท่ากับ 118 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน โดยประเทศสาธารณรัฐไนเจอร์มีอัตราการคลอดบุตรสูงสุด เท่ากับ 199 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกันและประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนแอลจีเรียมีอัตราการคลอดบุตรต่ำสุดเท่ากับ 4 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงวัยเดียวกัน

จากอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี ของทั่วโลก พบว่า ทวีปแอฟริกา มีอัตราการคลอดบุตรสูงสุด คือ ประเทศสาธารณรัฐไนเจอร์ ซึ่งมีอัตราการคลอดบุตรเท่ากับ 199 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี และมีอัตราต่ำสุดที่ประเทศแถบทวีปยุโรป คือ สาธารณรัฐชานมารีโน ซึ่งมีอัตราการคลอดบุตรเท่ากับ 1 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี สำหรับประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการคลอดบุตรเท่ากับ 55 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี และพบอัตราการคลอดบุตรสูงสุดที่ประเทศสาธารณรัฐบังคลาเทศ เท่ากับ 127 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี ส่วนอัตราการคลอดบุตรต่ำสุดที่ประเทศสาธารณรัฐมัลดีฟส์เท่ากับ 8 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี โดยประเทศไทย

มีอัตราการคลอดบุตรของหญิง 15 ถึง 19 ปี เท่ากับ 46 ต่อ 1,000 ประชากรของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี (World Health Organization, 2010b, p.29)

ตาราง 1 แสดงอัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นไทยทั่วประเทศ พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ. 2552

พ.ศ.	มารดา ทุกอายุ (คน)	อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์		อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2552	787,739	3,299	0.42	106,726	13.55
2551	797,356	3,043	0.38	95,747	12.01
2550	811,384	3,054	0.38	108,519	13.37
2549	802,924	2,911	0.36	104,604	13.03
2548	809,807	2,941	0.36	104,347	12.89
2547	822,575	3,014	0.37	105,199	12.79
2546	778,445	2,479	0.32	96,428	12.39
2545	771,787	2,268	0.29	92,537	11.99
2544	766,107	2,185	0.29	91,487	11.94
2543	786,018	2,031	0.26	92,706	11.79

ที่มา: ระบบรายงานสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์ พ.ศ.2554, 2554

จากตาราง 1 อัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นไทยทั่วประเทศ พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2552 พบอัตราการคลอดบุตรในมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ร้อยละ 0.26, 0.29, 0.32, 0.37, 0.36 และ 0.42 ตามลำดับ สำหรับอัตราการคลอดบุตรในมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ร้อยละ 11.79, 11.94, 11.99, 12.39, 12.79, 12.89, 13.03, 13.37, 12.01 และ 13.55 ตามลำดับ จากข้อมูลในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาจะพบว่า อัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์มีค่าสูงกว่าเกณฑ์การเฝ้าระวังที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10

ถึงแม้ว่าอัตราการคลอดบุตรในมารดาวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์จะไม่พบค่าสูงเกินเกณฑ์ ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้แต่จะพบได้ว่ามีอัตราดังกล่าวได้เพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตร พ.ศ.2552
จำแนกตามภาค

ภาค	มารดา ทุกอายุ (คน)	อายุต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์		อายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทั้งประเทศ	787,739	3,299	0.42	106,726	13.55
กรุงเทพมหานคร	104,935	306	0.29	9,282	8.85
ภาคกลาง	207,701	1,064	0.51	31,337	15.09
ภาคเหนือ	113,520	651	0.57	17,150	15.11
ภาคใต้	139,538	385	0.28	15,605	11.18
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	222,045	893	0.40	33,352	15.02

ที่มา: ระบบรายงานสภาวะการมีบุตรของวัยรุ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์ พ.ศ.2554, 2554

จากตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตร พ.ศ.2552 จำแนกตามภาค พบว่า จำนวนร้อยละการคลอดบุตรของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์มีค่าสูงเกินเกณฑ์ ใฝ่ระวังในเกือบทุกภูมิภาค โดยเฉพาะในภาคเหนือ ร้อยละ 15.11 ภาคกลางร้อยละ 15.09 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 15.02 และภาคใต้ ร้อยละ 11.18 ตามลำดับ และเป็นที่น่าสังเกตว่ากรุงเทพมหานคร มีค่าร้อยละ 8.85 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้นทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ส่งผลกระทบต่อประชากรในแง่ของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากเยาวชนหรือวัยรุ่นเป็นวัยที่ควรจะต้องอยู่ในช่วงของการศึกษา หากวัยรุ่นตั้งครรภ์ในช่วงอายุนี้อาจทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ต่อมารดาและเด็ก

การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Unwanted pregnancy) คือ การตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นที่ต้องการ หรือเมื่อไม่พร้อม ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ก่อนสมรส ตลอดจนความไม่พร้อม ในด้านภาวะต่างๆ ด้านเศรษฐกิจ และการไม่รับผิดชอบของคู่อภิหรือสามี โดยปกติเมื่อมีการร่วมเพศ โดยที่ไม่วางแผนย่อมนำมาซึ่งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่ถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนที่จะตั้งครรภ์อย่างดี การตั้งครรภ์นั้นก็อาจเปลี่ยนไปเป็นครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่น

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นสามารถแบ่งออกได้ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น และปัจจัยแวดล้อม ทางสังคมและวัฒนธรรม (ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ, 2556) ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ได้แก่ ระดับ การศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ โดยแต่ละ ปัจจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ระดับการศึกษามีผลต่อความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นไทย ส่วนหนึ่งมีปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยวัยรุ่นที่แต่งงานก่อนวัยมักจะเป็นกลุ่มที่มี การศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย หรือออกจากโรงเรียนโดยไม่มีงานทำ (Jahan, 2008) จากการสำรวจสถานการณเด็กในประเทศไทย พบว่า มีหญิงไทยที่แต่งงานหรืออยู่กับ ชายก่อนอายุ 18 ปีคิดเป็นร้อยละ 19.7 และร้อยละ 60 ของคนกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือไม่มีการศึกษาเลย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ดังนั้น วัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อยมีโอกาส ที่จะตั้งครรภ์ได้มากกว่ากลุ่มที่มีศึกษาสูงกว่า (สมรัฐ ศรีตระกูล, 2550) นอกจากนี้แล้วความรู้เรื่อง สุขภาพทางเพศและวิธีการคุมกำเนิดมีผลต่อการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือลดความเสี่ยง ในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์และการเข้าถึงบริการด้านอนามัย ของประชากร จำนวน 30,000 คู่ครัวเรือน และสัมภาษณ์หญิง อายุ 15-59 ปี จำนวน 37,511 คน พบว่า ร้อยละ 84 ได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อัตราการ คุมกำเนิดในภาพรวมมีเพียงร้อยละ 15 แต่อัตราการคุมกำเนิดในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์สูง ถึงร้อยละ 80 สำหรับวัยรุ่น อายุ 15-19 ปีที่เคยสมรสเกือบร้อยละ 70 ใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยร้อยละ 44 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 22 ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด และมีเพียงร้อยละ 0.7 ที่ใช้ถุงยาง

อนามัย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) และจากการสำรวจในกลุ่มวัยรุ่นทั่วประเทศไทยกว่า 1,000 คน พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่เห็นว่าการขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ, 2556) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการคุมกำเนิด พบว่า วัยรุ่นที่มีการศึกษาสูงมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า และแม้ว่าวัยรุ่นหญิงบางรายจะมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและตระหนักถึงโอกาสที่จะตั้งครรภ์และติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ แต่ก็ไม่สามารถโน้มน้าวหรือตอรองให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยได้ (สมรัฐ ศรีตระกูล, 2550; ศิริพร จิรวัดมนกุล และคณะ, 2555) นอกจากนี้ในวัยรุ่นที่มีการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

1.1.2 การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

แม้จะไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นไทย แต่ก็พบว่าวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ได้มากกว่าซึ่งอาจเป็นเพราะอาการมึนเมา หรือขาดสติจึงขาดการป้องกันการคุมกำเนิด หรือไม่สามารถป้องกันตนเองได้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา พบว่า ในกลุ่มนักเรียนหญิงที่เสพยาบ้าและนักเรียนชายที่สูบกัญชามีโอกาสที่จะตั้งครรภ์หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติดประมาณ 2-3 เท่า เช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช พบการใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) จากการใช้สารเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

1.2 ปัจจัยด้านครอบครัวของวัยรุ่น

ลักษณะของครอบครัวที่เลี้ยงดูมีผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น เช่น การเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อวิถีการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน ปลูกฝังค่านิยม และการให้โอกาสทางการศึกษากับลูกหลาน นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับบุคคลในครอบครัวก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน จากการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ชี้ว่า ปัจจัยครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ, 2556) เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาเมื่อระยะผ่านไปความเป็นบุคคลจะค่อยๆ พัฒนาขึ้นตามลำดับจากกระบวนการที่เด็กและเยาวชนมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง, 2557) ทั้งนี้ ในครอบครัวที่มีความอบอุ่น วัยรุ่นจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีความเข้มงวดในครอบครัว และการอบรมสั่งสอนให้รักนวลสงวนตัว (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ,

2556) ในทางตรงกันข้ามเด็กและเยาวชนที่ขาดความรักหรือการแสดงออกความรักจากครอบครัว ทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณแม่ของตนรักพี่หรือน้องมากกว่าตนเอง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างครอบครัวขึ้น ในบางครั้งพ่อแม่สร้างความกดดันให้กับบุตรโดยไม่รู้ตัว เช่น การคาดหวังให้บุตรเรียนหนังสือให้ได้ผลการเรียนในระดับสูงๆ มีการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ทำให้ขาดการนับถือตนเองและมองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญต่อครอบครัว ทำให้หันไปให้ความสนใจกับเพื่อนและเพื่อนต่างเพศมากขึ้น และเริ่มคบหากับเพื่อนชายที่ให้ความสำคัญและเข้าใจตนเองได้มากกว่าพ่อแม่ เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นส่วนใหญ่จะไม่บอกพ่อแม่ และเมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พ่อแม่ส่วนใหญ่กลับรู้สึกที่เกิดจากตัวบุตรเองมากกว่าจากการเลี้ยงดูของครอบครัว ในวัยรุ่นที่อยู่อาศัยในครอบครัวขยาย (extended family) ทำให้มีคู่แข่งชิงช้าลง เนื่องจากมีญาติคอยดูแลไม่ให้เกิดอุบัติเหตุทางเพศ และกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักถูกเลี้ยงดูแบบไม่ใช้เหตุผล ผู้ปกครองมีอาชีพไม่มั่นคง มีการศึกษาและรายได้ต่ำ มีการหย่าร้างในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้รายได้รวมของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา รูปแบบการเลี้ยงดู ประวัติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของมารดาและญาติ ความสัมพันธ์กับพี่น้องของวัยรุ่น (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) ล้วนส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

1.3 ปัจจัยด้านแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เช่น การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ กำแพงพันธ์, 2552) การคบเพื่อนที่ชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่ว (บึงปอนด์ รักอำนวยกิจ และคณะ, 2556) การมีภูมิลำเนาในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง ซึ่งมีประเพณีและความเชื่อของคนในท้องถิ่นแตกต่างกัน เช่น วันวาเลนไทน์ เทศกาลแข่งเรือ หรือวันปีใหม่ (สุรเดช บุญยะเวทย์ และคณะ, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรง การถูกบังคับขืนใจ (sexual coercion) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นไทยเช่นเดียวกัน ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมยังมีส่วนกำหนดให้มีการแต่งงานในวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุน้อย ดังจะเห็นได้จากภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของหญิงที่แต่งงานหรืออยู่กับชายก่อนอายุ 18 ปี สูงกว่าภาคอื่นๆ ร้อยละ 23.5 และร้อยละ 23.8 ตามลำดับและร้อยละ 30 ของหญิงที่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี อยู่ในครัวเรือนที่พูดภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเชิงสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมหลายปัจจัย โดยในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า มีปัจจัยมาจากวัฒนธรรมที่นิยมแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อยหรือฐานะความเป็นอยู่ที่ยากจนเป็นเหตุให้วัยรุ่นหญิงต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ขาดความรู้และศักยภาพที่จะป้องกันตัวเองจากการถูกละเมิดทางเพศ ไม่ทราบวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือเชื่อมโยงเป็นลูกโซ่ โดยปกติเมื่อมีการร่วมเพศโดยไม่วางแผน ย่อมนำมาซึ่งการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

2. ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมักขาดความพร้อมในการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร ทำให้มีอัตราเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาและผลกระทบต่างๆ ต่อมารดาและทารกทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถพบได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดได้มากกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่

2.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนเพศและอวัยวะเพศเริ่มทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ มีความเจริญของกามด้านสติปัญญา ทำให้อยากเรียนรู้สิ่งต่างๆ แต่การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในระยะที่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาได้มากมาย กล่าวคือ การตั้งครรภ์ทำให้พัฒนาการทางร่างกายหยุดชะงักไป การเจริญเติบโต โดยเฉพาะด้านความสูงลดลง (พิริยา ศุภศรี และคณะ, 2549) เนื่องจากสภาพร่างกายของวัยรุ่นยังไม่พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์เพราะอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และคลอดบุตรยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ มดลูกและรังไข่มีขนาดเล็ก ผนังมดลูกและต่อมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของมดลูกยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ มีผลทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง น้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อย ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร ติดเชื้อที่ฝีเย็บ รวมทั้งโอกาสการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ (บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงษ์, 2550, หน้า 401-407; Thaitae, S. and Thato, R., 2011, pp.342-346) โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่มีฐานะยากจน ไม่ได้รับโภชนาการที่ดี ไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี จะพบภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งตัวมารดาวัยรุ่นและต่อทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีการเติบโตช้าพัฒนาการทางสมองมีน้อยหรืออาจหยุดชะงัก ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักน้อย มารดาวัยรุ่นเองอาจมีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์เป็นพิษ มีอัตราการชักสูงกว่าปกติ ภาวะคีโชนของทารกในครรภ์ไม่ได้สัดส่วนกับอุ้งเชิงกราน ภาวะเจ็บครรภ์คลอดนานกว่าปกติ เพราะการเจริญเติบโตของอุ้งเชิงกรานไม่สมบูรณ์เต็มที่ และพบภาวะการคลอดก่อนกำหนด

เป็นสองเท่าของหญิงตั้งครรภ์ปกติ (วสันต์ เวทย์วัฒน์ชัย, 2551) และพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะเสียชีวิตก่อนอายุ 1 ปี เป็นสัดส่วนถึง 1-1.5 เท่าของทารกที่เกิดจากมารดาอายุ 20-29 ปี (มยุรี นกยูงทอง, 2540, หน้า 7-9) รวมทั้งภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมจากการคลอดก่อนกำหนดและการตั้งครรภ์เกินกำหนด (มีอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 42 สัปดาห์) ซึ่งจะทำให้มีปัญหาความผิดปกติทางระบบประสาท หูหนวก ตาบอดและมีความพิการสูงกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติ (สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล และคณะ, 2554; สมรัฐ ศรีตระกุล, 2551, หน้า 1425-1431) นอกจากนี้ภาวะดังกล่าวแล้ว ยังพบการคลอดที่ล่าช้า (Prolonged labour) จากการผิดพลาดระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน (ขวมาย สืบบุญการณ, 2554, หน้า 124) หากไม่สามารถให้การช่วยเหลือในการคลอดอย่างถูกต้องได้ทันเวลาที่แล้ว อาจทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้ จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์และคลอดบุตร จากการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น ทำให้เกิดความสับสน เครียด หงุดหงิดกังวล ภาวะดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อภาวะทางด้านจิตใจของมารดาวัยรุ่นอีกด้วย

2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่ซับซ้อนที่สุด เป็นรอยต่อของชีวิตจากเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ การเจริญเติบโตทางเพศที่ชัดเจนมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนทางเพศซึ่งมีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และความคิดอย่างมาก ดังนั้น วัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ในช่วงนี้ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในจิตใจไม่ว่าการตั้งครรภ์จะจบลงด้วยการแท้งหรือการคลอดก็ตาม โดยเฉพาะในรายที่การตั้งครรภ์เกิดจากการกระทำผิดทางเพศ ซึ่งการตั้งครรภ์ดังกล่าวไม่ได้วางแผนตั้งครรภ์หรือเป็นครรภ์ก่อนสมรส ทำให้แม่วัยรุ่นเกิดความกลัว ความรู้สึกผิด รู้สึกสับสน (พิริยา ศุภศรี และคณะ, 2549) และอาจมีความคิดว่าตนเองจะไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนที่หลังมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอาการแปรปรวน หงุดหงิด โกรธง่าย รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง เศร้า ทำร้ายตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่ามารดาวัยรุ่นมีการทำร้ายและทอดทิ้งบุตรมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 10 คิดเป็นอัตราเฉลี่ย วันละ 2.61 คนต่อแสนประชากร (สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2553) เนื่องจากมารดาเหล่านี้มีอายุน้อย การพัฒนาทางด้านจิตใจและอารมณ์ยังไม่เพียงพอต่อการเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (เนตรชนก แก้วจันทา, 2555, หน้า 83-90) และในบางรายหาทางออกด้วยการทำแท้ง โดยเฉพาะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสามี ครอบครัว และสังคมรอบข้าง (วิเศษฐ วัชรโรทน, 2553, หน้า 228; Nirattcharadom, M., et al., 2005, pp. 63-75) ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ต้องออกจากการเรียน ตกลงงานทำให้ไม่มีรายได้ รวมถึงไม่ได้

รับการส่งเสริมให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมระหว่างตั้งครรภ์อันเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดปัญหา และผลกระทบต่อทางสัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นตามมา

2.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ต้องหยุดพัก การเรียน ออกจากโรงเรียน หรือออกจากงานจึงขาดรายได้สำหรับค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ คลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร หรือบางรายต้องประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำ เศรษฐกิจของ ครอบครัวไม่ดี ชีวิตครอบครัวไม่ราบรื่น (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554; วิไล รัตนพงษ์, 2544) หญิงที่มีการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์มักจะมี การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและแม้จะคงการตั้งครรภ์และคลอดบุตรเด็กที่เกิดมามากถูกทอดทิ้งหรืออาจถูก ฆาตกรรมตั้งแต่แรกคลอด เพราะมารดาวัยรุ่นมักขาดวุฒิภาวะและความพร้อมที่จะเลี้ยงดูเด็ก ในกรณีที่แต่งงานก็มักมีชีวิตครอบครัวที่ไม่ราบรื่น มีการแยกทางกันสูง หญิงวัยรุ่นต้องทำงานหา รายได้แต่วุฒิการศึกษาที่อยู่ในระดับต่ำทำให้ด้อยโอกาสในการเลือกงานทำ ส่งผลต่อเศรษฐกิจ ของครอบครัว (พิริยา ศุภศิริ และคณะ, 2549) รวมทั้งเป็นภาระของรัฐบาลที่ต้องรับผิดชอบ ด้านบริการสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีรายได้ต่ำเหล่านี้ จะเห็นว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักถูกตีตรา จากสังคมในเชิงจริยธรรมว่าวัยรุ่นมีความเป็นเด็กเกินกว่าการเป็นแม่ เด็กนักเรียนไม่ควรตั้งครรภ์ เป็นเด็กใจแตก หรือไม่มั่นคงส่วนตัว ซึ่งการถูกตีตราดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคมในปัจจุบันยังหน่วยงานที่ให้ บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่ไม่พึงประสงค์ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งๆ ที่มีมารดาวัยรุ่นจำนวนมากที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อมมีสิทธิ โดยพื้นฐานที่จะตัดสินใจทางเลือกสำหรับชีวิตของตนเองที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของตนเอง แม้จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ แต่บริการทำแท้งที่ปลอดภัยมีอย่างจำกัด ผู้หญิงจำนวนมาก จึงมักต้องแสวงหาทางออกด้วยการทำแท้งเถื่อนซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพและมีจำนวนมากต้องเสียชีวิต แม้บางรายเลือกที่จะคงการตั้งครรภ์ต่อแต่ยังขาดการช่วยเหลือที่ครอบคลุมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นเพื่อให้สตรีวัยรุ่นสามารถตั้งครรภ์ คลอด และเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ ทุกภาคส่วนและบุคคลที่เกี่ยวข้องจึงควรมองในเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบเชื่อมโยงบริบท ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งตัววัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน และสังคม โดยเฉพาะการขาดสิทธิในการเลือก แนวทางที่ดีสำหรับตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่น

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่สะท้อนประสิทธิภาพของบุคคลและสังคม เป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องการให้เกิดแก่ตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ ซึ่งมีการสร้างเกณฑ์มาตรฐานเพื่อให้สามารถยกระดับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ กล่าวคือ ในประเทศใดก็ตามที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นได้นั้นย่อมขึ้นกับคุณภาพประชากรของประเทศนั้นๆ ทำให้คุณภาพชีวิตได้รับการกำหนดให้เป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ หน่วยงานภาครัฐจึงได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรจากการทบทวนวรรณกรรมมีนักวิชาการได้ให้นิยามความหมาย คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย รวมทั้งได้อธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ขั้นตอนการประเมินคุณภาพชีวิตและเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตได้มีผู้นิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย โดยแนวคิดส่วนใหญ่มองว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติที่เกิดจากกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถบรรยายตีความจากภาษาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ พื้นฐานความรู้ และข้อเท็จจริงต่างๆ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องของแง่อยู่ของตัวบุคคล จึงทำให้การนิยามของคุณภาพชีวิตยังไม่มี ความหมายที่แน่นอนตายตัว (McSweeny and Creer, 1995, pp.6-71) การนิยามคุณภาพชีวิตเป็นเพียงการนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะประเด็น โดยเป็นคำจำกัดความหรือความหมายที่นักวิชาการหรือหน่วยงานต่างๆ ได้พยายามนิยามไว้ ซึ่งอิงจากพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ของตน ทำให้ความหมายของคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างหลากหลายมิติ

สำหรับในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2528, หน้า 1) ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่มีความเหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสภาวะการณ์ของสังคมในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญและเหมาะสมอย่างน้อยประกอบด้วย การมีอาหารเพียงพอ มีเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยเหมาะสม รวมถึงการได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีพทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการนิยามความหมายคุณภาพชีวิตในระยะแรกได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตในลักษณะที่เป็นวัตถุวิสัย (Objective) เมื่อมีการพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่เชื่อว่าจะทำให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นอกจากองค์ประกอบทางวัตถุวิสัยเท่านั้น

นักวิชาการและหน่วยงานต่างๆ ได้ให้นิยามความหมายของคุณภาพชีวิตที่มีมุมมองแตกต่างหลากหลายมากขึ้น อาทิเช่น องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO, 1981, p.89) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นประสบการณ์ในชีวิตทุกๆ ด้านของบุคคล โดยรวมถึงความพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Dalkey and Rourke, 1973, pp.109-112) ทั้งทางวัตถุที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตจากการมีกิจวัตรประจำวัน (Jackle, 1972, p.362) การพัฒนาตนเองรวมถึงความเท่าเทียมกันของระบบเศรษฐกิจในสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มชุมชนสถาบันชาติ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1995) ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจของในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล (Padilla and Grant, 1985, pp.45-60; พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2530, หน้า 45) ต่อสถานะในจิตใจของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อนครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม (Hunter, 1992, pp.17-20) ความเชื่อและความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม (สวัสดี ภูทอง, 2546, หน้า 65) จากความหมายคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกสิ่งสำคัญ คือ การมองคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม (Subjective) โดยได้รวบรวมเอาข้อที่เป็นส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดีของชีวิตเอาไว้ นอกจากนี้ยังมองว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายๆ มิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งการนิยามความหมายคำว่า คุณภาพชีวิต นับว่ามีการนิยามแตกต่างกันไปเพราะคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางจิตใจที่สามารถบรรยาย ตีความกลับกรองด้านความคิดและภาษาที่มีความแตกต่างกันของผู้ให้นิยามที่เกิดจากพื้นฐานประสบการณ์ ความรู้ ความคิดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเรื่องที่ยึดอยู่กับคุณค่าที่แฝงอยู่ของบุคคลด้วย ดังนั้นการที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ มากมาย และองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือของแต่ละสังคมด้วยเช่นกัน

จากการให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสภาพทางด้านร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน สภาพทางจิตใจของตนเอง ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องประกอบด้วยปัจจัย ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลายประการที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องเกื้อกูลและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งหากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งได้รับผลกระทบย่อมหมายถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ถูกรบกวนให้ด้วยคุณภาพลง ซึ่งได้มีนักวิชาการสาขาต่างๆ ได้เสนอองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์แตกต่างกันไปตามรายละเอียด ดังนี้

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้นั้นนอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัย 4 ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตโดยทั่วไป อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคแล้ว ยังต้องประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ (Flanagan, 1987, pp.138-147; ทวีรัสมิ ธนาคม, 2533) คือ

1. ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวิถีทางด้านร่างกาย อันได้แก่ การมีสุขภาพและพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ส่วนทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่อยู่อาศัย มีอาหารที่ดีและมีเครื่องอำนวยความสะดวก

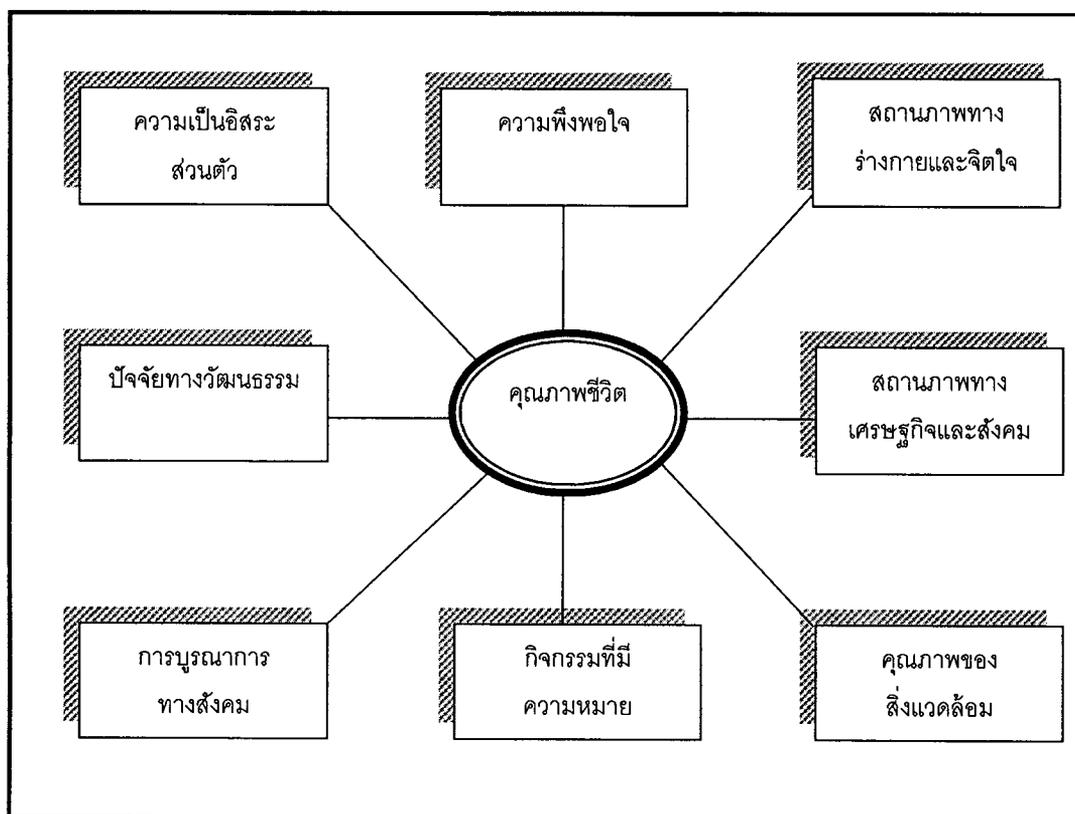
2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การที่ครอบครัวจะอยู่ได้อย่างมั่นคงต้องอาศัยความเข้าใจซึ่งกันและกัน การให้อภัยและความรับผิดชอบในครอบครัว รวมทั้งการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนฝูงและคู่สมรส

3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน คือ การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม โดยคนทุกคนควรมีความตั้งใจแน่วแน่ในการทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่นและส่วนรวม การทำกิจกรรมในสังคมอาจทำได้หลายอย่างจะกระทำทำด้วยกริยาหรือวาจาก็ได้

4. พัฒนาการด้านบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และการเข้าใจตนเอง เรียนรู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. สันทนาการและการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ นับว่าเป็นการทำให้เวลาที่มีคุณค่าแก่ตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

Hughes (1981) ได้อธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้



ภาพ 1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ที่มา: Hughes, 1981

Hughes ได้อธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

1. ความเป็นอิสระส่วนตัว คือ ทางเลือก การตัดสินใจ การควบคุม และความเป็นส่วนตัว
2. ปัจจัยทางวัฒนธรรม คือ อายุ เพศ ชนชั้น เชื้อชาติ ศาสนา
3. การบูรณาการทางสังคม คือ เครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วย การติดต่อกับครอบครัว การติดต่อทางสังคม การติดต่อในแง่การสนับสนุน บทบาททางสังคม สติหรือความรับผิดชอบต่อสังคม
4. กิจกรรมที่มีความหมาย คือ กิจกรรมประจำวัน การสันทนาการ งาน ความสนใจ
5. คุณภาพของสิ่งแวดล้อม คือ ความอบอุ่น ความสบาย ความมั่นคง พื้นที่ในแง่ส่วนบุคคล การตกแต่ง เครื่องอำนวยความสะดวก ความเป็นปกติ และกฎเกณฑ์ต่างๆ
6. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม คือ รายได้ อาชีพ ที่อยู่อาศัย โภชนาการ
7. สถานภาพทางร่างกายและจิตใจ คือ สุขภาพทางกาย ความทุกข์ทรมาน ความสามารถตามหน้าที่ การต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น

8. ความพึงพอใจ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสมดุลในความรู้สึก สุขภาพทางจิตวิทยา การมองภาพตนเองในทางบวก

Ben-Chieh Liu (1976, p.12) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมี 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ องค์ประกอบด้านจิตพิสัย (Subjective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านจิตวิทยาและองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย (Objective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้านจิตพิสัยนี้เป็นองค์ประกอบเชิงคุณภาพและขึ้นอยู่กับบุคคลเป็นอันมาก ส่วนองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัยนั้นเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณและสามารถวัดได้

Lin Zhan (1992, p.796) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตควรมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (physical self) เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะ หน้าที่ในภาคปกติ และยามเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และการรับรู้คุณค่าของรูปร่างหน้าตาและอวัยวะส่วนต่างๆ รวมถึงภาพลักษณ์ของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่อยู่ในตัวบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สถานที่และบทบาทของบุคคลในสังคม

3. ภาวะสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (health and functioning) ภาวะสุขภาพ คือ ความสมดุลขององค์ประกอบภายในตัวบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ คือ สังคม สิ่งแวดล้อม ชุมชน เป็นต้น

4. สังคม และเศรษฐกิจทางสังคม ได้แก่ การศึกษา และรายได้

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO (1981, p.1) ได้ชี้ให้เห็นว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ คือ

1) อาหาร 2) สุขภาพอนามัยและโภชนาการ 3) การศึกษา 4) สิ่งแวดล้อมและทรัพยากร 5) ที่อยู่อาศัย และการตั้งถิ่นฐาน 6) การมีงานทำ 7) ค่านิยม ศาสนา จริยธรรม กฎหมายและปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

จะเห็นได้ว่า การที่มนุษย์เราจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมายและแต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม คุณภาพชีวิตนับว่าเป็นสิ่งเกี่ยวพันซึ่งกันและกันเนื่องจากคุณภาพชีวิตในด้านหนึ่งสามารถกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ได้ ดังนั้นคุณภาพชีวิตของบุคคลควรพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ผลทั้งทางด้านวัตถุวิสัยและจิตพิสัย รวมทั้งควรมีเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล

3. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นมาตรฐานสากล อย่างไรก็ตามองค์การยูเนสโก (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO, 1980, p.312) ชาน (Zhan, 1992, p.796) และนิคาร์ตัน ศิลปะเดช (2538, หน้า 5) ได้แบ่งเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่สามารถมองเห็นได้ นับได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ อัตราการเป็นโรค ลักษณะเหตุการณ์เน้นพฤติกรรม หรือลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. ตัวบ่งชี้ทางด้านจิตวิทยา (Subjective Indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจ ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข และควมามีคุณค่าในตนเอง

Mickey Smith (1996, p.323) ได้แบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (generic instrument) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับทุกโรค ทุกกลุ่มผู้ป่วยและผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีความครอบคลุมทุกๆ ด้านของคุณภาพชีวิต ซึ่งเครื่องมือประเภทนี้อาจน้อยที่สุดต้องประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเชื่อถือ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-QOL) แบบวัดคุณภาพชีวิตของ RAND-36 Item Health Survey (SF-36)
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง ปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเชื่อถือ เช่น Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), Diabetes Quality of Life (DQOL), Function Living Index Cancer (FLIC), Quality of Life in Epilepsy (QOLIE), HIV Overview of Problem Evaluation System (HOPES)

องค์การอนามัยโลกได้สร้างเครื่องชี้วัดสำหรับการวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้น (World Health Organization Quality of Life assessment instrument: WHOQOL) เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก แม้ว่าจะมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยมีแนวความคิดที่ว่า คุณภาพชีวิตคือการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งที่คุณค่าเกี่ยวข้องอยู่อันเป็นผลซับซ้อนมาจากสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล เหตุผลที่องค์การอนามัยโลกต้องริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเนื่องจากแต่เดิมการประเมินคุณภาพชีวิตในอดีตมักจะมุ่งวัดสุขภาพทางกายเท่านั้น ซึ่งเครื่องชี้วัดทางสถานะสุขภาพที่ผลิตขึ้นส่วนมากจะถูกพัฒนามาจากอเมริกาเหนือและทางอังกฤษ ดังนั้นการแปลเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ในประเทศอื่นๆ เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาและอาจใช้ไม่ได้ผลไม่ดี ซึ่งเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการรักษาทางการแพทย์ (World Health Organization, 1993, pp.153-159) องค์การอนามัยโลกจึงมีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพ ผลของวิธีการรักษา โดยเฉพาะในเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย

4. การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกสามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ค่าหาคะแนนพื้นฐาน (baseline score) ในพื้นที่ที่ต้องการและสามารถให้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพ รวมทั้งยังมีประโยชน์อย่างยิ่งในกรณีศึกษาการดำเนินของโรคและอาการของโรคสำหรับทางระบาดวิทยา เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตจะให้รายละเอียดข้อมูลคุณภาพชีวิตที่รวบรวมได้จากประชากรเฉพาะกลุ่มช่วยให้เข้าใจโรคที่เจ็บป่วยและช่วยในการพัฒนาวิธีการรักษาอาการให้ดียิ่งขึ้น การศึกษาทางระบาดวิทยาในหลายๆ ประเทศได้ใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) เพื่อวิจัยหาคุณภาพชีวิตจากหลายๆ ท้องที่แต่เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวยังมีความซับซ้อนและข้อคำถามที่ยากจึงมีการพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ (WHOQOL-BREF) ซึ่งมีความเป็นสากลสามารถนำไปใช้ในประเทศต่างๆ ได้ เพราะเครื่องมือดังกล่าวถูกพัฒนาให้ใช้ได้โดยไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการทางการแพทย์ และแง่ของกฎหมายในแต่ละประเทศ ซึ่งปัจจุบันในประเทศที่ยังไม่มีเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตได้มีการศึกษาพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกในการนำไปใช้วางแผนนโยบายสุขภาพภายในประเทศอีกด้วย

การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100)

การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต ชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (World Health Organization, 1993) ดังต่อไปนี้

1. สร้างความเข้าใจในแนวคิดของคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นมุมมองของการประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย (subjective) ที่ฝังแน่นกับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อมเน้นที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ โดยไม่ได้วัดในรายละเอียดของอาการโรคหรือสภาพต่างๆ แต่ถือว่าเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต โครงสร้างของเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต ชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) จึงประกอบด้วยหลากหลายมิติ

2. โครงสร้างของคุณภาพชีวิต สำรวจหาโครงสร้างของคุณภาพชีวิตจากพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความแตกต่างกันในด้านการให้บริการทางสุขภาพและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เช่น บทบาทครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับตนเองจำนวน 15 แห่งทั่วโลก โดยสอบถามกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ผู้ป่วยและคนปกติ และนำมาสร้างข้อคำถามแห่งละไม่เกิน 6 ข้อ

3. รวบรวมข้อคำถามจากพื้นที่ต่างๆ โดยการจัดกลุ่มข้อคำถามตามความหมายทางภาษา ทั้งหมด 236 ข้อคำถาม ครอบคลุม 29 หัวข้อและนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 300 คน ของในแต่ละพื้นที่หลังจากนั้นจะคัดเลือกมาเพียง 100 ข้อคำถามซึ่งจะประกอบด้วยหัวข้อทางคุณภาพชีวิต 24 หัวข้อ แต่ละหัวข้อมี 4 คำถาม และมีหัวข้อที่เกี่ยวกับคุณภาพและสุขภาพโดยรวมอีก 4 ข้อคำถาม โดยจะจัดให้เป็น 6 ด้าน

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) เป็นเครื่องมือที่มีข้อคำถาม 100 ข้อ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยในแต่ละด้านอธิบายด้านพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่ สมรรถภาพหรือศักยภาพ การรับรู้ หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลซึ่งประกอบด้วยกัน 6 ด้าน (World Health Organization, 1997, pp.3-4) คือ

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น ความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายของบุคคล (pain and discomfort) พละกำลังและความเมื่อยล้าในชีวิตประจำวัน (energy and fatigue) การหลับนอนและการพักผ่อน (sleep and rest)

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง (positive feelings) การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองและความรู้สึกที่ไม่ดีที่มีต่อตนเอง (negative feelings) ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ (thinking, learning, memory and concentration) ความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) รวมทั้งการรับรู้ถึงภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง (bodily image and appearance)

3. ด้านระดับความเป็นอิสระ (level of dependence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ของตนเองไม่ต้องพึ่งพาศบุคคลอื่น ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) การพึ่งยาหรือการรักษาทางการแพทย์ (dependence on medicinal substances and medical aids) และความสามารถในการทำงาน (working capacity)

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (personal relationship) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และกิจกรรมทางเพศ (sexual activity)

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (home environment) แหล่งการเงิน (financial resource) สวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม (health and social care: availability and quality) โอกาสในการได้รับข่าวสารหรือฝึกทักษะ (opportunities for acquiring information and skills) การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการและการใช้เวลาว่าง (participation in and opportunities for recreations and leisure) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) และการคมนาคม (transport)

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spiritual/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีคำถามอีก 1 ด้าน คือ ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม (Overall quality of life and health) จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่มี 100 ข้อ (WHOQOL-100) ซึ่งมีจำนวนข้อมากไปทำให้เสียเวลาในการเก็บข้อมูลและการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่ คุณภาพชีวิตเป็นเพียงตัวแปรเดียวของหลายๆ ตัวแปรที่สนใจทำการ ศึกษา ถ้ามีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตให้กะทัดรัด สะดวกในการใช้และมีความถูกต้องจึงเป็นการดี ดังนั้น องค์การอนามัยจึงพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF)

การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF)

จากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) ซึ่งมีรายละเอียดของการวัดในแต่ละข้อห่วยย่อยที่มากทำให้เกิดความยุ่งยากในการนำไปใช้ของค์การอนามัยโลก จึงมีการพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) โดยอาศัยข้อมูลจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) ในการพัฒนาในครั้งนี้ เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) จะประกอบไปด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ โดยเลือกมาแต่ละหมวดที่อยู่ในเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ มีคำถามรวมทั้งหมด 26 ข้อประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งนำไปประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม

องค์ประกอบของ WHOQOL-BREF ประกอบด้วย 4 หมวดใหญ่ๆ ดังนี้ (World Health Organization, 2004)

หมวดที่ 1 ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 7 หมวด ดังนี้

1. ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของบุคคล (pain and discomfort) ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถจัดการ ความกลัว ความกังวลและความเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย รวมถึงการใช้ยาเป็นประจำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด สำหรับการรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านร่างกายอาจเกิดจากอาการข้อติด อาการปวด อาการคัน อาการดังกล่ำจะทราบจากอาการแสดงหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วย

2. กำลังและความเมื่อยล้า (energy and fatigue) ประกอบด้วย กำลังวังชา กระตือรือร้น และความอดทนของแต่ละบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการทำงานหรืองานอดิเรกต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกกระปรี้กระเปร่ามีกำลังที่เพียงพอต่อการจัดการกับความเหน็ดเหนื่อยที่อาจมีผลมาจากปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ความเจ็บป่วย อาการซึมเศร้า การออกกำลังกายมากเกินไป ผลทำให้เกิดความเมื่อยล้าและการเพิ่มภาระพึ่งพิงผู้อื่น

3. การนอนหลับและการพักผ่อน (sleep and rest) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและการพักผ่อนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเพียงพอในการนอนหลับและการพักผ่อน ปัญหาในการนอนหลับ เช่น การหลับยาก การตื่นกลางดึก การตื่นนอนเร็ว การตื่นแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก การไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน รวมถึงการใช้ยานอนหลับหรือสารอื่นๆ เพื่อให้หลับ โดยสิ่งที่รบกวนการนอนหลับหรือการพักผ่อนอาจเกิดจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม

4. การเคลื่อนไหว (mobility) ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวของบุคคล จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนไหว ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตแต่ในบางคนความพิการไม่อาจมีผลกระทบต่อ การเคลื่อนไหว เช่น ผู้ที่ใช้รถเข็นบางคน อาจรู้สึกพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวของตนเอง

5. กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living) ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและทรัพย์สิน การทำกิจกรรมที่จำเป็นต่างๆ ในแต่ละวัน อย่างเหมาะสม ระดับการพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวันจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

6. การพึ่งพายาหรือการรักษาทางการแพทย์ (dependence on medicine of treatment) ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลว่าต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร เพื่อให้เกิดความสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

7. ความสามารถในการทำงาน (working capacity) ประกอบด้วย ความสามารถในการใช้พลังกำลังของบุคคลในการทำงาน ซึ่งงานในที่นี้หมายถึงกิจกรรมหลักของบุคคล โดยอาจ จะได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ได้ เช่น การศึกษาเล่าเรียน การทำงานบ้าน

หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ประกอบด้วยหมวดย่อย 6 หมวด ดังนี้

1. ความรู้สึกทางบวก (positive feeling) เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ที่บุคคลมีต่อตนเอง เช่น ความพอดี ความสงบ ความสุข ความหวัง และความสนุกสนานในชีวิต ซึ่งเป็นมุมมองและความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต ความรู้สึกทางลบจะไม่รวมในหมวดนี้

2. ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ (thinking learning memory and concentration) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับความคิด ความจำ การตัดสินใจ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้ เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง รวมไปถึงความเร็วและความชัดเจนของความคิด

3. ความภาคภูมิใจใจตนเอง (self-esteem) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเอง อาจเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การควบคุมตนเอง การประสบความสำเร็จในเรื่องการศึกษา หน้าที่การทำงาน และครอบครัว ความรู้สึกมีเกียรติ การเป็นที่ยอมรับของคนอื่น

4. ภาพลักษณ์และลักษณะทั่วไป (body image and appearance) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองที่ปรากฏให้เห็นทั้งด้านทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจตามอัตมโนทัศน์ของบุคคล รวมถึงการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เกิดจากการเสริมแต่ง เช่น การเสริมสวย การใช้ชาเทียม

5. ความรู้สึกทางลบ (negative feeling) เป็นความรู้สึกทางลบของบุคคลที่มีต่อตนเอง ได้แก่ หมดหวัง เศร้าใจ เสียใจ หมดอาลัย กลัว วิตกังวลและขาดความพึงพอใจในชีวิต

6. จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality/ religion/ personal beliefs) เป็นความเชื่อด้านต่างๆ ของตนเองที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ช่วยให้ชีวิตมีความสุข

หมวดที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้การที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมประกอบด้วย 3 หมวดย่อย ดังนี้

1. สัมพันธภาพส่วนบุคคล (personal relationships) เป็นการแสดงความรู้สึกที่เป็นมิตร ความปรารถนาดี ความรักและความผูกพัน ที่สามารถแสดงออกได้ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เช่น การกอด การสัมผัสจากคนใกล้ชิด การให้และรับความรัก การร่วมทุกข์ร่วมสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงความรักระหว่างเพื่อนรัก คู่ครอง รักต่างเพศ และรักร่วมเพศ

2. การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการแสดงความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ญาติ ในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัว ครอบครัว การทำงาน ตลอดจนความรู้สึกที่ไม่ดีที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน เช่น การพุดจาไม่ดี การทำร้ายร่างกาย

3. กิจกรรมทางเพศ (sexual activity) เป็นการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการกระตุ้นและความต้องการทางเพศของบุคคลที่สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม โดยจะเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับแรงขับทางเพศ การแสดงออกทางเพศ ความสำเร็จทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากเพราะในบางสังคมมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย หรือในบุคคลที่อายุหรือเพศต่างกันก็จะให้คำตอบที่แตกต่างกันไป

หมวดที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 8 หมวดย่อย

1. ความมั่นคงและปลอดภัยทางกายภาพ (physical safety and security) โดยพิจารณาถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตจากสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ เช่น การถูกกดขี่จากผู้อื่นหรือจากการเมือง ตั้งแต่การดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระจนถึงการถูกกดขี่หรือถูกกักขัง นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงสถานที่พักอาศัยที่จะให้ความมั่นคงและความปลอดภัย
2. สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (home environment) พิจารณาถึงสถานที่หลักที่บุคคลอาศัยอยู่เพื่อการหลับนอนหรือเก็บทรัพย์สิน คุณภาพของสถานที่อยู่อาศัยโดยทั่วไปจะประเมินจากความเป็นส่วนตัว มีสิ่งอำนวยความสะดวกและคุณภาพของโครงสร้างตัวอาคาร นอกจากนี้ที่อยู่อาศัยจะรวมถึงสิ่งที่มีความหมายเช่นเดียวกับที่อยู่อาศัยด้วย เช่น สถานอพยพ
3. แหล่งด้านการเงิน (financial resource) พิจารณาจากความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับการเงินและความเพียงพอของรายได้ตนเองที่จะทำให้มีชีวิตและสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงถึงการทำงานทำ
4. การบริการด้านสุขภาพและสังคม (health and social care: availability) โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงบริการที่ให้โดยอาสาสมัครในชุมชนที่ตนได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับว่าเป็นไปตามความต้องการอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความยากง่ายและความเป็นกันเองของการบริการ
5. โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ และการฝึกฝนทักษะใหม่ (opportunities for acquiring information and skills) พิจารณาถึงโอกาสและความต้องการของบุคคลที่จะเรียนรู้ทักษะหรือความรู้ใหม่ ๆ หรือสิ่งที่ทันสมัย โดยอาจจะเป็นโครงการการศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ
6. การมีโอกาสเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่างและการพักผ่อนหย่อนใจ (participation in and opportunity for recreation and leisure) พิจารณาจากความสามารถโอกาสและความสมัครใจของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่าง ทำงานอดิเรกและการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งสามารถทำกิจกรรมได้ตั้งแต่การพบปะเพื่อนฝูง การเล่นกีฬา อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ จนไปถึงการไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรเลย
7. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) พิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เช่น เสียง มลภาวะต่างๆ อากาศและความสวยงามของสิ่งแวดล้อม
8. การคมนาคมขนส่ง (transport) พิจารณาจากความสะดวกในการเดินทางของบุคคลชนิดของพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง แต่ไม่เกี่ยวกับประเภทของการขนส่ง เพื่อให้สามารถประกอบกิจธุระได้ตามต้องการ

จากขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของมนุษย์โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเครื่องมือดังกล่าวเป็นสากลสามารถนำไปใช้ได้ในประเทศต่างๆ ได้ไม่จำกัดซึ่งในหลายๆ ประเทศได้เล็งเห็นว่าคุณภาพชีวิตของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญที่ควรมีการวัดและประเมินจึงได้มีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกให้มีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม สังคมและสภาพแวดล้อมของประเทศนั้นๆ มากขึ้น รวมทั้งประเทศไทยได้มีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต ชุดย่อ ฉบับภาษาไทยขึ้น (WHOQOL-BREF-THAI)

การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

ในปัจจุบันเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) มีการจัดทำไว้ 19 ภาษาทั่วโลก ในประเทศไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้ศึกษาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทยและได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF-THAI โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกันนำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ (WHOQOL-100) ฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลก ยอมรับอย่างเป็นทางการ โดยมีการปรับปรุงภาษาภายในแบบวัดและการคิดคะแนนที่แตกต่างจากเดิมอีกด้วย

5. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization's Quality of Life Instrument-Short Version-Thai version: WHOQOL-BREF-THAI)

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ซึ่งครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) คือ

5.1 ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน

การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

5.2 ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

5.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะด้านต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, และ 11 แยกองค์ประกอบได้ 4 ด้านได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24 รวมทั้งหมด 7 ข้อ
2. ด้านจิตใจ (psychological domain) ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23 รวมทั้งหมด 6 ข้อ
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain) ข้อคำถาม ได้แก่ 13, 14 และ 25 รวมทั้งหมด 3 ข้อ
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 รวมทั้งหมด 8 ข้อ

สำหรับคำถามข้อที่ 1 เป็นคำถามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม และคำถามข้อที่ 26 เป็นคำถามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมจะไม่นรวมอยู่ในองค์ประกอบ ทั้ง 4 ด้านนี้ โดยข้อคำถามทั้ง 26 ข้อจะประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 3 ข้อ ในแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือกให้ผู้เลือกตอบ ไม่เลย, เล็กน้อย, ปานกลาง, มาก หรือ มากที่สุด ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแยะมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแยะ

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยะระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกว่า สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดีมาก

ขั้นตอนการคิดค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินจาก WHOQOL-BREF-THAI

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำตอบทั้ง 26 ข้อในแต่ละข้อจะมีคะแนน 1 ถึง 5 คะแนน
2. ข้อความที่มีความหมายทางบวกจะให้คะแนนตามหมายเลขที่เลือกตอบ

ส่วนข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9, 11 จะกลับคะแนนดังนี้

การเลือกหมายเลข	คะแนนของข้อความทางบวก	คะแนนของข้อความทางลบ
หมายเลข 1	1	5
หมายเลข 2	2	4
หมายเลข 3	3	3
หมายเลข 4	4	2
หมายเลข 5	5	1

ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนตามหมายเลขที่เลือกตอบคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจากพิสัย โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตาราง 3 แสดงการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบไปด้วย การพักผ่อน การกำลั้งกาย ด้านโภชนาการ การทำงาน การรักษาความสะอาดด้านอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่ายและการระบาย พฤติกรรมทางเพศระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการเพิ่มน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์และการรับประทานอาหารมากขึ้นทำให้ทารกตัวโตและคลอดยากกว่าปกติ (วิไล รัตนพงษ์, 2544; อรทัย วงศ์พิกุล, สีนีนารถ แสนรัง และดวงใจ ทองอาจ, 2551)

2. การสนับสนุนจากครอบครัว จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถแสดงบทบาทของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างสมบูรณ์และมีความสุข ประเด็นสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนในการตั้งครรภ์ คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสอนบทบาทความเป็นแม่ การคิดในแง่ดี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (อัญญา ปลอดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์ และสัจญา แก้วประพาฬ, 2554)

3. แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างหญิงตั้งครรภ์และมารดาและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อการแสดงบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างสมบูรณ์ (เยาวัลักษณ์ เสรีเสถียร, 2552)

4. การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม พบว่า ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมสำหรับมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การจัดกิจกรรมหรือโครงการเสริมความรู้เรื่องเพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์ การจัดบริการปรึกษาและให้ความรู้เพื่อหาทางเลือกสำหรับมารดาวัยรุ่น สภาพปัญหาของมารดาวัยรุ่นและครอบครัวและความสามารถในการเข้าถึงระบบการบริการสาธารณสุข (สุธาทิพย์ สุทธิ, 2554)

แนวคิดสวัสดิการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่น ทำให้ทราบถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดสวัสดิการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

สวัสดิการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นสิทธิพื้นฐานที่ควรได้รับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับความคุ้มครองจากรัฐให้ปราศจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรมทั้งมีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟูในกรณีที่มีเหตุดังกล่าวการแทรกแซงและการจำกัดสิทธิของเด็ก เยาวชนและบุคคลในครอบครัว สิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมที่เหมาะสมจากรัฐ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิที่ประชาชนควรได้รับและมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ

1.1 หลักการจัดสวัสดิการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

หลักการจัดสวัสดิการสำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้กำหนดขึ้นโดยสมาพันธ์องค์กรสวัสดิการเด็กแห่งสหรัฐอเมริกา (Child Welfare League of America: CWLA) เกี่ยวกับการช่วยเหลือกลุ่มบิดามารดาวัยรุ่นตามสิทธิที่ควรได้รับ (Child Welfare League of America, 2012) โดยการจัดบริการในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาในกลุ่มวัยรุ่น ตามช่วงอายุ เช่น วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลางและวัยรุ่นตอนปลาย เพื่อความเหมาะสมในการให้บริการ เนื่องจากการตั้งครรภ์ คลอดบุตรและการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นในช่วงระยะเวลาที่ไม่เหมาะสมนั้น จะมีผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งการจัดบริการควรเน้นที่การให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และกลุ่มการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา การบริการดังกล่าวควรเป็นการบริการสำหรับกลุ่มหญิงที่เลือกการตั้งครรภ์ต่อไปมากกว่ากลุ่มที่เลือกยุติการตั้งครรภ์

นอกจากนี้สถานบริการควรให้ความรู้เกี่ยวกับทางเลือกที่หลากหลายในการรับบริการของมารดาวัยรุ่น เช่น การมอบบุตรบุญธรรมในกรณีที่มารดาไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรเองได้ กรณีเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง การยุติการตั้งครรภ์และครอบครัวอุปถัมภ์ โดยให้บิดาและมารดาวัยรุ่นได้มีโอกาสพบปะพูดคุยในข้อตกลงร่วมกันเพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมตามสิทธิที่พึงได้รับสวัสดิการควรมีความครอบคลุมตามความต้องการที่หลากหลายของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น กรณีหนีออกจากบ้าน (Runaways) การใช้สารเสพติด (Drug Abuse) และเหตุผลของการตั้งครรภ์ เช่น การถูกข่มขืน (Rape) หรือการถูกประทุษร้ายหรือถูกล่วงเกินทางเพศ

จะเห็นได้ว่าหลักการจัดสวัสดิการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นอกจากจะคำนึงถึงตัวมารดาวัยรุ่นแล้วยังคำนึงถึงบิดาของบุตรด้วย โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจเลือกหนทางที่เหมาะสมร่วมกัน ซึ่งมีการจัดระบบบริการที่ดีควรมีทางเลือกที่หลากหลายตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในแต่ละบุคคล

1.2 ระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นประกอบด้วยบริการ 8 ด้าน (Child Welfare League of America, 2012) ดังนี้

1.2.1 บริการป้องกันปัญหา (Prevention Services) เน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ตลอดจนกลยุทธ์ต่างๆ จุดมุ่งหมายของการบริการการป้องกันปัญหาดังกล่าวของวัยรุ่นควรมีการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น สนับสนุนให้วัยรุ่นหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือการให้บิดามารดาวัยรุ่นได้รับความรู้ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน เช่น ครอบครัวศึกษา (Family Education) บริการวางแผนครอบครัว (Family Planning Services) บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น (Adolescences health Care Services) เพศศึกษาสำหรับเยาวชนและวัยรุ่น (Sex Education for Youth and Adolescent) บริการเกี่ยวกับการศึกษา การจ้างงานและนันทนาการสำหรับวัยรุ่น

1.2.2 บริการด้านการศึกษา (Education Services) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสมซึ่งประกอบด้วย การศึกษาสายสามัญ การสอบเทียบโอนความรู้ การศึกษาภาคพิเศษ อาชีวศึกษา การฝึกอาชีพและโครงการฟื้นฟูการศึกษา การจัดการเรียนการสอนที่บ้านภายหลังการคลอดบุตรแล้ว 1 สัปดาห์และการเรียนระดับมัธยมศึกษา

1.2.3 บริการดูแลสุขภาพ (Health Services) บริการดูแลสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นถือมีเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับการจัจัดบริการดูแลสุขภาพประกอบด้วย การให้บริการก่อนคลอดบุตร การบริการดูแลสุขภาพหลังคลอด การวางแผนครอบครัวและบริการพิเศษ เช่น การตรวจโรค บริการรักษา สุขภาพฟัน

1.2.4 บริการทางสังคม (Social Services) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความต้องการ ในการพัฒนาตนเอง การรับบทบาทมารดาและความต้องการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม บริการที่ควรได้รับประกอบด้วย บริการให้คำปรึกษา (Counseling Service) ปัญหาการตั้งครรภ์และให้ ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น บริการแม่บ้าน (Home Maker) แม่บ้านจะเป็นผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นในช่วงก่อนคลอดและหลังคลอด บริการนันทนาการ (Recreational Services) และการสนับสนุน ทางการศึกษา (Support and Education Program) อาจเป็นการเรียนนอกห้องเรียน เช่น การเรียนรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การให้คำปรึกษาคู่สมรส เป็นต้น

1.2.5 บริการการจ้างงานและฝึกอาชีพ (Employment and Training Services) การจัจัดบริการฝึกอาชีพนั้นมีความสำคัญต่อระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาชีพและการนิเทศการทำงาน การเสนอทางเลือกในการทำงาน ทักษะใน การฝึกอาชีพและบริการจัดหางาน

1.2.6 การบริการดูแลเด็ก (Child Care Program) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีความ ประสงค์กลับไปเรียนหนังสือหรือทำงานสามารถส่งบุตรเข้าศูนย์รับเลี้ยงเด็กได้ในช่วงกลางวัน (Day Care Center) ตลอดจนการบริการฝึกทักษะในการเลี้ยงดูบุตร

1.2.7 การช่วยเหลือด้านการเงิน (Financial Assistance) มีการช่วยเหลือด้านการเงิน เพื่อการเลี้ยงดูบุตร ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค

1.2.8 การทำงานกับผู้รับบริการ (Case Management Service) วิธีการทำงาน กับผู้รับบริการ ประกอบด้วย การประเมินความต้องการของบุคคลหรือครอบครัว โดยมีการวางแผน การจัจัดบริการ การติดตามประเมินผล และการพิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ของบุคคลหรือครอบครัว

ระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นการแก้ไขปัญหาท้องไม่พร้อมในวัยรุ่น นับว่าเป็นประเด็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคม ตั้งแต่การรณรงค์โดยมุ่งไป ที่ตัววัยรุ่นเองให้ตระหนักถึงปัญหาและให้เห็นความสำคัญของการป้องกันกรณีเพศสัมพันธ์ อย่างปลอดภัยและรับผิดชอบ รวมถึงการเรียนการสอนในการเพิ่มทักษะชีวิตและเพศศึกษา แบบรอบด้านเพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะในการสื่อสาร การรู้จักปฏิเสธ เป็นต้น จากการจัจัดระบบการบริการ

ที่ให้บริการครอบคลุมแก่มารดาวัยรุ่นและครอบครัว เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสวัสดิการพื้นฐานได้ตามสิทธิของตน

2. แนวคิดสิทธิสวัสดิการพื้นฐานสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นย่อมต้องการการยอมรับและการอยู่ร่วมกับสังคมตามวิถีชีวิตการไม่ถูกตีตราทางสังคม ในปัจจุบันทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้เข้ามามีบทบาทเพื่อให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับสิทธิประโยชน์และได้รับความคุ้มครอง รวมทั้งโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการพื้นฐานที่ควรได้รับ อันจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสังคมอย่างมีความสุข

หน่วยงานรัฐบาล

กระทรวงศึกษาธิการ

1. การให้ความรู้ คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน เพศศึกษาเป็นโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์และการป้องกันการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีได้ดี (เบญจพร ปัญญาียง, 2554) สถานศึกษานับว่ามีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา อนามัยเจริญพันธุ์และความสัมพันธ์ชายหญิงเพื่อให้เยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งมีโครงการอบรมแกนนำเยาวชนในสถานศึกษาภายใต้นโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ

2. การเยี่ยมเยียนครอบครัวเด็กหรือเยาวชนในสถานศึกษา เป็นกระบวนการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือนักเรียนอย่างเป็นระบบ มีครูที่ปรึกษาเป็นบุคลากรหลักในการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสถานศึกษา (กระทรวงศึกษาธิการ, 2552) โดยจะมีการสำรวจปัญหาให้นักเรียนแต่ละบุคคลเพื่อทำความเข้าใจบริบทสภาพแวดล้อมของนักเรียน การเยี่ยมเยียนครอบครัวเด็กหรือเยาวชนในสถานศึกษาจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนที่มีความเสี่ยงโดยการติดตามโดยครูและตัวแทนนักเรียนอย่างใกล้ชิด

3. การศึกษาต่อในสถานศึกษาในระบบ ตาม (ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ กำหนดให้สถานศึกษา หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้การคุ้มครองนักเรียน นักศึกษาที่ตั้งครรภ์และประสงค์จะศึกษาต่อให้สามารถศึกษาต่อได้หรือลาพักและกลับมาเรียนต่อได้ และสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนต้องไม่ขัดขวางการลาคลอดตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ส่งเสริมการให้บุตรอย่างต่อเนื่องและให้ความช่วยเหลือดูแลลูกจ้างที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและประสบปัญหาในการดูแลบุตร

4. การศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัย แม่วัยรุ่นที่ไม่สามารถเข้าสู่การศึกษาในระบบได้สามารถเข้ารับการศึกษาอกระบบและตามอัธยาศัย ในหลักสูตรการเรียนสายสามัญและสายวิชาชีพ นอกจากนี้การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจะไม่สอบถามถึงสาเหตุที่มาเรียนต่อ

กระทรวงสาธารณสุข

1. บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (กรมสุขภาพจิต, 2554) สายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหา เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม บริการเรื่องเพศศึกษาและครอบครัวศึกษา โดยเน้นการให้คำปรึกษาในภาพรวมอยู่ในทิศทางสร้างสรรค์ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและหาทางออก โดยมีการประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อดำเนินการช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หนึ่งตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) สิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึงการบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์การตรวจครรภ์และรับฝากครรภ์ การบริการตรวจและการบริหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ การบำบัดและบริการทางการแพทย์รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะและการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช โดยไม่จำกัดระยะเวลาการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าทำคลอด การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตรอดอยู่ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ ค่าบริหารทารกแรกเกิด ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดการเข้ารับบริการสาธารณสุข

3. ศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน อย่างน้อยศูนย์ฯ ละ 1 จังหวัด โดยให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและทางเพศ โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง การรับแจ้งเหตุเด็กและสตรีถูกระทำรุนแรง รวบรวมและให้ข้อมูลเบื้องต้น การประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้ความช่วยเหลือเด็ก สตรี ที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งให้ข้อมูลความรู้แก่บุคลากรและประชาชนทั่วไป (กระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554)

4. การยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ หญิงตั้งครรภ์ที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สามารถอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.2548 อาศัยอำนาจตามความใน มาตรา 21 (3) (ฎ) และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 50 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย คณะกรรมการแพทยสภาออกข้อบังคับ โดยแพทย์เป็นผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ ตามเงื่อนไขดังนี้

4.1 เป็นกรณีที่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายของหญิงตั้งครรภ์ หรือ

4.2 เป็นกรณีที่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางจิตของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งจะต้องได้รับการรับรองหรือเห็นชอบจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีไข้ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งคน ในกรณีที่หญิงนั้นมีความเครียดอย่างรุนแรง เนื่องจากพบว่าการกในครรภ์มีหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการอย่างรุนแรงหรือเป็นหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคพันธุกรรมอย่างรุนแรง เมื่อหญิงนั้นได้รับการตรวจวินิจฉัยและการปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์ (Genetic Counseling) และมีการลงนามรับรองในเรื่องดังกล่าวข้างต้นโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีไข้ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งคนให้ถือว่าหญิงตั้งครรภ์นั้นมีปัญหาสุขภาพจิต

4.3 ผู้ที่ถูกข่มขืนกระทำชำเราผู้อื่นโดยขู่เข็ญด้วยประการใดๆ โดยใช้กำลังประทุษร้ายโดยผู้อื่นนั้นอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขัดขืนได้ มาตรา 276, 277, 282, 283 และ 284 ทั้งนี้ต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่าหญิงนั้นมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือทางจิตและต้องมีการบันทึกการตรวจและวินิจฉัยโรคไว้ในเวชระเบียนเพื่อเป็นหลักฐาน

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552)

1. บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นศูนย์ในการรับเรื่องราวร้องทุกข์ปัญหาต่างๆ รวมถึงบริการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือสำหรับผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยมี

ศูนย์ประชาบดี 1300 เป็นผู้ให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ตามนโยบายของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทั่วประเทศ พร้อมทั้งการประสานงานไปยังหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการติดตามประเมินผลหรือการลงเยี่ยมครอบครัว

2. การสงเคราะห์ คຸ່ມครองสวัสดิภาพเด็กในสถานแรกรับ สถานสงเคราะห์ สถานคຸ່ມครองสวัสดิภาพ สถานพัฒนาและฟื้นฟู

3. การได้รับการจัดหาครอบครัวอุปถัมภ์ เป็นการบริการจัดหาครอบครัวทดแทนชั่วคราวให้กับเด็กที่มารดาวัยรุ่นไม่สามารถเลี้ยงดูเองได้ โดยมีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปีบริบูรณ์ กรณีที่ครอบครัวที่มีเด็กในความปกครองประสบปัญหาความเดือดร้อนทางด้านเศรษฐกิจจะได้รับการสนับสนุนเป็นเงินช่วยค่าเลี้ยงดูเด็ก รายละไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือนและหรือการช่วยเหลือเครื่องอุปโภคบริโภคแก่เด็กเดือนละไม่เกิน 500 บาทต่อเด็ก 1 คน และในกรณีเห็นสมควรให้ความช่วยเหลือครอบครัวใดที่ให้ความอุปการะเด็กมากกว่า 1 คนให้พิจารณาช่วยเหลือเงินค่าเลี้ยงดูเด็กได้ภายในวงเงินเดือนละไม่เกิน 4,000 บาทและหรือช่วยเหลือเป็นเครื่องอุปโภคบริโภคภายในวงเงินเดือนละไม่เกิน 1,000 บาท

4. การสงเคราะห์เด็กและครอบครัวหรือบุคคลที่อุปการะเลี้ยงดูเด็ก โดยพิจารณาถึงความจำเป็นและเหมาะสมตามระเบียบกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ว่าด้วยวิธีการให้การสงเคราะห์เด็ก พ.ศ. 2547 ให้การสงเคราะห์มีหลายกรณี ดังนี้

4.1 การช่วยเหลือค่าเลี้ยงดู ค่าพาหนะหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ สำหรับเด็ก

4.2 การช่วยเหลือเกี่ยวกับการศึกษาและอุปกรณ์การศึกษาสำหรับเด็ก

4.3 การช่วยเหลือครอบครัวของเด็กในกรณีที่ปัญหาความเดือดร้อนของครอบครัวนั้นกระทบหรือเกี่ยวเนื่องกับสวัสดิภาพของเด็กโดยตรง เช่น ให้เงินเป็นทุนประกอบอาชีพ ค่ารักษาพยาบาลและค่าอื่นๆ

4.4 ให้การสงเคราะห์เกี่ยวกับเครื่องอุปโภคบริโภค เช่น มຸ່ง ผ้าห่มนอน นม สำหรับเลี้ยงดูเด็กและอื่นๆ

4.5 ให้ความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาในการอุปการะเลี้ยงดูเด็กให้ได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว

4.6 ให้บริการในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว

4.7 ให้การสงเคราะห์ด้านคำแนะนำปรึกษาและบริการอื่นๆ ที่เหมาะสม

5. การฝึกอบรมอาชีพ หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่มีความสนใจในการประกอบอาชีพสามารถขอเข้ารับการฝึกอบรมอาชีพ ในหลักสูตรระยะสั้นได้ทั่วประเทศเพื่อส่งเสริมความรู้ และทักษะด้านอาชีพให้แก่แม่วัยรุ่นและเพื่อสร้างโอกาสและทางเลือกในการประกอบอาชีพ สามารถมีรายได้เสริมช่วยเหลือครอบครัว ซึ่งภายหลังสำเร็จการอบรมจะมีบริการจัดหางานให้ทำตามความสมัครใจอีกด้วย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552)

จากการศึกษาสวัสดิการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐบาล และเอกชนได้มีการจัดสวัสดิการสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่หลากหลายตามปัญหาของแต่ละบุคคล สวัสดิการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับนับว่าเป็นการป้องกันแก้ไขปัญหาทางสังคมและส่งเสริมสวัสดิภาพของมารดาวัยรุ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วยบริการป้องกันปัญหา การบริการด้านการศึกษา บริการดูแลสุขภาพ บริการทางสังคม บริการจ้างงานและการฝึกอาชีพ บริการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือสิ่งของและบริการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สวัสดิการเกิดขึ้นจะอยู่ภายใต้กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการให้สิทธิและคุ้มครองหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน (Teen Center) โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

1. ประวัติความเป็นมาของศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน (Teen Center) โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

ประวัติความเป็นมาของการก่อตั้งโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ได้เริ่มก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2482 จากดำริของพันเอกหลวงยุทธสารประสิทธิ์ หรือเมี้ยน โรหิตเสถณี ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นข้าหลวงประจำจังหวัดพิษณุโลกในขณะนั้น ร่วมกับพระยาสุรราชวรธานี ศรีเกษตรนิคมและนายแพทย์เกิด ธนะชาติ ร่วมกันดำริให้จัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นเป็นแห่งแรก ในจังหวัดพิษณุโลก โดยกรมสาธารณสุขซึ่งขณะนั้นได้อยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย ด้วยเงินงบประมาณจากการประมูลทำสัญญาและได้เริ่มก่อสร้างขึ้นในสมัยของพันเอกพระศรีสงคราม (ศรี สุชะวาที) ซึ่งได้ดำรงตำแหน่งเป็นข้าหลวงประจำจังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2483 ณ บริเวณโรงเรียนครูมูลสิกกรรมเดิม บริเวณฝั่งตะวันออกของลำน้ำน่านหรือที่เรียกว่า สระแก้ว เดิมเป็นบริเวณที่ตั้งชุมชนไพร่พลของสมเด็จพระไชยเชษฐาธิราชแห่งศรีสัตนาคนหุต เมื่อครั้งเสด็จมาตีเมืองพิษณุโลกซึ่งในขณะดำเนินการก่อสร้างนั้นทางจังหวัดได้ติดต่อนายแพทย์ เบนทูล บุญอิต อดีตอาจารย์ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและอดีตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเชลแมน มาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช ต่อมาในปี พ.ศ.2484 เกิดกรณีพิพาทระหว่างไทย อินโดจีน ฝรั่งเศส ทำให้การก่อสร้างไม่แล้วเสร็จตาม กำหนดเวลาตามสัญญา คือ วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2484 นายแพทย์เบนทูล บุญอิต ซึ่งดำรงตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงได้ติดต่อขอเช่าสถานที่พร้อมทั้งอุปกรณ์จากโรงพยาบาลเซลแมน ซึ่งในขณะนั้นได้ปิดกิจการลงชั่วคราวเนื่องจากขาดแพทย์เพื่อใช้ในการเปิดรักษาผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2584 ในราคาเดือนละ 100 บาท เริ่มแรกผู้รับบริการเป็นข้าราชการสามัญจำนวน 9 คนสามัญจำนวน 16 คนและประกอบด้วยเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 7 คน

เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2484 การก่อสร้างโรงพยาบาลพุทธชินราชแล้วเสร็จ มีเนื้อที่ 164 ไร่ 1 งาน 25 ตารางวา ตั้งอยู่ ณ เลขที่ 90 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปัจจุบันจึงส่งได้มอบให้ทางจังหวัด โดยมีนายแพทย์เบนทูล บุญอิต พร้อมเจ้าหน้าที่กลับมาดำเนินงานที่โรงพยาบาลของจังหวัดและเปิดตรวจรักษาผู้ป่วยนอกขึ้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2484 และมีนางผกา บุญอิต ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ.2492 นายแพทย์เบนทูล บุญอิต กับนางผกา บุญอิต ได้ดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนพยาบาลพุทธชินราชภายใต้การสนับสนุนของท่านผู้บัญชาละเอียด พิบูลสงครามซึ่งเป็นโรงเรียนพยาบาลแห่งแรกในสวนภูมิภาคเดิมชื่อวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช ปัจจุบันคือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจุบันโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกเป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาราชแห่งหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทุกสาขาวิชาแพทย์ในระดับตติยภูมิ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุม ป้องกันโรค ทั้งยังเป็นโรงพยาบาลในโครงการโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นยังเป็นสถานที่ศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขและของสถาบันระดับอุดมศึกษาอื่นๆ ทั้งของรัฐและเอกชน (จำเนียร แดงนารา, 2555) จากนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงและใช้บริการตามความเหมาะสมจากการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน (Teen Center) เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2551 โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ให้ได้รับทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับบทบาทและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในการป้องกัน แก่ไขว้ดูแล และฟื้นฟูปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนโดยมีรูปแบบการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

2. ระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน

สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศ แม้ว่าหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชนมีความพยายามที่จะจัดกิจกรรมรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ เพื่อรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเยาวชนดังกล่าว แต่กลับพบว่า มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงและได้รับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ ที่มีผลต่อการปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น การเปิดพื้นที่ให้กับกลุ่มวัยรุ่นได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาต่างๆ ซึ่งกันและกัน การรับคำแนะนำจากเพื่อน สู่เพื่อน รวมถึงการสมัครใจเพื่อเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพที่ไม่มีค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ยังมีจำกัด (เบญจพร ปัญญาฯ, 2554) และสถานที่ที่จะให้ความรู้ด้านสุขภาพคนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่ามีสถานอนามัย โรงพยาบาลและคลินิกเท่านั้นที่สามารถให้บริการและความรู้ด้านสุขภาพได้ แต่วัยรุ่นยังต้องการสถานที่แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ทั้งจากทางสื่อและผู้ให้คำปรึกษาที่เป็นมิตร และเป็นความลับได้ อีกทั้งยังมีกระบวนการส่งต่อหรือการตรวจสุขภาพโดยไม่มีค่าใช้จ่ายและเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป ว่าทุกเพศทุกวัยสามารถเข้ามาพูดคุยกันได้อย่างสบายใจ มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถเรียนรู้ พัฒนาทักษะและมีผู้ให้คำแนะนำที่ดีเป็นมิตรอีกด้วย (กระทรวงสาธารณสุข สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554) ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับเยาวชน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เฉลิมศรี อานกำบัง (2552) ศึกษาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการศึกษาประวัติชีวิตของวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ศึกษาบริบทของชุมชนและปัจจัยแวดล้อม ในตำบลที่วัยรุ่นหญิงอาศัยอยู่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนาไม่เป็นทางการ การสังเกต การจดบันทึกและการศึกษาจากเอกสารที่มีการบันทึกไว้ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจำนวน 9 ราย และพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลแต่ละด้านอย่างน้อย 81 ราย พบว่า การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงมีเหตุปัจจัยมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของวัยรุ่นและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ ความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและการสื่อสารที่ทันสมัย ลักษณะครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้วัยรุ่นมีปัญหาพฤติกรรม เมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

ฤดี ปุงบางกระตี (2540) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราชและวชิรพยาบาล จำนวน 250 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.2 และในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 22.8 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ ร้อยละ 47.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีปานกลางและร้อยละ 2.8 อยู่ในระดับไม่ค่อยดี ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับถูกต้องมาก ร้อยละ 56.8 และในระดับถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 43.2 ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 74.4 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องปานกลาง และร้อยละ 3.2 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องน้อย โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษาเป็นกลุ่มที่ทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ ร้อยละ 18.8

วสันต์ เวทย์วัฒนชัย (2551) ศึกษาการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น: กรณีศึกษา พ.ศ.2546-2549 โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกของห้องคลอดโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปหรือน้ำหนักแรกคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 กรัม และหญิงที่มีอายุ 13-29 ปี ที่มีครรภ์แรกและครรภ์เดียว จำนวน 1,838 ราย โดยแบ่งหญิงที่มีอายุ 13-19 ปี จำนวน 770 รายเป็นกลุ่มศึกษาและหญิง อายุ 20-29 ปี จำนวน 1,068 รายเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวิธีการทดสอบไค-สแควร์ ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 0.05 จากการศึกษาพบว่าหญิงสตรีวัยรุ่นร้อยละ 20.77 ของหญิงสตรีที่มาคลอดทั้งหมดมีพฤติกรรมไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้งและมีการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ แต่ไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ น้ำหนักทารกแรกคลอด ทารกตายคลอด

วิชา เวชยันต์ศฤงคาร (2555) ศึกษาผลการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครรภ์แรก ในโรงพยาบาลบางใหญ่ โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการตั้งครรภ์ด้านมารดาและทารกระหว่าง กลุ่มมารดาวัยรุ่นและมารดาผู้ใหญ่ที่มาคลอดครรภ์แรกในโรงพยาบาลบางใหญ่ โดยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective study) ทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และทะเบียนคลอด โดยทำการศึกษาข้อมูลในระยะตั้งครรภ์ คลอด ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ข้อมูลทั่วไปของทารกและภาวะแทรกซ้อนของทารกเปรียบเทียบกับกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และมารดาผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-34 ปีที่รับไว้และคลอดในโรงพยาบาลบางใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นมีส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 57 และร้อยละ 73 ($p=0.003$) และพบว่าภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ ทารกน้ำหนักตัวน้อย และภาวะ respiratory distress syndrome ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นมีมากกว่ากลุ่ม มารดาผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$ และ $p=0.034$) ตามลำดับ

วิไล รัตนพงษ์ (2544) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 13-19 ปี ซึ่งมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 300 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Pearson chi-square ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ขาด ความรู้ในเรื่องการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์และการรับประทาน อาหารมากขึ้นทำให้ทารกตัวโตและคลอดยากกว่าปกติ ส่วนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติตนเหมาะสมปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและสุขภาพลักษณะทั่วไป ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านโภชนาการและด้านสุขภาพจิต ส่วนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง คือ การมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ ยังพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับ ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลักษณะครอบครัวความต้องการมีบุตร และความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริวรรณ กำแพงพันธ์ และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมกับการตั้งครรภ์ของหญิง วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างหญิงวัยรุ่น อายุ 12-18 ปี โดยแบ่งกลุ่ม ศึกษา คือ หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 134 ราย และกลุ่มควบคุม คือ หญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 134 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา ทดสอบไคสแควร์และ t-test ผลการศึกษา พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17 ปี กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาชั้นสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มควบคุมศึกษาชั้นสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มศึกษามีบิดามารดาเป็นผู้ปกครองหลักและได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยน้อยกว่า ผู้ปกครองมีอาชีพไม่มั่นคง มีการศึกษาและรายได้น้อยกว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดาคือหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีมารดาและญาติที่เคยตั้งครรภ์ขณะเป็นวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก และใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มควบคุม ปัจจัยทางจิตสังคมที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ ผู้ปกครอง อาชีพ และระดับการศึกษา รายได้รวมครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ความสัมพันธ์กับพี่น้อง รูปแบบการเลี้ยงดู ประวัติการตั้งครรภ์ช่วงวัยรุ่นของมารดาหรือญาติ พฤติกรรมเสี่ยงของเพื่อน การใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์ และยาเสพติด

สายสุดา วงษ์จินดา (2547) ศึกษาประสบการณ์ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แรก ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไปมารับบริการฝากครรภ์หรือรับบริการคลอดที่โรงพยาบาลกำแพงแสนและได้คัดเลือกแบบเจาะจงเป็นจำนวน 20 คน จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน ขาดความอบอุ่น ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าภาคบังคับ เกือบครึ่งหนึ่งมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามในระยะเวลาไม่ถึงหนึ่งเดือน สาเหตุที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัญหาครอบครัว การทำงานนอกบ้าน การเลียนแบบเพื่อน มองการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา และภาวะจำยอมต่อสถานการณ์ เหตุปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ความไม่เข้าใจเรื่องการคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ 3 ใน 4 ของวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจและไม่อยากได้ลูก กลุ่มนี้ให้ความหมายต่อการตั้งครรภ์ทางลบ ส่วนวัยรุ่นที่ต้องการลูกให้ความหมายการตั้งครรภ์ทางด้านบวก การยอมรับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเกิดได้เมื่อรับรู้การดีใจของทารกในครรภ์และได้รับปฏิกริยาที่ดีจากบุคคลสำคัญ ทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์และมีการดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น

สุชาติ รัชชกุล (2542) ศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้ง เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาและการทำความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจทำแท้งของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา โดยการให้ความหมายการกระทำแต่ละขั้นตอนนับตั้งแต่การมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง การกำหนดวิธีการ การหาเหตุผลต่อรองและการลงมือปฏิบัติ วิธีการศึกษาใช้การสัมภาษณ์ระดับลึกจากหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 58 ราย แบ่งเป็นหญิงที่ตัดสินใจทำแท้ง 38 ราย และหญิงที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไป จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมไทยในเรื่องมาตรฐานชั้นทางเพศและความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชายหญิงที่ไม่เสมอภาค

นำไปสู่เงื่อนไขที่สังคมกำหนดให้กับผู้หญิงการตัดสินใจทำแท้งของผู้หญิงล้วนเกิดจากสภาพความกดดันหลายปัจจัยหากผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลือกทำแท้งมากกว่าเลือกตั้งครรภ์ต่อไป อย่างไรก็ตามผู้หญิงอาจขาดโอกาสเลือกทำแท้งที่ปลอดภัยได้เนื่องจากค่านิยมสังคมที่มีต่อการทำแท้งเป็นไปทางลบ แนวทางการแก้ไขปัญหาค่าแท้งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา โดยการให้ชายหญิงมีความรู้ความเข้าใจเพศศึกษา การปลุกฝังค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศที่เท่าเทียมกันและการรู้จักวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องตามหลักการ ขณะเดียวกันควรให้โอกาสผู้หญิงที่เลือกทำแท้งให้ได้รับความปลอดภัย โดยการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการที่ปลอดภัย

สมคิด สมศรี และคณะ (2554) ศึกษาการตั้งครรภ์และพฤติกรรมความเสี่ยงดูบุตรของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและความต้องการความช่วยเหลือในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรีและชัยนาท เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกตัวอย่างประชากรโดยไม่อาศัยหลักความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) เป็นการเลือกประชากรแบบเจาะจง (Purposive sampling) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี ปัจจุบันไม่ได้เรียนหนังสือและไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตร่วมกับสามีโดยไม่ได้แต่งงานถึงแม้แต่งงานแต่ก็ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ไม่มีรายได้เลี้ยงตนเองอาศัยรายได้จากพ่อแม่ซึ่งมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ หรือบางครั้งมีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับสามี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี โดยส่วนใหญ่สามีไม่ได้เรียนหนังสือ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,001-5,000 บาท ปัญหาหลักที่พบในการเลี้ยงดูบุตรของกลุ่มตัวอย่าง คือ ยังไม่มีความพร้อม ขาดวุฒิภาวะและไม่มีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูไม่เพียงพอและขาดคนช่วยเลี้ยงในการเลี้ยงดูบุตร มีภาระมากขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นไม่เพียงพอกับรายได้ในปัจจุบัน ชีวิตขาดอิสระ ด้านความต้องการความช่วยเหลือพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือด้านเงินทุนในการประกอบอาชีพ

ชวมัย สืบบุญการณ (2554) ศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุรินทร์ ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลสุรินทร์และศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์กับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติ พบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 3,176 ราย สตรีตั้งครรภ์กลุ่มปกติ จำนวน 16,809 ราย พบการฝากครรภ์ด้วยคุณภาพในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$) และมีความสัมพันธ์กับภาวะ

โลหิตจาง ภาวะคลอดก่อนกำหนด การคลอดเองทางช่องคลอด การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย
คะแนน Apgar ที่ต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญ

ปฏิญญา เอี่ยมสำอาง และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของ
วัยรุ่นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดอิทธิพลสามองค์ประกอบ 1 รูปแบบ การศึกษาเป็น Case-control
Study กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุไม่เกิน 19 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 24 เดือนมีภูมิลำเนา
อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 234 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา (Case) คือ หญิงตั้งครรภ์
วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ 117 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งใจ
ตั้งครรภ์ซ้ำ 117 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ
เชิงพรรณนา และ Binary Logistic Regression ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่น
ตั้งครรภ์ที่แฟนหรือสามีไม่ต้องการบุตรมีการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจสูงเป็น 41 เท่าของวัยรุ่นตั้งครรภ์
ที่แฟนหรือ สามีต้องการมีบุตร (ORadj= 41.02; 95% CI = 8.34-201.78) วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีประวัติ
การคุมกำเนิดสม่ำเสมอไม่มีการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจสูงเป็น 3.34 เท่าของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีประวัติ
การคุมกำเนิดที่สม่ำเสมอ (ORadj= 3.34; 95% CI = 1.24-9.00) และวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีเพื่อนรุ่น
เดียวกันตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจสูงเป็น 2.24 เท่าของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่มีเพื่อนรุ่นเดียวกัน
ตั้งครรภ์ (ORadj = 2.24; 95% CI = 1.10-5.46) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ควรให้ความสนใจดูแลเป็นพิเศษในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ในชุมชนที่แฟนหรือสามีไม่ต้องการมีบุตร ไม่คุม/
คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ