สัญญาเลขที่ RDG6240052

รายงานฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และวิธีการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

โดย มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

พฤษภาคม 2564

สัญญาเลขที่ RDG6240052

รายงานฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และวิธีการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

คณะผู้วิจัย

ดร.สมชัย จิตสุชน	หัวหน้าโครงการ
จิราภรณ์ แผลงประพันธ์	นักวิจัย
นันทพร เมธาคุณวุฒิ	นักวิจัย
ชาคร เลิศนิทัศน์	นักวิจัย
ณิชา สกุลยืนยง	ผู้ช่วยวิจัย
ไท วัฒนา	ผู้ช่วยวิจัย

สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกสว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับที่สูง สะท้อนได้จากสถิติอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกันพันคน ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสถิติทางการที่มีการเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ โดยกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวจะมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2556 โดยลดจาก 53.4 ต่อพันคนในปี 2555 เหลือ 29.1 ต่อพันคนในปี 2563 ทั้งนี้มีหลักฐานที่แสดงชัดเจนว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าการตั้งครรภ์ของหญิงที่เป็นผู้ใหญ่มากมายหลายด้าน เช่น ความเสี่ยงทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ได้ในระดับบุคคล ระดับครัวเรือนและระดับชาติ ต้นทุนอาจอยู่ในรูปของการสูญเสียทางเศรษฐกิจในอนาคตจากการออกจากโรงเรียน หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของทารกแรกเกิด และอาจมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ เช่น การสูญเสียผลิตภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน การศึกษานี้จะมุ่งเน้นเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการออกจากโรงเรียน (school dropout) เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ซึ่งแม่วัยรุ่นกลุ่มนี้หากต้องการเข้าสู่ตลาดแรงงานหลังคลอดบุตร โอกาสในการทำงานและค่าจ้างที่ได้รับจะขึ้นอยู่กับ ก. ระดับการศึกษา และ ข. เวลาที่ต้องใช้ในการดูแลเด็กเล็ก

นอกจากนี้ มาตรการต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในช่วงที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการศึกษาอย่างชัดเจนว่ามาตรการไหนให้ผลสัมฤทธิ์อย่างไร การศึกษานี้จึงสำรวจและวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยครั้งนี้ เป็นการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจโดยรวมของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต โดยจำแนกกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy; AP) และประเมินรายได้ตลอดชีวิตของแต่ละกลุ่มเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ โดยใช้วิธี Propensity Score Matching (PSM)

เมื่อเข้ากระบวนการ Propensity Score Matching (PSM) เพื่อหาความแตกต่างของรายได้ ระหว่างกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (treatment group) เทียบกับกลุ่มควบคุม คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ หรือเรียกว่า “กลุ่มที่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีลักษณะพ้องอยู่ 2,811 บาทต่อคนต่อเดือน เมื่อทดสอบด้วยแบบจำลอง PSM เพิ่มเติมในกลุ่มที่ออกจากโรงเรียนโดยถาวรจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ส่งผลให้มีการลดลงของรายได้ (4,582 บาทต่อคนต่อเดือน) สูงกว่ากลุ่มที่กลับเข้าเรียน (3,936 บาทต่อคนต่อเดือน)

เมื่อนำความแตกต่างของรายได้ดังกล่าว มาประเมินการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต ซึ่งคำนวณจากจำนวนปีที่มีการทำงานของแต่ละคนที่ผ่านมาตั้งแต่ในอดีตเมื่อครั้งอายุ 20 ปี จนถึงปัจจุบันและต่อเนื่องไปถึงอนาคตเมื่ออายุครบ 60 ปี **จึงได้ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต อยู่ที่ประมาณ 8.3 แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของ GDP**

โดยหากคิดเป็นการลดลงของรายได้ ณ ปีปัจจุบัน (ในการคำนวณคือปี 2561) เพียงปีเดียว พบว่าอยู่ที่ประมาณ 2 หมื่นล้านบาท

ผลจากการศึกษายังพบอีกว่า ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตนี้จะเพิ่มมากขึ้นในประชากรรุ่นต่อไปหากไม่มีการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากความแตกต่างของรายได้จะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มคนรุ่นต่อๆ ไป ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้น สมมติให้ความแตกต่างของรายได้ของกลุ่มคนรุ่นถัดไปเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต จะเพิ่มขึ้นไปถึงประมาณ 1.2 ล้านล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 7.2 ของ GDP

ผลในส่วนนี้แสดงถึงนัยทางนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญกับการลดจำนวนแม่วัยรุ่น และพยายามให้วัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษาและได้เรียนจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ โดยเฉพาะกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรต้องได้กลับเข้าเรียนในระบบการศึกษาโดยไม่มีอุปสรรคในการกลับเข้าเรียนในโรงเรียนเดิมจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อให้สามารถทำงานและมีรายได้ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ

ในกรณีที่ไม่พร้อมที่จะกลับเข้าเรียนในระบบ ซึ่งมีแม่วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยไม่กลับเข้าเรียนในระบบ แต่เลือกที่จะเข้าเรียนในการศึกษานอกระบบหรือการศึกษานอกโรงเรียนแทน การพัฒนาคุณภาพของการศึกษานอกระบบให้เท่าเทียมกับการศึกษาในระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดังกล่าวสามารถมีความรู้และทักษะเพื่อการหารายได้ในระดับที่ทัดเทียมใกล้เคียงกับกลุ่มที่เรียนอยู่ในระบบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ประเมินจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตของกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ที่เป็นผลมาจากการมีบุตรเร็วนี้ เป็นการประเมินต้นทุนทางตรงจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นต้นทุนขั้นต่ำ ยังมีต้นทุนทางอ้อมในส่วนอื่นๆ ที่สามารถศึกษาเพิ่มเติมในงานศึกษาลำดับต่อๆ ไป อาทิ การสูญเสียรายได้ทางภาษี การลงทุนด้านการศึกษาที่เสียไป ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือสังคมของรัฐบาลสำหรับแม่วัยรุ่นและทารกแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น

การวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยในการศึกษานี้ ได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลใน 3 ด้านคือ (1) ข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับมาตรการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา นำมาเปรียบเทียบวิเคราะห์ความเชื่อมโยงกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงไป และวิเคราะห์มาตรการที่เป็นรูปธรรมส่งผลชัดเจนต่อการลดลงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2) สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายหลักและผู้สนับสนุนเกี่ยวกับประโยชน์ของมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ (3) ศึกษาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นโดยสนทนากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นเกี่ยวกับพฤติกรรม ทัศนคติ การแก้ปัญหา ผลจากสภาพแวดล้อมและคนใกล้ชิด และการรับรู้และใช้ประโยชน์จากมาตรการของรัฐที่ส่งผลต่อพวกเขา ผลการศึกษา พบว่ายุทธศาสตร์และมาตรการที่เกี่ยวข้องได้เริ่มมีการจัดทำอย่างเป็นทางการนับตั้งแต่ปี 2553 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่อัตราการการคลอดในวัยรุ่นสูงที่ในช่วงสามทศวรรษ

การเกิดขึ้นของยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (พ.ศ.2553 - พ.ศ.2557) และการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนในสังคมในการขับเคลื่อนป้องกันและแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนั้นการประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยังเป็นกฎหมายสำคัญ

ที่ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยประกอบด้วย สถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบกิจการ หน่วยงานสวัสดิการสังคมและส่วนราชการท้องถิ่น

มาตรการที่เกิดขึ้นจากแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมนับตั้งแต่ พ.ศ.2553 และมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สามารถจำแนกเป็น 6 กลุ่ม ประกอบด้วย การประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย การดำเนินงานของเครือข่ายให้คำปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การผลักดันการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (เมดาบอน) และการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ โดยมาตรการข้างต้นมีวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกันโดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะการป้องกันถึงการจัดการหลังการตั้งครรภ์ ทั้งนี้การดำเนินมาตรการจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นต้องบูรณาการให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้มาตรการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

Thailand is one of the countries facing high adolescent pregnancy rates, although the incidence has somewhat reduced from 53.4 per 1,000 adolescent girls in 2012 to 29.1 per 1000 adolescent girls in 2020. Economic costs of adolescent pregnancies can be analyzed at individual, household, and national level. This study focused on economic opportunity cost or productivity loss resulting from school drop-out following intentional and unintentional adolescent pregnancy. If a pregnant girl is to drops out from school and wants to enter job market after giving birth, her job opportunity and expected wage received will depend on (a) her education background and (b) the fact that she has to take care of her newborn.

Another shortcoming that hinders more effective planning to control adolescent pregnancies is the lack of understanding the plausible interventions. As such, what intervention has actually contributed to the decline in the problem is not yet fully understood. Moreover, there might be other interventions not yet attempted but have good potential. Thus, this study explored and analyzed the interventions for adolescent pregnancies in Thailand.

To estimate total economic cost of adolescent pregnancies in Thailand, the study identified types of adolescent pregnancy and estimated differences of lifetime income of the adolescent pregnancy groups (treatment groups) compared with the control groups by using Propensity Score Matching (PSM). The study found that total economic cost of adolescent pregnancies in Thailand was approximately 830 billion baht or 5.1% of GDP. And if considered the cost just for one year, it is found to be approximately 20 billion baht as of year 2018.

This study also found that this cost would increase in the next generation if adolescent pregnancy was not addressed. This is because income differences would be increased among the next generation because of the higher education levels. Assuming that the difference in income for the next generation would be doubled in the cost of adolescent pregnancy, total economic cost of adolescent pregnancies in Thailand from a decrease in income over a lifetime would increase to approximately 1.2 trillion baht, or 7.2% of GDP.

These results indicated the need for policy implications to reduce the number of adolescent mothers by try to keep the teenagers in the education system to complete their studies. Especially, the teen pregnancy group should be able to continue their education in the same school until graduated so as to be able to work and earn appropriate income.

The economic opportunity cost of adolescent pregnancy assessed by the decline in lifetime income among women aged 15-19 resulting from early childbearing is an estimate of the direct costs of adolescent pregnancy which is the minimum cost. There are also other indirect costs that can be further studied, such as the loss of national tax income, wasted education investment, rising government health and social care costs for adolescents and newborns.

To explore and analyze interventions for adolescent pregnancies in Thailand, the study collected data in three dimensions. First, secondary data were collected on the use and cost of interventions in the past 30 years. Second, key policymakers and advocates were interviewed about their subjective views on the benefit of selected interventions. Third, adolescent pregnancies were voluntary gathered in focus group discussion about behaviors, attitude, problem solving, influence of environments and people close to them, as well as the perception and benefits obtained from the government measures. The study found that the strategies and related measures were initiated in 2010 when the rate of childbirth had been at high level in the last three decades.

The establishment of strategies to prevent and solve problems of teenage pregnancies (2010-2014) and also the first National Strategy for the Development of Reproductive Health in 2010 had created collaboration among many stakeholders in the societies. In addition, the Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem Act A.D. 2016 is a relevant law that specifies the responsibilities of each sector in preventing and resolving adolescent pregnancy problems, which includes educational institutions, public health facilities, workplaces, social welfare agencies, and local governments.

The effective strategies and measures for the reduction of adolescent birth rates in the last decades could be divided into six groups: (1) legislation of the Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem Act, B.E. 2559 (2016), (2) condom promotion, (3) networking of services for counselling and termination of pregnancy, (4) program to prevent repeated pregnancy, (5) provision of drugs for medical abortion, and (6) development of online training and teaching curriculum by the Ministry of Education. These measures had different objectives and methods of actions ranging from pregnancy prevention to management of teenage pregnancy. In this regard, the implementation should be integrated and have common direction in order to achieve high effectiveness of the measures.

บทคัดย่อ (Abstract)

ต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ได้ในระดับบุคคล ระดับครัวเรือนและระดับชาติ ต้นทุนอาจอยู่ในรูปของการสูญเสียทางเศรษฐกิจในอนาคตจากการออกจากโรงเรียน หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของทารกแรกเกิด และอาจมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ เช่น การสูญเสียผลิตภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน การศึกษานี้จะมุ่งเน้นเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจหรือการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการออกจากโรงเรียน (school dropout) เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ซึ่งแม่วัยรุ่นกลุ่มนี้หากต้องการเข้าสู่ตลาดแรงงานหลังคลอดบุตร โอกาสในการทำงานและค่าจ้างที่ได้รับจะขึ้นอยู่กับ ก. ระดับการศึกษา และ ข. เวลาที่ต้องใช้ในการดูแลเด็กเล็ก

นอกจากนี้ มาตรการต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในช่วงที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการศึกษาอย่างชัดเจนว่ามาตรการไหนให้ผลสัมฤทธิ์อย่างไร การศึกษานี้จึงสำรวจและวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยในการศึกษานี้ เป็นการประเมินความแตกต่างของรายได้ตลอดช่วงชีวิตของแต่ละกลุ่มเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ โดยใช้วิธี Propensity Score Matching (PSM) ได้ผลต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อยู่ที่ประมาณ 8.3 แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของ GDP

ต้นทุนนี้จะเพิ่มมากขึ้นในประชากรรุ่นต่อไปหากไม่มีการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากความแตกต่างของรายได้จะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มคนรุ่นต่อๆ ไป ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ประเมินว่าด้วยเหตุนี้ สมมติให้ความแตกต่างของรายได้ของกลุ่มคนรุ่นถัดไปเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต จะเพิ่มขึ้นไปถึงประมาณ 1.2 ล้านล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 7.2 ของ GDP

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจที่จะเพิ่มขึ้นในรุ่นต่อๆไป แสดงถึงนัยทางนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญกับการลดจำนวนแม่วัยรุ่น และพยายามให้วัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษาและได้เรียนจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ โดยเฉพาะกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรต้องได้กลับเข้าเรียนในระบบการศึกษาโดยไม่มีอุปสรรคในการกลับเข้าเรียนในโรงเรียนเดิมจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อให้สามารถทำงานและมีรายได้ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ

ในกรณีที่ไม่พร้อมที่จะกลับเข้าเรียนในระบบ ซึ่งมีแม่วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยไม่กลับเข้าเรียนในระบบ แต่เลือกที่จะเข้าเรียนในการศึกษานอกระบบหรือการศึกษานอกโรงเรียนแทน การพัฒนาคุณภาพของการศึกษานอกระบบให้เท่าเทียมกับการศึกษาในระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดังกล่าวสามารถมีความรู้และทักษะเพื่อการหารายได้ในระดับที่ทัดเทียมใกล้เคียงกับกลุ่มที่เรียนอยู่ในระบบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนี้ เป็นต้นทุนขั้นต่ำเท่านั้น เนื่องจากเป็นการประเมินต้นทุนทางตรงจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังมีต้นทุนทางอ้อมในส่วนอื่นๆ ที่สามารถศึกษาเพิ่มเติมในงานศึกษาลำดับต่อๆ ไป อาทิ การสูญเสียรายได้ทางภาษี การลงทุนด้านการศึกษาที่เสียไป ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือสังคมของรัฐบาลสำหรับแม่วัยรุ่นและทารกแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น

การวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยในการศึกษานี้ พบว่า มาตรการที่เกิดขึ้นจากแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมนับตั้งแต่ พ.ศ.2553 และมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สามารถจำแนกเป็น 6 กลุ่ม ประกอบด้วย การประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย การดำเนินงานของเครือข่ายให้คำปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การผลักดันการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (เมดาบอน) และการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ โดยมาตรการข้างต้นมีวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกันโดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะการป้องกันถึงการจัดการหลังการตั้งครรภ์ ทั้งนี้การดำเนินมาตรการจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นต้องบูรณาการให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้มาตรการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

Economic costs of adolescent pregnancies can be analyzed at individual, household, and national level. This study focused on economic opportunity cost or productivity loss resulting from school drop-out following intentional and unintentional adolescent pregnancy. If a pregnant girl is to drops out from school and wants to enter job market after giving birth, her job opportunity and expected wage received will depend on (a) her education background and (b) the fact that she has to take care of her newborn. Another shortcoming that hinders more effective planning to control adolescent pregnancies is the lack of understanding the plausible interventions. As such, what intervention has actually contributed to the decline in the problem is not yet fully understood. Moreover, there might be other interventions not yet attempted but have good potential. Thus, this study explored and analyzed interventions for adolescent pregnancies in Thailand.

To Estimate total economic cost of adolescent pregnancies in Thailand, the study identified types of adolescent pregnancy and estimated differences of lifetime income of the adolescent pregnancy groups (treatment groups) compared with the control groups by using Propensity Score Matching (PSM). The study found that total economic cost of adolescent pregnancies in Thailand was approximately 830 billion baht or 5.1% of GDP.

The results of the study also found that this cost will increase in the next generation if adolescent pregnancy is not addressed. This is because income differences will increase among the next generation, because of higher education levels. Assuming that the difference in income for the next generation is doubled in the cost of adolescent pregnancy, total

economic cost of adolescent pregnancies in Thailand from a decrease in income over a lifetime will increase to approximately 1.2 trillion baht, or 7.2 % of GDP.

These results confirm policy implications for reducing the number of adolescent mothers by try to keep the teenagers in the education system to complete their studies at the educational level as set out. Especially, the teen pregnancy group should be reinstated into the education system without limitation in returning to the same school until the completion of the educational level as set forth and to be able to work and earn appropriate income.

The economic opportunity cost of adolescent pregnancy assessed by the decline in lifetime income among women aged 15-19 resulting from early childbearing is an estimate of the direct costs of adolescent pregnancy which is the minimum cost. There are also other indirect costs that can be further studied, such as the loss of tax income, wasted education investment, rising government health and social care costs for adolescents and newborns.

The related measures that have implemented from the strategies and should have a significant role in reducing birth rates in the last three decades can be divided into six groups: (1) The announcement of Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem Act, B.E. 2559 (2016), (2) Measures relating to the use of condoms, (3) The operation of the network consulting and termination of pregnancy, (4) Adolescent pregnancy prevention program, (5) Induced Abortion process and (6) The response of the Ministry of Education. These measures have different objectives and methods of action, covering the phases of prevention to management after pregnancy. In this regard, the implementation is necessary to be integrate and in the same direction for the measures to effective.

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร (EXECUTIVE SUMMARY) I
บทคัดย่อ (ABSTRACT) V
บทที่ 1 บทนำ 1
1.1 ที่มาและความสำคัญ/หลักการและเหตุผล 1
1.2 คำถามในการวิจัย 1
1.3 วัตถุประสงค์ 1
1.4 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ 1
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย 2
1.6 ระเบียบวิธีวิจัย 3
1.7 การดำเนินงาน และผลที่ได้รับ 5
บทที่ 2 สถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทย 7
2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของกลุ่มวัยรุ่น 7
2.2 สถานการณ์แม่วัยรุ่นในช่วงปี 2535-2563 8
บทที่ 3 การประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจโดยรวมของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 11
3.1 แนวคิดในการประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจ 11
3.2 นิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและขั้นตอนการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย 16
3.3 ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจ 18
3.4 ผลการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 24
บทที่ 4 มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 45
4.1 การศึกษามาตรการแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่นในต่างประเทศ 46
4.2 รายละเอียดมาตรการแบ่งตามช่วงเวลา 51
4.3 ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 69
4.4 ความคิดเห็นของแม่วัยรุ่นและกลุ่มเสี่ยง: ผลจากการสนทนากลุ่ม 73
4.5 สรุปมาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและแก้ปัญหาแม่วัยรุ่น 75
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ 81
5.1 ต้นทุนทางเศรษฐกิจของปัญหาแม่วัยรุ่น 81
5.2 มาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 82
5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 83
เอกสารอ้างอิง 87
ภาคผนวก ก ผลจากแบบจำลอง PSM 95
ภาคผนวก ข ลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมาย 99
ภาคผนวก ค บทความสำหรับการเผยแพร่ 101

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3.1 แหล่งข้อมูลสำหรับคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย 18
ตารางที่ 3.2 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขและเพิ่มเติมคำถาม MICS และ SES 23
ตารางที่ 3.3 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล MICS (ร้อยละ) 24
ตารางที่ 3.4 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES (ร้อยละ) 25
ตารางที่ 3.5 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES ที่เลือกเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 15-30 ปี (ร้อยละ) 25
ตารางที่ 3.6 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES ที่เลือกเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 31-45 ปี (ร้อยละ) 26
ตารางที่ 3.7 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES ที่เลือกเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 46-60 ปี (ร้อยละ) 26
ตารางที่ 3.8 เปรียบเทียบอัตราการคลอดในวัยรุ่น ณ ปี 2560 จากข้อมูล SES และกรมอนามัย 27
ตารางที่ 3.9 สัดส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จากข้อมูล MICS (ร้อยละ) 27
ตารางที่ 3.10 สัดส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จากข้อมูล SES (ร้อยละ) 27
ตารางที่ 3.11 สัดส่วนของจำนวนบุตรในกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูล MICS (ร้อยละ) 28
ตารางที่ 3.12 สัดส่วนของจำนวนบุตรในกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูล SES (ร้อยละ) 28
ตารางที่ 3.13 สัดส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากข้อมูล MICS (ร้อยละ) 28
ตารางที่ 3.14 สัดส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากข้อมูล SES (ร้อยละ) 29
ตารางที่ 3.15 สัดส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เลือกเฉพาะหญิงที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 15-30 ปี จากข้อมูล SES (ร้อยละ) 29
ตารางที่ 3.16 สัดส่วนชั้นทางเศรษฐกิจของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูล SES (ร้อยละ) 30
ตารางที่ 3.17 รายได้เฉลี่ยต่อปีตามช่วงอายุของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (บาทต่อปี) 30
ตารางที่ 3.18 ผลจากแบบจำลอง PSM ในกลุ่มหญิง อายุ 15-30 ปี เมื่อ CONTROL ลักษณะบุคคลและครัวเรือน 32
ตารางที่ 3.19 ความแตกต่างของรายได้จากแบบจำลอง PSM ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ เมื่อควบคุมตัวแปรลักษณะบุคคล และครัวเรือน 32
ตารางที่ 3.20 ความแตกต่างของรายได้จากแบบจำลอง PSM ในกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่างๆ เมื่อควบคุมตัวแปรลักษณะบุคคล และครัวเรือน 33
ตารางที่ 3.21 จำนวนประชากรจากการทะเบียนจำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ ปี 2561 34
ตารางที่ 3.22 การคำนวณหาค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต 35

ตารางที่ 3.23 การคำนวณหาค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต กรณีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ลดลง 38
ตารางที่ 3.24 การคำนวณหาค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต กรณีความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่ 40
ตารางที่ 4.1 ตารางแสดงการวัดผลผ่านตัวแปรเชิงจิตวิทยา 47
ตารางที่ 4.2 ตารางแสดงการข้อมูลการวัดสำหรับตัวแปรทางจิตวิทยา (PSYCHOSOCIAL VARIABLES) .. 48
ตารางที่ 4.3 การคุมกำเนิดของหญิงอายุ 15-19 ปี ที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย 67
ตารางที่ ข.1 ตารางแสดงลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมาย 99

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 2.1 แนวโน้มของอัตราเจริญพันธุรวมในประเทศไทยระหว่างปี 2503–2558 8
รูปที่ 2.2 อัตราเจริญพันธุรวมและจำนวนการจดทะเบียนเกิดในประเทศไทยปี 2503–2563 8
รูปที่ 2.3 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน 9
รูปที่ 2.4 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี โดยแบ่งตามช่วงปีที่ทำการศึกษา 10
รูปที่ 3.1 แนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 12
รูปที่ 3.2 การวิเคราะห์ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในการศึกษานี้ 13
รูปที่ 3.3 จำนวนบุตรเฉลี่ย จำแนกตามช่วงอายุของการมีบุตรคนแรก 13
รูปที่ 3.4 รายได้ตามช่วงอายุ ของแรงงานหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกา 16
รูปที่ 3.5 LOGARITHMIC TREND ของข้อมูลความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มอายุต่างๆ 37
รูปที่ 3.6 LOGARITHMIC TREND ของข้อมูลความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มอายุต่างๆ กรณีสมมติให้ความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่ 41
รูปที่ 3.7 ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตที่คำนวณในกรณีต่างๆ 42
รูปที่ 4.1 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน 45
รูปที่ 4.2 ภาพรวมมาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น ปี 2535-2561 51
รูปที่ 4.3 สรุปนโยบายและโครงการที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ.2535 - พ.ศ.2559 52
รูปที่ 4.4 มาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น ปี 2535-2544 52
รูปที่ 4.5 มาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น ปี 2545-2555 55
รูปที่ 4.6 มาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น หลังปี 2556 60
รูปที่ 4.7 สัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ (ผลงานสะสม ปี 2556-2561) 65
รูปที่ 4.8 จำนวนและสัดส่วนการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี 67

รูปที่ 4.9 สัดส่วนการใช้ถุงยางครั้งแรกเปรียบเทียบกับอัตราการคุมกำเนิดครั้งล่าสุดของนักเรียนชั้น ม.5 และ ปวช.ปี2 (ปี 2541–2560) 77
รูปที่ 4.10 จำนวนและสัดส่วนการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี 78

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ/หลักการและเหตุผล

การศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในมุมมองด้านสุขภาพและสังคม ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาวิเคราะห์ถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจและประมาณการต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้น หากมีการประมาณการต้นทุนทางเศรษฐกิจโดยรวมของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยที่น่าเชื่อถือ และแสดงถึงต้นทุนทางเศรษฐกิจของปัญหานี้ ก็น่าจะมีส่วนช่วยสร้างความตระหนักให้กับทุกภาคส่วนในสังคม เกิดการรับรู้ร่วมกันและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนให้เกิดการระดมทรัพยากรในทุกๆ ด้าน เพื่อหามาตรการในการลดปัญหานี้ให้เหลือน้อยที่สุด การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาการสูญเสียทางเศรษฐกิจ หรือต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการออกจากโรงเรียน (school dropout) เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ ยังศึกษามาตรการต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาอย่างชัดเจนว่ามาตรการไหนมีต้นทุนและผลประโยชน์หรือให้ผลสัมฤทธิ์อย่างไร

1.2 คำถามในการวิจัย

1. ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย
2. มาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาตรการใดที่มีประสิทธิผลในการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

1.3 วัตถุประสงค์

1. ประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจโดยรวมของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย
2. สำรวจมาตรการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย ที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

1.4 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในการศึกษานี้ หมายถึง การตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-19 ปี

ต้นทุนทางเศรษฐกิจ หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการทำกิจกรรม ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงจากการใช้จ่ายในปัจจัยการผลิต รวมทั้งต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการเลือกทำกิจกรรมอย่างหนึ่งทำให้สูญเสียมูลค่าของผลตอบแทนจากกิจกรรมที่สูญเสียโอกาสไป

การประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจ หมายถึง การคำนวณมูลค่าค่าใช้จ่ายจากการใช้จ่ายในปัจจัยการผลิต และมูลค่าต้นทุนค่าเสียโอกาสที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมหนึ่ง

การสูญเสียทางเศรษฐกิจ หรือ **ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (opportunity cost)** หมายถึง จำนวนเงินที่ควรจะเกิดขึ้นในระบบเศรษฐกิจแต่สูญเสียไป เช่น ภาครัฐสูญเสียเงินภาษีเนื่องจากมีการเลี่ยงภาษี ประชากรสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ เนื่องจากตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

มาตรการลดป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง นโยบาย กฎ ระเบียบ ตลอดจนกิจกรรม ที่ภาครัฐจัดให้มี เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

อาศัยแนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ได้ในระดับบุคคล ระดับครัวเรือนและระดับชาติ ต้นทุนอาจอยู่ในรูปของการสูญเสียหรือค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจในอนาคตจากการออกจากโรงเรียน หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของทารกแรกเกิด และอาจมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ เช่น การสูญเสียผลิตภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน ที่การดูแลเด็กเล็กเป็นค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องมีสมาชิกบางคนต้องดูแลเด็กเต็มเวลา หรือครอบครัวต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าดูแลเด็กเล็ก

เมื่อพิจารณาผลสืบเนื่องของการออกจากโรงเรียน ต้นทุนทางตรง ซึ่งเป็นต้นทุนทางเศรษฐกิจหลัก คือ ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่ประเมินจากรายได้ในอนาคตที่ลดลงหากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องออกจากโรงเรียนโดยไม่สมัครใจ (school dropout) ระดับการศึกษาที่ต่ำส่งผลต่อการได้รับค่าจ้างในระดับต่ำ นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังอาจส่งผลกระทบทางลบได้ตลอดช่วงชีวิตในด้านรายได้ที่ลดลง (individual loss of income in the future) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงที่มีบุตรเมื่ออายุน้อยมีแนวโน้มที่จะว่างงาน ต้องทำงานนอกระบบหรือต้องทำงานที่ได้รับผลตอบแทนต่ำกว่าผู้หญิงที่อยู่ในกลุ่มเศรษฐกิจและสังคมเดียวกันแต่ไม่ได้ออกจากโรงเรียน สถานการณ์ที่ต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานเร็วเกินไปอาจส่งผลทางลบเนื่องจากบางคนติดกับงานที่มีค่าแรงต่ำนานเกินไป และส่งผลกระทบทางอ้อมทวีคูณต่อเศรษฐกิจโดยรวม กล่าวคือ การแข่งขันต่ำ รัฐบาลสูญเสียรายได้จากภาษี ซึ่งหมายถึงสูญเสียผลตอบแทนจากการลงทุนด้านการศึกษา และมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเพื่อรองรับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นประเมินต้นทุนทางตรงซึ่งเป็นต้นทุนทางเศรษฐกิจหลัก คือต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตที่เป็นผลจากการออกจากโรงเรียน (school dropout) เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ว่าจะเกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ

1.6 ระเบียบวิธีวิจัย

1. ประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

1.1 จำแนกประเภทการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy: AP) (กลุ่ม) เป็นดังนี้

1) กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในขณะเรียน (APS) กลุ่มนี้ถือว่าตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โดยแบ่งเป็น ก) กลุ่มที่เมื่อตั้งครรภ์แล้วออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D) และ ข) กลับมาเรียน (APS_R) เทียบกับกลุ่มควบคุม คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน และเรียนต่อจนจบอย่างที่วางแผนไว้ (APS^C)

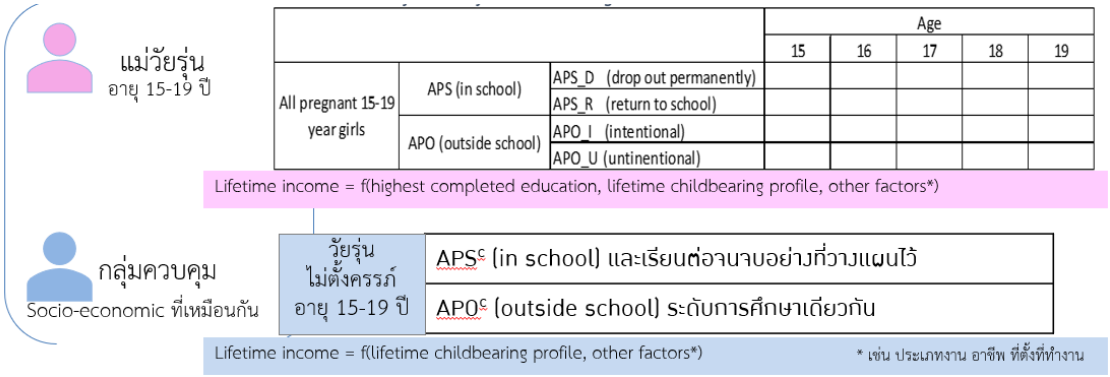
2) กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ออกจากโรงเรียนก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ (APO) โดยแบ่งเป็น ก) กลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ (APO_I) และ ข) กลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (APO_U) เทียบกับกลุ่มควบคุม คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน และมีระดับการศึกษาเดียวกัน (APO^C)

1.2 รวบรวมข้อมูล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจาก 2 ส่วนคือ

1) การสำรวจระดับประเทศ (National Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร คือ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี ในประเทศไทย (MICS), การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey: HWS) และข้อมูลด้านการทำงานและการเปลี่ยนแปลงประชากร คือ การสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากร (Labor Force Surveys: LFS), การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES) และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (Surveys of Population Change: SPC)

2) ข้อมูลจากการบริหารงาน/งานทะเบียน (administrative data) ที่จัดเก็บโดยหน่วยงานภาครัฐ คือ ข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จาก สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย และรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อัตราการเข้าเรียนและออกกลางคัน และงบประมาณด้านการศึกษา โดยกระทรวงศึกษาธิการ การช่วยเหลือจากรัฐสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และแม่วัยรุ่น โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งข้อมูลแม่วัยรุ่นในประเทศไทย: การบูรณาการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายฐานข้อมูลในระดับประเทศและระดับพื้นที่ โดยความร่วมมือของกรมอนามัย ร่วมกับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ UNFPA (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย) เป็นต้น

1.3 ประเมินรายได้ตลอดชีวิตของแต่ละกลุ่มและกลุ่มควบคุม ตามที่ได้จำแนกไว้ในข้อ 1 ดังรูป



แล้วจึงนำมาคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังสมการ

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Opportunity cost of adolescent pregnancy) = รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มควบคุม) – รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)

2. สำรวจมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย (เลือกบางมาตรการ)

2.1 ดำเนินการศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ผ่านข้อมูลอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ที่ดำเนินการจัดเก็บตั้งแต่ พ.ศ.2535 โดยสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากนั้นจึงทำการแบ่งช่วงระยะตามทิศทางการเปลี่ยนแปลงของอัตราการคลอดในกลุ่มเป้าหมาย โดยสามารถแบ่งเป็น ระยะที่ 1 ในช่วง พ.ศ.2535 – 2544 ระยะที่ 2 ในช่วง พ.ศ.2545 – 2554 และระยะที่ 3 ในช่วง พ.ศ.2554 จนถึงปัจจุบัน

2.2 สำรวจมาตรการที่สามารถส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งมาตรการทางตรงและมาตรการที่ส่งผลทางอ้อม นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาทั้งสามช่วง ผ่านการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิและเปรียบเทียบวิเคราะห์ความเชื่อมโยงกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงไป จากนั้นจึงเลือกบางมาตรการที่เป็นรูปธรรมส่งผลชัดเจนต่อการลดลงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของอัตราการคลอดในระยะที่ 3 ทั้งนี้กระบวนการได้มาของข้อมูลทุติยภูมิที่ระบุนี้ อาศัยการศึกษากรอบกฎหมาย ยุทธศาสตร์ พ.ร.บ. ที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาดังกล่าว พร้อมทั้งพิจารณานโยบายของรัฐและการดำเนินกิจกรรมของเอกชน ที่ส่งผลต่อกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา โดยให้ความสำคัญกับแนวคิดการดำเนินนโยบายหรือโครงการ ประกาศที่เกี่ยวข้อง คู่มือการดำเนินงาน พร้อมทั้งศึกษาผลการดำเนินงานตามรายงานของหน่วยงานที่มีการเผยแพร่

2.3 ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องและประสบการณ์ในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมาจากทั้งในส่วนของหน่วยงานรัฐที่มีบทบาทในการกำหนดและดำเนินนโยบาย องค์กรอิสระ มูลนิธิที่รณรงค์กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้แทนที่มาจากภาคการศึกษา ทั้งนี้กระบวนการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ได้จากการศึกษาในข้อ 2.2 และเป็นการสอบถามความคิดเห็นต่อมาตรการที่มีผลในมุมมองความเชี่ยวชาญแต่ละท่าน

2.4 ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกี่ยวกับสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้และการเข้าถึงบริการต่างๆ ทั้งก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังการคลอดบุตร รวมทั้งความช่วยเหลือหรือบริการที่ต้องการได้รับเพิ่มเติม โดยกระบวนการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายจัดทำขึ้นในลักษณะการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

2.5 นำกลุ่มมาตรการที่คาดว่าจะส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ได้จากกระบวนการศึกษาข้อที่ 2.1 ถึงข้อที่ 2.4 มาสรุปเป็นกลุ่มมาตรการที่สำคัญ โดยคำนึงถึงแต่ละช่วงเวลาของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการที่หลากหลายขึ้นกับเงื่อนไขสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

1.7 การดำเนินงาน และผลที่ได้รับ

กิจกรรม (activities)	ผลที่ได้รับ (outputs)
• จำแนกประเภทการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กลุ่ม) • รวบรวมข้อมูล • ประเมินรายได้ตลอดชีวิตของแต่ละกลุ่มและกลุ่มควบคุม	ผลการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
• รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับมาตรการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น • สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายหลักและผู้สนับสนุนเกี่ยวกับประโยชน์ของมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่เลือก • จัดประชุม Focus group เพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาข้อสรุปของมาตรการที่มีผลต่อการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย	ผลสำรวจและวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย และนำเสนอมาตรการที่มีผลต่อการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

บทที่ 2
สถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทย

2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของกลุ่มวัยรุ่น

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทยตลอดช่วงเวลากว่าสองทศวรรษ จำเป็นต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างประชากรหรือภาวะเจริญพันธุ์[1] เนื่องจากประเทศไทยช่วงเวลาที่ผ่านมาอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุ ภาวะเจริญพันธุ์ที่สั้นและมีการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ที่รวดเร็วที่สุดในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2554, หน้า 19-21)

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยสามารถแบ่งเป็น 4 ระยะที่สำคัญ โดยมีทิศทางลดลงอย่างต่อเนื่อง (**รูปที่ 2.1**) ซึ่งประกอบด้วย (1) ก่อนปี 2513 ซึ่งเป็นระยะที่ภาวะเจริญพันธุ์สูง (2) ปี 2513-2533 เป็นช่วงภาวะเจริญพันธุ์ลดลง (3) ปี 2534-2539 ระยะภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ และ (4) ระยะปัจจุบัน ปี 2540 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นช่วงภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน โดยจากการศึกษาข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยในปี 2547-2549 อยู่ที่ 1.47 เท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ทั้งนี้ภาวะเจริญพันธุ์โดยธรรมชาติจะอยู่ระหว่าง 6.3-6.6 (Guest, 1995) อย่างไรก็ตามภาวะเจริญพันธุ์โดยธรรมชาติเป็นอัตราการเกิดของคนที่ไม่มีการคุมกำเนิด ดังนั้น จึงมีสัดส่วนที่สูงกว่าภาวะเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน

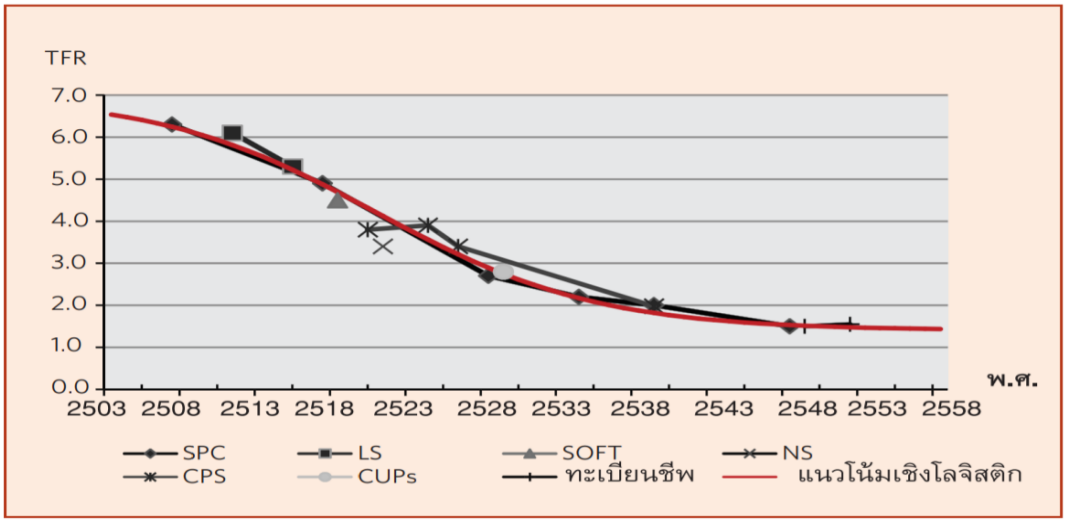
นอกจากการพิจารณาภาวะเจริญพันธุ์ตามข้างต้นแล้ว รายงานผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย (2554) ยังได้ให้ความสำคัญของการพิจารณาจำนวนการเกิดควบคู่กันไปด้วย เนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ไม่สามารถบ่งชี้ถึงจำนวนการเกิดที่แท้จริง และพบว่าในช่วงก่อนปี 2495 มีเด็กได้รับการจดทะเบียนเกิดประมาณ 4-6 แสนคนต่อปี ต่อมาสถิติการจดทะเบียนเกิดได้เพิ่มขึ้นอย่างเร็วจนมากกว่า 1 ล้านคนในปี 2506 และยังคงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องมาอีกสองทศวรรษจนถึงปี 2526 จากนั้นจึงมีการจดทะเบียนเกิดเริ่มลดลงตั้งแต่ปี 2527 (**รูปที่ 2.2**)

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงตั้งแต่ปี 2513 แต่จำนวนการเกิดกลับยังไม่ลดลงในทันที ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นผลจากแรงเหวี่ยงประชากร (Population Momentum) ซึ่งเกิดจากการที่ประชากรวัยเจริญพันธุอยู่ในสัดสวนที่สูงมากจึงชวยใหเกิดสมดุลของประชากรโดยไม่ส่งผลให้จำนวนการเกิดของประชากรลดลงมากนัก (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2554)

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรมีความสำคัญต่อการพิจารณาอัตราการคลอดในวัยรุ่นในช่วงเวลาการศึกษา เนื่องจากจำนวนประชากรวัยรุ่นที่ลดลงย่อมส่งผลต่ออัตราการคลอดของวัยรุ่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงยังคงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างละเอียดต่อไปในอนาคต

[1] ภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility) หมายถึง สภาพการสืบทอดพันธุ์ของประชากรกลุ่มใดๆ โดยพิจารณจากการเกิดมีชีพในประชากรกลุ่มนั้นๆ หรือชุมชนที่กำหนด **Invalid source specified.**

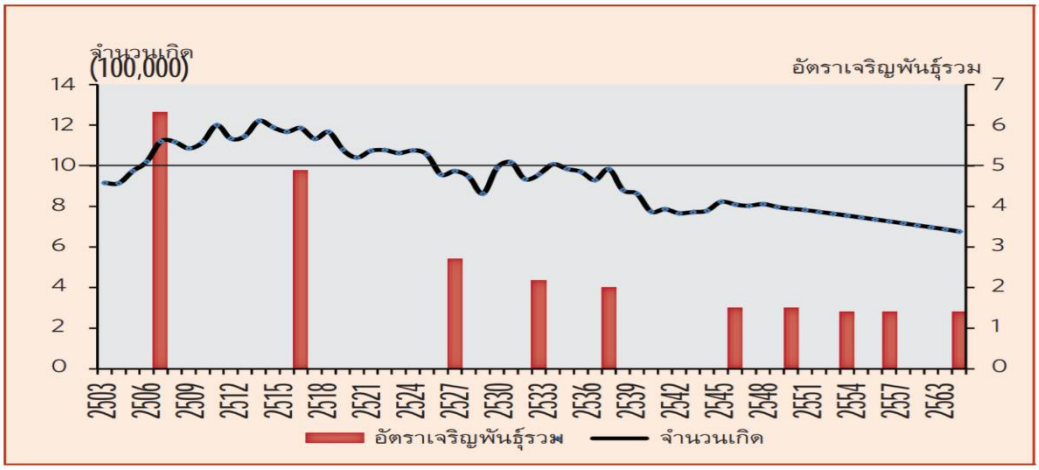
รูปที่ 2.1 แนวโน้มของอัตราเจริญพันธุรวมในประเทศไทยระหว่างปี 2503–2558



หมายเหตุ: SPC = การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (Survey of Population Change)
LS = การศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Survey)
SOFT = การสำรวจภาวะเจริญพันธุในประเทศไทย (Survey of Fertility in Thailand)
NS = การสำรวจทั่วประเทศ (National Survey)
CPS = การสำรวจความชุกของการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey)
CUPS = รูปแบบของการคุมกำเนิดในประเทศไทย (Contraceptive Use Patterns in Thailand)
ทะเบียนชีพ = เป็นการคำนวณจากการจดทะเบียนเกิดในป พ.ศ. 2552

ที่มา: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ 2554 หน้า 20

รูปที่ 2.2 อัตราเจริญพันธุรวมและจำนวนการจดทะเบียนเกิดในประเทศไทยปี 2503–2563



ที่มา: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ 2554 หน้า 20

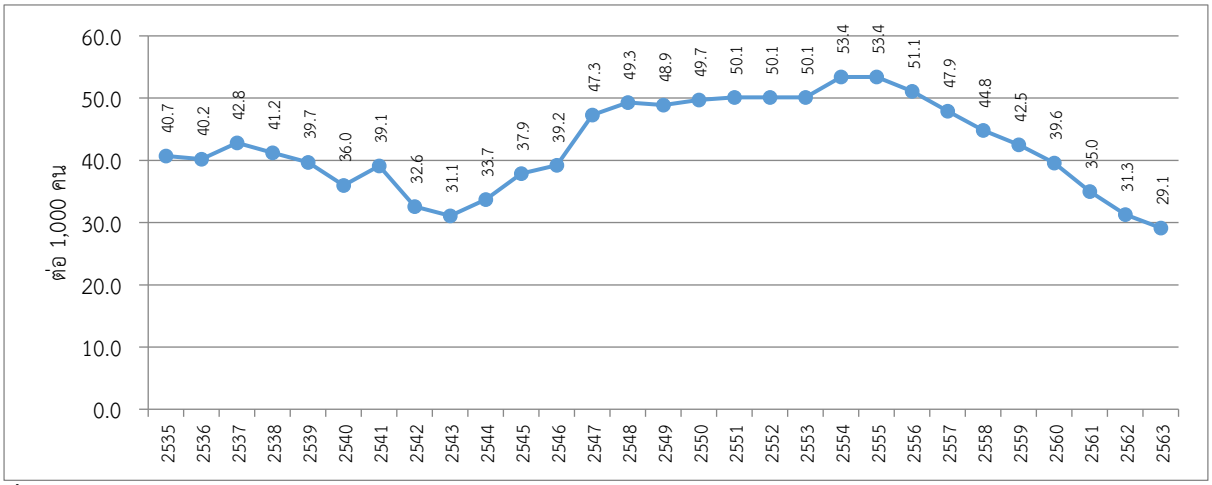
2.2 สถานการณ์แม่วัยรุ่นในช่วงปี 2535-2563

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับที่สูง (**รูปที่ 2.3**) สะท้อนได้จากสถิติอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกันพันคน ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสถิติทางการที่มีการเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ โดยกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวจะมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2556 โดยลดจาก 53.4 ต่อพันคนในปี 2555 เหลือ 29.1 ต่อพันคนในปี 2563 ทั้งนี้มีหลักฐาน

ที่แสดงชัดเจนว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าการตั้งครรภ์ของหญิงที่เป็นผู้ใหญ่มากมายหลายด้าน เช่น ความเสี่ยงทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (Sriyasak, 2016) เป็นต้น

ดังนั้นอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยซึ่งอยู่ในระดับที่สูงเช่นนี้ จึงเป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสนใจแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน และเมื่อต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานก็เป็นแรงงานที่มีประสิทธิภาพต่ำ ตลอดจนมีโอกาสที่ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นจะมีสุขภาพไม่ดี นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงทางการเงินของครอบครัวมากขึ้น (Aherrera et.al, 2015)

รูปที่ 2.3 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน



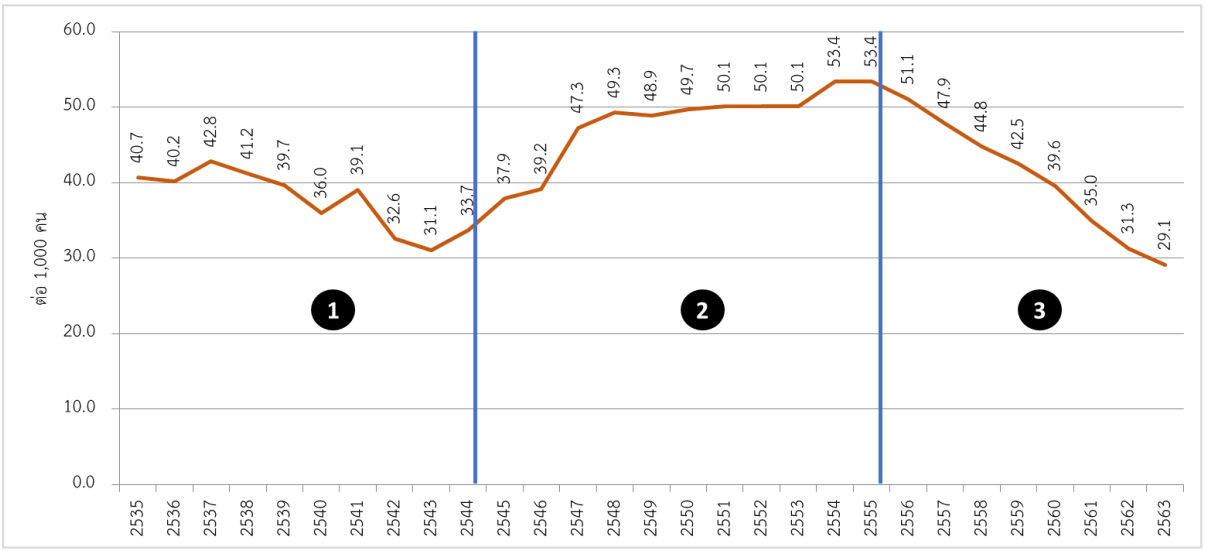
ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาในเอลซัลวาดอร์ (UNFPA, 2017, หน้าที่ 5) ยืนยันว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวของพวกเขาและส่งผลกระทบต่อผลตอบแทนของการลงทุนในเด็กของรัฐบาล ผลกระทบดังกล่าวได้รับการบันทึกไว้รวมถึง (1) ปัญหาสุขภาพของแม่และเด็ก (2) ความไม่ต่อเนื่องในการได้รับการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลที่เกิดจากการถูกตัดสินจากกระแสสังคม (3) ข้อจำกัดในการได้รับการจ้างงานในระบบ (formal sector) (4) ในกลุ่มคนยากจน สถานการณ์นี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวงจรการส่งผ่านความยากจนข้ามรุ่น และ (5) ถูกผู้ปกครองบังคับให้แต่งงาน

ผลการศึกษาในฟิลิปปินส์ (Herrin, 2016) พบว่า (1) โครงสร้างอัตราค่าจ้างของกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะสูงกว่าคนที่ไม่จบระดับมัธยมศึกษา (2) การมีลูกเมื่ออายุยังน้อยมีผลให้โครงสร้างอัตราค่าจ้างลดลงถึงแม้จะจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และ (3) การลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตของกลุ่มผู้หญิงอายุ 18-19 ปี ซึ่งเป็นผลมาจากการมีบุตรเร็ว อยู่ระหว่าง 24-42 พันล้านเปโซ (ค่าเฉลี่ย 33 พันล้านเปโซ) คิดเป็นร้อยละ 0.8-1.4 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (คิดเป็นค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 1.1) ซึ่งหมายถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมากภายใต้กลุ่มวัยรุ่นกลุ่มอายุเดียว

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสถานการณ์แม่วัยรุ่นของไทยในช่วงปี 2535-2563 โดยอาศัยข้อมูลอัตราการคลอดของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี พบว่าสามารถแบ่งช่วงการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทยได้เป็น 3 ช่วงเวลา (**รูปที่ 2.4**) ได้แก่ ช่วงที่ 1 ปี 2535-2544 เป็นช่วงเวลาที่อัตราการคลอดของวัยรุ่นค่อนข้างคงที่ อยู่ที่ประมาณ 40 คนต่อวัยรุ่นพันคน และอัตราการคลอดเริ่มลดลงตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ช่วงที่ 2 ปี 2545-2555 อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยปี 2554 และปี 2555 เป็นปีที่มีอัตราการคลอดสูงถึง 53.4 คนต่อวัยรุ่นพันคน และช่วงที่ 3 ตั้งแต่ ปี 2556 อัตราการคลอดในวัยรุ่นเริ่มลดลง และลดเหลือ 29.1 คนต่อวัยรุ่นพันคน ในปี 2563 ตามลำดับ

รูปที่ 2.4 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี โดยแบ่งตามช่วงปีที่ทำการศึกษา



ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การแบ่งสถานการณ์ออกเป็น 3 ช่วงเวลาทำให้การพิจารณานโยบายและโครงการที่มีความเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถทำได้ง่ายและมีความชัดเจนมากขึ้น ทั้งนี้ในแต่ละช่วงเวลจะมีบริบททางเศรษฐกิจและสังคม พระราชบัญญัติ นโยบายหรือโครงการของรัฐ รวมทั้งการดำเนินงานของภาคประชาสังคมที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยข้างต้นจะมีการนำเสนอในรายละเอียดต่อไปในบทที่ 4 ซึ่งเกี่ยวข้องกับมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

บทที่ 3
การประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจโดยรวมของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3.1 แนวคิดในการประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจ

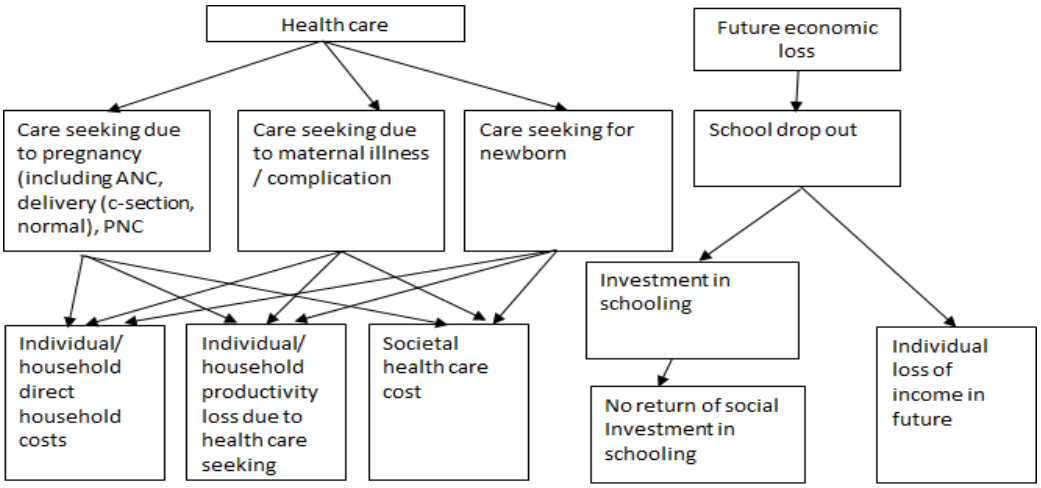
ต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ได้ในระดับบุคคล ระดับครัวเรือนและระดับชาติ ต้นทุนอาจอยู่ในรูปของการสูญเสียทางเศรษฐกิจในอนาคตจากการออกจากโรงเรียน หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของทารกแรกเกิด และอาจมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ เช่น การสูญเสียผลิตภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน (**รูปที่ 3.1**) เมื่อพิจารณาผลสืบเนื่องของการออกจากโรงเรียน ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือรายได้ในอนาคตที่ลดลงหากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องออกจากโรงเรียนโดยไม่สมัครใจ (school dropout) ระดับการศึกษาที่ต่ำส่งผลต่อการได้รับค่าจ้างในระดับต่ำ นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังอาจส่งผลกระทบทางลบได้ตลอดช่วงชีวิตในด้านรายได้ที่ลดลง (individual loss of income in the future) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงที่มีบุตรเมื่ออายุน้อยมีแนวโน้มที่จะว่างงาน ต้องทำงานนอกระบบหรือต้องทำงานที่ได้รับผลตอบแทนต่ำกว่าผู้หญิงที่อยู่ในกลุ่มเศรษฐกิจและสังคมเดียวกันแต่ไม่ได้ออกจากโรงเรียน สถานการณ์ที่ต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานเร็วเกินไปอาจส่งผลทางลบเนื่องจากบางคนติดกับงานที่มีค่าแรงต่ำนานเกินไป นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทวีคูณ (spillover effect) กล่าวคือ กลุ่มที่ได้รับค่าแรงต่ำ มีความสามารถในทำงานต่ำจะอยู่ในกลุ่มผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงคู่ครอง หรือสมาชิกในครอบครัวด้วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจโดยรวมความสามารถในการแข่งขันของประเทศต่ำลง รัฐบาลสูญเสียรายได้จากภาษี ซึ่งหมายถึงสูญเสียผลตอบแทนจากการลงทุนด้านการศึกษา (no return of education investment) และมีค่าใช้จ่ายภาครัฐที่สูงขึ้นเพื่อรองรับปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

เมื่อพิจารณาช่องทางด้านสุขภาพ ต้นทุนจากการตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดขึ้นจากค่าใช้จ่ายในการดูแลครรภ์และค่าใช้จ่ายสำหรับทารกแรกเกิด ทั้งในระดับบุคคล ระดับครัวเรือน และสังคม และผลิตภาพที่ลดลงสืบเนื่องจากสุขภาวะที่แย่ลง การดูแลเด็กเล็กเป็นค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องมีสมาชิกบางคนต้องดูแลเด็กเต็มเวลา หรือครอบครัวต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าดูแลเด็กเล็ก

ตัวอย่างการศึกษาต้นทุนการตั้งครรภ์ในวันรุ่นยังมีการศึกษาไม่มากนักแม้ในต่างประเทศ ในงานศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556 ภายใต้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้อ้างถึงการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีการศึกษาต้นทุนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมระดับประเทศ ซึ่งเป็นต้นทุนต่อรัฐบาลกลาง รัฐบาลของรัฐต่างๆ และรัฐบาลท้องถิ่นรวมกัน คิดเป็นกว่า 9.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี ค.ศ. 2004 หรือคิดเป็นมูลค่า 1,430 เหรียญสหรัฐ ต่อทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นหนึ่งราย (Hoffman, 2006) และเมื่อนำมาคิดเป็นต้นทุนอย่างคร่าวของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของไทยในปี 2554 จะคิดเป็นประมาณ 3,088 ล้านบาท และในงานศึกษานี้ยังได้อ้างถึงงานศึกษาของประเทศอังกฤษที่ศึกษาเฉพาะต้นทุนที่เกิดขึ้นกับระบบประกันสุขภาพซึ่งคิดเป็นมูลค่าประมาณ 69 ล้านปอนด์ ในปี ค.ศ. 2008 (Frances, 2008) และยังระบุว่าการลงทุนป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า กล่าวคือทุก 1 ปอนด์ที่ใช้ลงทุนป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถสร้างผลตอบแทนกลับมาได้ถึง 4 ปอนด์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Sonfield, Kost, Gold, & Finer, 2011) ที่ระบุ

ว่างบประมาณที่ลงไปกว่า 2 พันล้านเหรียญสำหรับศูนย์วางแผนครอบครัวทั่วประเทศ สามารถสร้างผลตอบแทนกลับมาได้ถึง 7 พันล้านเหรียญ อันเนื่องมาจากการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

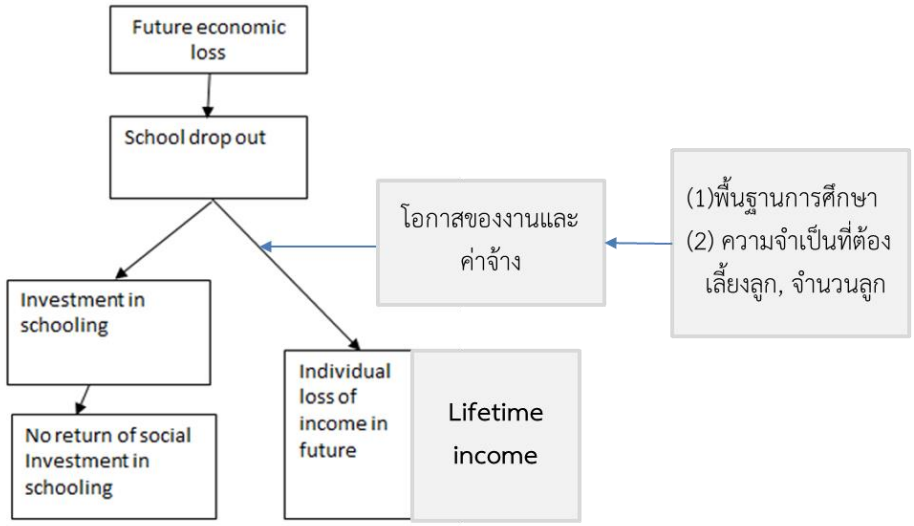
รูปที่ 3.1 แนวคิดในการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น



ที่มา: UNFPA and Nossal Institute for Global Health (undated) (ไม่ระบุปี)

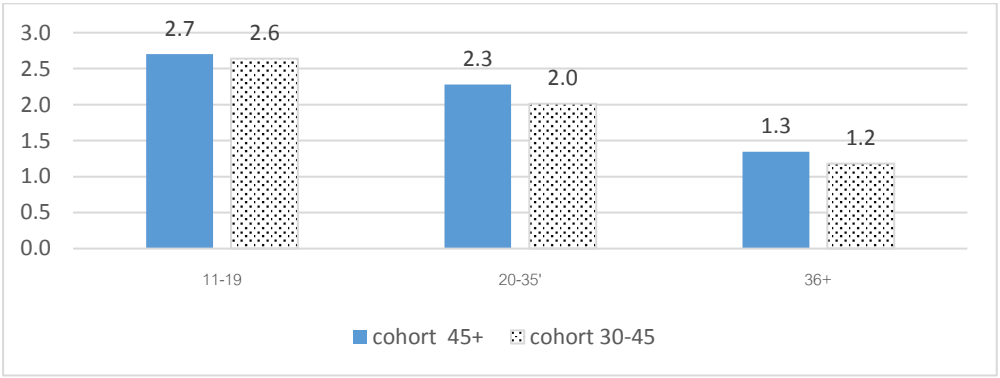
การศึกษานี้จะมุ่งเน้นเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการออกจากโรงเรียน (school dropout) เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ซึ่งแม่วัยรุ่นกลุ่มนี้หากต้องการเข้าสู่ตลาดแรงงานหลังคลอดบุตร โอกาสในการทำงานและค่าจ้างที่ได้รับจะขึ้นอยู่กับ (ก) ระดับการศึกษา และ (ข) เวลาที่ต้องใช้ในการดูแลเด็กเล็ก (**รูปที่ 3.2**) โดยเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่อายุเท่ากันและมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน (กลุ่มควบคุม) ความแตกต่างในระดับการศึกษา และการต้องดูแลเด็กแรกเกิดจะทำให้รายได้ตลอดชีวิตของแม่วัยรุ่นน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้การมีลูกคนแรกเร็ว (ช่วงต้นชีวิต) อาจส่งผลให้มีลูกมากขึ้นในอนาคตด้วย ชี้ให้เห็นจากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) (**รูปที่ 3.3**) ส่วนต้นทุนทางด้านสุขภาพที่เป็นค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพ (health care) จะถือเป็นต้นทุนทางอ้อม เช่นเดียวกับต้นทุนด้านภาษี และการช่วยเหลือจากรัฐ เนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัย 15 ปีขึ้นไป ไม่ได้ซับซ้อนแตกต่างไปจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกในอายุ 20 จนเป็นต้นทุนหลักจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

รูปที่ 3.2 การวิเคราะห์ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในการศึกษานี้



ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

รูปที่ 3.3 จำนวนบุตรเฉลี่ย จำแนกตามช่วงอายุของการมีบุตรคนแรก



ที่มา: การคำนวณโดยผู้วิจัย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี ในประเทศไทย (MICS 5)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ความแตกต่างของรายได้ตลอดชีวิต (Lifetime income) ของหญิงกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และหญิงกลุ่มควบคุมที่มีอายุและมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน จะขึ้นกับระดับการศึกษาสูงสุด การตั้งครรภ์และช่วงอายุที่ตั้งครรภ์ และจำนวนบุตรที่มีตลอดช่วงชีวิต หรือที่เรียกว่า “lifetime childbearing profile” ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการของรายได้ตลอดชีวิต และต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Economic loss of adolescent pregnancy) ได้ดังนี้

รายได้ตลอดชีวิต = f (ระดับการศึกษาสูงสุด, จำนวนบุตรที่มีตลอดช่วงชีวิต, ปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะงาน อาชีพ ที่ตั้งที่ทำงาน เป็นต้น)

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น = รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มควบคุม) – รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)

ทั้งนี้ การนำสมการ lifetime income มาใช้คำนวณรายได้ตลอดชีวิตและต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ออกจากโรงเรียนก่อนการตั้งครรภ์ทั้งโดยตั้งใจ (intentional) และไม่ตั้งใจ (unintentional) หมายความว่าระดับการศึกษาจะไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบ แต่จะเป็นจำนวนการมีบุตร

ตลอดช่วงชีวิต เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีระดับการศึกษาสูงสุด และมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกัน

ดังนั้นจึงต้องมีการจำแนกกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และกลุ่มควบคุมเป็นลำดับแรก แล้วจึงประเมินรายได้ตลอดชีวิตของทั้งสองกลุ่ม

โดยกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในขณะเรียน (APS) ถือว่าตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โดยแบ่งเป็น ก) กลุ่มที่เมื่อตั้งครรภ์แล้วออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D) และ ข) กลับมาเรียน (APS_R) ส่วนกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ออกจากโรงเรียนก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ (APO) แบ่งเป็น ก) กลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ (APO_I) และ ข) กลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (APO_U)

ตัวอย่างการประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจโดยรวมของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในต่างประเทศ

ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่า การประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจโดยรวมของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น คือ ผลรวมของความแตกต่างในรายได้ตลอดชีวิตของของหญิงกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (APS_D, APS_R, APO_I and APO_U) และหญิงกลุ่มควบคุมที่มีอายุและมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นงานไม่ง่ายและมีความซับซ้อน บางการศึกษาจึงพยายามทำให้การประเมินต้นทุนนี้ทำได้ง่ายขึ้น อาทิ การศึกษาของ UNFPA (2017) ซึ่งเป็นการศึกษาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศเอสซัลวาดอร์ ทำการคำนวณรายได้ตลอดชีวิตเพียงเฉพาะในช่วงอายุ 20-24 ปี โดยมีสมมติฐานว่า หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีสัดส่วนและรายได้ เท่ากับประชากรหญิงทั่วไปที่มีงานทำ ‘economically active population’ (EAP) ในช่วงอายุและการศึกษาเดียวกันที่ตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ และดูความแตกต่างของรายได้ในช่วงอายุ 20-24 ปี หากมีการตั้งครรภ์เทียบกับการที่ไม่ตั้งครรภ์ เป็นรายได้ที่สูญเสียไปและเป็นต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การจำกัดการคำนวณรายได้เฉพาะในช่วงอายุ 20-24 จะทำให้ได้ผลที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากผลของการออกจากโรงเรียนเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นรวมทั้งการหารายได้จะมีผลต่อเนื่องไปมากกว่าที่อายุ 24 ปี ส่วนการตั้งสมมติฐานให้ต้นทุนทางเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เท่ากับรายได้ของกลุ่มประชากรหญิงทั่วไปในช่วงอายุและการศึกษาเดียวกัน เป็นการประเมินมากเกินความเป็นจริง เนื่องจากจะหมายถึงว่ากลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะไม่มีงานทำและขาดรายได้ไปเลย และการใช้ประชากรหญิงทั่วไปเป็นกลุ่มควบคุม หรือ control group ก็จะขาดการคำนึงปัจจัยร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ ที่จะมีโอกาสทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วย ส่วนการ เทียบการศึกษาในขณะที่ตั้งครรภ์กับการศึกษาของกลุ่มควบคุมเพื่อหารายได้ที่ควรจะเป็นหากไม่ตั้งครรภ์ หรือ ‘expected income if not pregnant’ ทำให้ขาดการคำนึงถึงเรื่องการกลับเข้าเรียนต่อ (reentry) ของกลุ่มแม่วัยรุ่นไป

อย่างไรก็ดี จากตัวอย่างการศึกษาของ UNFPA (2017) ในกรณีของประเทศไทยมีข้อมูลการสำรวจระดับประเทศที่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบรายได้จากการทำงาน จำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษาได้ คือ การสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากร (Labor Force Survey: LFS) สำรวจเฉพาะข้อมูลรายได้จากค่าจ้าง ของกำลังแรงงานโดยทั่วไป ส่วนการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES) ให้ภาพรายได้ที่สมบูรณ์กว่า โดยสำรวจรายได้จากการทำงานทั้งหมด (earn income: wage and non-wage) และสามารถจำแนกเป็นกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

การศึกษาของ Herrin (2016) ให้กรอบการประเมินต้นทุนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่แม่นยำขึ้น และจะใช้เป็นกรอบวิธีการประเมินต้นทุนในการศึกษานี้ โดยมีขั้นตอนการประเมิน คือ

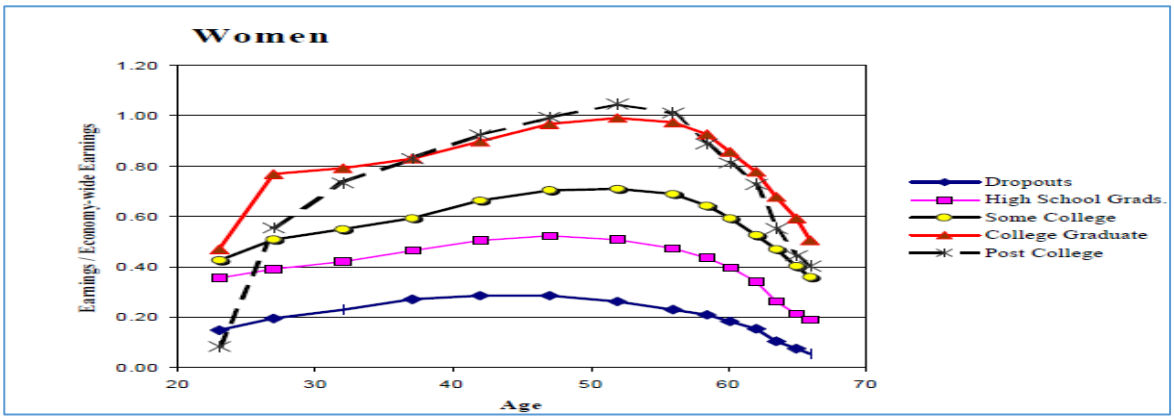
ขั้นตอนที่ 1 ประเมินระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่กำลังเรียนนั้น (กลุ่ม APS) หากไม่ได้ตั้งครรภ์

แบบจำลองนี้ใช้วิธี propensity score matching (PSM) ในการหากลุ่มควบคุม หรือ control group โดยแบบจำลองจะกำหนดให้การตั้งครรภ์เป็น 'treatment' และระดับการศึกษาเป็น 'outcome'. โดยชุดข้อมูลจะประกอบด้วยกลุ่มผู้หญิงช่วงอายุ 20-23 ปี และ 20-25 ปี และแบ่งเป็นกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ในขณะเรียน กับกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในช่วงนั้น PSM จะเลือก "กลุ่มควบคุม" โดยเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ แต่มีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์เหมือนกับกลุ่มที่ตั้งครรภ์ ความแตกต่างของระดับการศึกษา (จำนวนปีในการศึกษา) ระหว่างกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในช่วงดังกล่าว (ซึ่งเป็น subset ของกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ไม่ใช่กลุ่มที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งตรงนี้จะต่างจากการศึกษาของ UNFPA (2017)) จะถูกทดสอบโดยแบบจำลอง PSM หากมีนัยสำคัญทางสถิติ การต้องออกจากการเรียนกลางคันนั้นจะเชื่อได้ว่าเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้หญิงช่วงอายุ 20-23 ปี เพื่อให้มีการศึกษาสูงสุดได้ถึงปริญญาตรี และ 20-25 ปีเพื่อให้มีการศึกษาสูงสุดได้ถึงปริญญาโท การจัดทำแบบจำลอง PSM ในการศึกษานี้จะใช้ข้อมูล การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES) ซึ่งสามารถแยกแบบจำลองเป็นแบบจำลองสำหรับกลุ่ม APS ที่ต้องออกจากการเรียนอย่าถาวร (APS_D) และกลุ่ม APS ที่ต้องออกจากการเรียนแต่กลับเข้ามาเรียนใหม่ (APS_R) ได้

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินผลกระทบต่อรายได้ตลอดชีวิตของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ดังที่กล่าวแล้วในส่วนของกรอบแนวคิดการประเมินต้นทุนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่รายได้ตลอดชีวิตของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบ (complete education) จำนวนการมีบุตรตลอดช่วงชีวิต (lifetime childbearing) และปัจจัยอื่นๆ เช่น อาชีพ สถานะภาพการทำงาน ซึ่งต้องอาศัยชุดข้อมูลรายได้ครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซ้ำ (panel data) เพื่อประเมินรายได้ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจข้อมูลดังกล่าวแต่ไม่ต่อเนื่อง มีการศึกษาของต่างประเทศที่แนะนำวิธีการประเมินรายได้ตลอดชีวิตด้วยข้อมูลที่มีจำกัด โดยประมาณการจากแบบจำลองสมการ age-earning profile ดังตัวอย่างการศึกษาของประเทศสหรัฐเมริกา Bosworth et.al (1999) ที่ใช้ข้อมูลประกันสังคมของแรงงานหญิงช่วงอายุต่างๆ ใน**รูปที่ 3.4** ซึ่งเป็นวิธีการประเมินรายได้ตลอดชีวิตนี้ กล่าวได้ว่าเป็นวิธีการที่ขยายจากการศึกษาของ UNFPA (2017) และสามารถนำมาใช้กับการศึกษานี้ โดยสามารถนำระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาหาความแตกต่างของรายได้ตลอดชีวิตของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือแม่วัยรุ่น และกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ใช่แม่วัยรุ่น

รูปที่ 3.4 รายได้ตามช่วงอายุ ของแรงงานหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกา



ที่มา: Bosworth et.al (1999)

การศึกษาที่ประเมินรายได้ตลอดชีวิตโดยใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซ้ำใน 2 ช่วงเวลา เช่น งานศึกษาของ Dearden et.al (2006) ส่วนการหาความแตกต่างของรายได้ตลอดชีวิตของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือแม่วัยรุ่น และกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ใช่แม่วัยรุ่น ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างของจำนวนการมีบุตรตลอดช่วงชีวิต มีตัวอย่างจากการศึกษาของ Wilde et. al (2010) พบว่ามีความแตกต่างทางรายได้สูงระหว่างกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงที่ทำงานในระดับทักษะสูง

3.2 นิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและขั้นตอนการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย

1) นิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy: AP)

การนิยามกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในที่นี้คือกลุ่มที่คลอดบุตรในช่วงอายุ 15-19 ปี อ้างอิงข้อมูลที่ใช้แสดงสถานการณ์แม่วัยรุ่นในระดับประเทศ ส่วนการใช้ช่วงอายุ 15-19 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มหลักในเรื่องการคลอดแม่วัยรุ่น และการสำรวจข้อมูลทางด้านรายได้ซึ่งเป็นข้อมูลหลักสำหรับการคำนวณต้นทุนมีการสำรวจเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

การจำแนกกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy: AP) ในการศึกษานี้ มีหลักการดังนี้

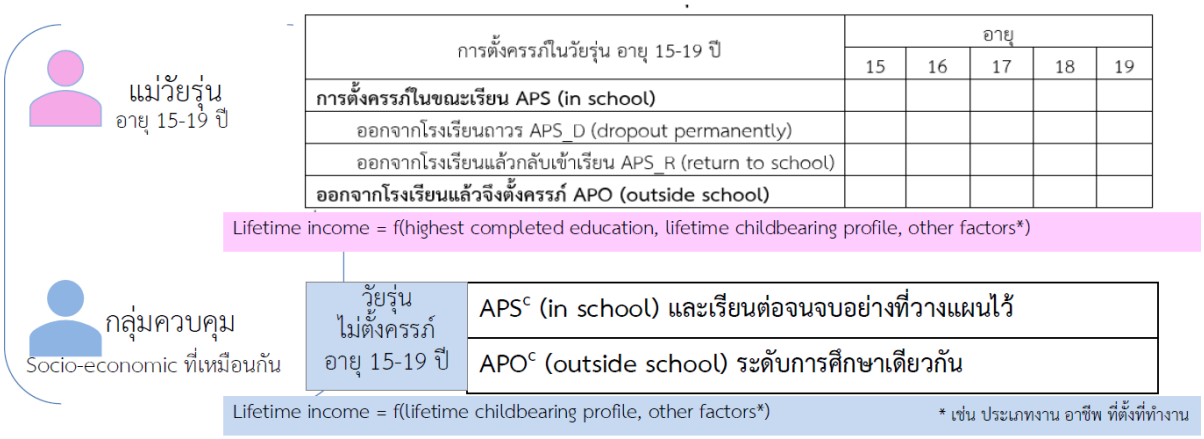
1.1) **กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในขณะเรียน (APS)** กลุ่มนี้ถือว่าตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โดยแบ่งเป็น ก) กลุ่มที่เมื่อตั้งครรภ์แล้วออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D) และ ข) กลับมาเรียน (APS_R) เทียบกับกลุ่มควบคุม (APS^C) คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ ความต่างระหว่าง APS และกลุ่มควบคุม จะเป็นระดับการศึกษาที่จบ และจำนวนการมีบุตรตลอดช่วงชีวิต

1.2) **กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ออกจากโรงเรียนก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ (APO)** เทียบกับกลุ่มควบคุม (APO^C) คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน และมีระดับการศึกษาเดียวกันเมื่อออกจากโรงเรียน ความแตกต่างระหว่าง APO และกลุ่มควบคุม จะเป็นเพียงจำนวนการมีบุตรตลอดช่วงชีวิต โดยไม่มีความแตกต่างในระดับการศึกษา ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการจำแนกกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ออกจากโรงเรียนก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ (APO) พบว่ามีข้อจำกัดจึงไม่สามารถจำแนกการคำนวณต้นทุนเป็นกลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ (APO_I) และ กลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (APO_U) ได้

ดังนั้น กลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy: AP) ในการศึกษานี้จึงจำแนกดังนี้

กลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	อายุ				
	15	16	17	18	19
การตั้งครรภ์ในขณะเรียน APS (in school) (ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ)					
ออกจากโรงเรียนถาวร APS_D (dropout permanently)					
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน APS_R (return to school)					
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ APO (outside school)					

2) การประเมินรายได้ตลอดชีวิตของแต่ละกลุ่มและกลุ่มควบคุม ตามที่ได้จำแนกไว้ในข้อ (1) ดังรูป



แล้วจึงนำมาคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังสมการ

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Opportunity cost of adolescent pregnancy) = รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มควบคุม) – รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)

โดยขั้นตอนการคำนวณมูลค่าต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่น ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 หาระดับการศึกษาสูงสุดที่กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (AP) จะจบถ้าไม่ท้อง ด้วยวิธี Propensity Score Matching (PSM) โดยใช้ข้อมูล MICS ร่วมกับข้อมูล SES เพื่อหาปัจจัยร่วมที่จะเป็น APS ด้วย เช่น ลักษณะของครอบครัว ชั้นรายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของรุ่นพ่อแม่ มีแม่เป็นแม่วัยรุ่น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ปรากฏจากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น

ขั้นที่ 2 หารายได้ตลอดชีวิต (Lifetime Income) ของ AP: single equation of age-earning profile ขึ้นกับระดับการศึกษา (ได้จากขั้นที่ 1) และช่วงอายุที่ตั้งครรภ์ จำนวนการมีบุตร และปัจจัยอื่นๆ เช่น ประเภทงาน อาชีพ โดยใช้ข้อมูล SES

เมื่อสามารถประมาณความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์อันเป็นผลมาจากระดับการศึกษาและจำนวนการมีบุตรที่แตกต่างกันแล้ว จึงสามารถนำมาคำนวณหามูลค่าปัจจุบันของรายได้ตลอดชีวิตในการมีบุตรคนแรกในช่วงวัยที่ต่างกัน และต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ คือผลรวมของความแตกต่างในมูลค่าปัจจุบันของรายได้ตลอดชีวิตของทั้งสองกลุ่มทั้งหมดรวมกัน

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งหมด (Total opportunity cost of adolescent pregnancy) = ผลรวมของ [รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มควบคุม) – รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)]

3.3 ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจ

3.3.1 ต้นทุนทางตรง

ข้อมูลสองประเภทที่นำมาพิจารณาความเหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ

1) การสำรวจระดับประเทศ (National Survey) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร คือ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี ในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS), การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey: HWS) และข้อมูลด้านการทำงานและการเปลี่ยนแปลงประชากร คือ การสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากร (Labor Force Surveys: LFS), การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES) และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (Surveys of Population Change: SPC)

2) ข้อมูลจากการบริหารงาน/งานทะเบียน (administrative data) ที่จัดเก็บโดยหน่วยงานภาครัฐ คือ สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับข้อมูลอัตราการคลอดในวัยรุ่นตามจังหวัดที่แม่คลอดบุตร จากฐานทะเบียนเกิด ของกระทรวงมหาดไทย และข้อมูลประชากรจากฐานทะเบียนราษฎร์[2] อัตราการเข้าเรียนและออกกลางคัน และงบประมาณด้านการศึกษา โดยกระทรวงศึกษาธิการ การช่วยเหลือจากรัฐสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และแม่วัยรุ่น โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ข้อมูลภาษี โดยกระทรวงการคลัง

ข้อมูลการสำรวจระดับประเทศในข้อ (1) เป็นข้อมูลส่วนที่ใช้ในการวิเคราะห์อุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การหาระดับการศึกษาสูงสุดที่จะจบของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในขณะเรียน (APS) และการหารายได้ตลอดชีวิต (Lifetime Income) ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (AP) เพื่อประเมินต้นทุนทางตรงทางเศรษฐกิจของการเป็นแม่วัยรุ่น ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ส่วนข้อมูลการบริหารงานในข้อ 2) นอกเหนือจากสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่น จะเป็นข้อมูลประกอบในการคำนวณต้นทุนทางอ้อมทางเศรษฐกิจของการเป็นแม่วัยรุ่น เช่น การสูญเสียรายได้ทางภาษี การสูญเสียจากการลงทุนทางการศึกษา ต้นทุนด้านสุขภาพและการช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ประเมินต้นทุนในส่วนนี้

ตัวแปรที่จะสร้างได้จากแหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งสำหรับการคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (**ตารางที่ 3.1**) รวมทั้งข้อคิดเห็นและการอภิปรายเกี่ยวกับข้อจำกัดของตัวแปร สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แหล่งข้อมูลสำหรับคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย

แหล่งข้อมูล	ตัวแปรการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
1. การสำรวจระดับประเทศ (National surveys)	
1.1 การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS 2017) ถามการตั้งครรภ์ครั้งแรก	- อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี): underestimated
	- อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำแนกตามพื้นที่: underestimated
	- อัตราการออกจากโรงเรียนของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี): estimates

[2] เพื่อปรับที่อยู่ในการจดทะเบียนการเกิดให้เป็นไปตามที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้เป็นแม่ (มนสิการ และ เฉลิมพล, 2562)

แหล่งข้อมูล	ตัวแปรการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
	- สินทรัพย์ครัวเรือนของหญิงอายุ 15-19 ปี
1.2 การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES) จากคำถามสามารถคำนวณอายุของแม่เมื่อมีบุตรคนแรกได้	- อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี): underestimated
	- อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำแนกตามพื้นที่: underestimated
	- อัตราการออกจากโรงเรียนของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี): estimates
	- สถานะการทำงาน และรายได้ของหญิงอายุ 15-19 ปี
1.3 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey, HWS 2017) ถามการคลอดบุตรล่าสุด	- อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี): underestimated
	- อัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่น จำแนกตามพื้นที่: underestimated
1.4 การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (Survey of Population Change, SPC 2016) ถามการตั้งครรภ์ในปีที่สำรวจ	- อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี): underestimated
	- อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำแนกตามพื้นที่: underestimated
	- อัตราการออกจากโรงเรียนของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี): estimates
	- สถานะการทำงานของแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี
	- รายได้ครัวเรือนของแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี: crude estimates
2. ข้อมูลจากการบริหารงาน/งานทะเบียน (Administrative data)	
2.1 Adolescent pregnancy rate situation รายปี: สถิติสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2.2 Enrolment rate, drop-out rate and budget expenditure by education level: กระทรวงศึกษาธิการ 2.3 Government supports for early Pregnancy and motherhood: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	

หมายเหตุ: underestimated คือ ข้อมูลที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง, estimates คือ คำนวณจากข้อมูลที่มีการสำรวจ, crude estimates คือ คำนวณได้คร่าวๆ จากข้อมูลที่มีการสำรวจ

ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยผู้วิจัย

<u>จำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือจำนวนแม่วัยรุ่น (Adolescent Pregnancy: AP)</u>

จำนวนแม่วัยรุ่นสามารถคำนวณได้จาก 4 แหล่งข้อมูลคือ การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS) การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (SES) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (HWS) การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (SPC) และข้อมูลการบริหารจัดการจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- MICS เป็นการถามอายุและช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ครั้งแรก ดังนั้น จึงบอกถึงอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นทั้งในปีที่สำรวจ และการท้องในอดีตที่ผ่านมาด้วย อย่างไรก็ตาม MICS ไม่ได้ถามช่วงเวลาของการตั้งครรภ์ครั้งอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น การประมาณการที่ได้รับจึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้ นั่นคือ อัตราการคลอดของวัยรุ่นที่รายงานใน MICS จึงอาจต่ำกว่าอัตราที่รายงานโดยกรมอนามัยที่เก็บข้อมูลตามการจดทะเบียนเกิด
- SES เป็นการถามอายุของสมาชิกในครัวเรือนและความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน จึงสามารถหาช่วงอายุของการตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากมีอายุแม่ และอายุลูกทุกคนในครัวเรือน ดังนั้น จึงบอกถึงอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นทั้งในปีที่สำรวจ และการท้องในอดีตที่ผ่านมา โดยขึ้นอยู่กับการตั้งสมมติฐาน โดยหากหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้หญิง และเป็นแม่ของลูกที่อยู่ในครัวเรือนนี้ ถือว่าเป็นแม่-ลูกกันจริง แต่ถ้าหากหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย และมีภรรยา ลูกของภารรยาใน

ครัวเรือนนี้อาจจะเป็นลูกที่เกิดจากภรรยาคนนี้หรือไม่ก็ได้ จึงต้องตั้งสมมติฐานว่าภรรยาที่อยู่ในครัวเรือนเป็นแม่จริงไม่ใช่แม่เลี้ยง ซึ่งการตั้งสมมติฐานนี้ การประมาณการที่ได้รับจึงอาจสูงกว่าความเป็นจริงได้ นอกจากนี้ รุ่นลูกของลูกหัวหน้าครัวเรือน หรือรุ่นหลานใน SES ไม่มีข้อมูลที่สามารถบอกได้ว่า หลานนั้นเป็นลูกของลูกของหัวหน้าครัวเรือนคนไหน จึงไม่สามารถบอกอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นในรุ่นลูกของหัวหน้าครัวเรือนได้

- การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (HWS) มีข้อมูลเกี่ยวกับอายุและการตั้งครรภ์ 2 เรื่อง เรื่องแรกมาจากคำถามที่ถามว่า “บริการทางการแพทย์ล่าสุดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา” ซึ่งรวมถึงคำตอบ “การดูแลก่อนคลอด” อยู่ด้วย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจใช้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ ในการใช้บริการครั้งสุดท้าย ซึ่งผู้หญิงเหล่านี้จะไม่ถูกนับว่าเป็นหญิงตั้งครรภ์ใน HWS ทำให้อุบัติการณ์การตั้งครรภ์จะต่ำกว่าความเป็นจริง ส่วนที่สองมาจากคำถามเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับซึ่งรวมถึงกรณีที่เป็นผู้ป่วยในเนื่องจากการคลอด ซึ่งคำถามนี้มีความแม่นยำมากขึ้นเนื่องจากการคลอดบุตรจะต้องอยู่โรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากวัยรุ่นอาจมีลูกได้มากกว่าหนึ่งคน HWS การประเมินจำนวนแม่วัยรุ่นจึงอาจต่ำเกินไป
- การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (SPC) ถามอายุและการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ดังนั้นข้อมูลจึงเป็นแม่วัยรุ่นในปีสำรวจ ไม่สามารถระบุถึงปีก่อนการสำรวจได้ ทำให้การประมาณการจำนวนแม่วัยรุ่นต่ำกว่าความเป็นจริงเช่นกัน
- กรมอนามัยใช้ข้อมูลจากการลงทะเบียนประชากรของกระทรวงมหาดไทย และฐานข้อมูล 43 ไฟล์ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นฐานข้อมูลการบันทึกสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ แหล่งที่มาทั้งสองแห่งเก็บข้อมูลทุกปีดังนั้น กรมอนามัยจึงเป็นแหล่งข้อมูลเดียวของแม่วัยรุ่นที่เก็บข้อมูลเป็นประจำทุกปี

จากแหล่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้น MICS มีข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดในแง่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพราะมีข้อมูลช่วงเวลาของการคลอดครั้งแรกและสามารถคำนวณการท้องของแม่วัยรุ่นได้ แม้จะมีปัญหาการประเมินค่าที่ต่ำเกินไป ส่วนข้อมูล SES มีความสมบูรณ์ที่รับได้ในแง่การเชื่อมข้อมูลของแม่-ลูก (mother-children relation) ในครัวเรือน สามารถคำนวณหาช่วงอายุของการมีบุตรแต่ละคนได้ ถึงแม้ต้องมีการตั้งสมมติฐาน และมีรายได้ของทุกคนในครัวเรือน ที่จะนำมาใช้ในการประมาณรายได้ตลอดชีวิตได้ ทั้งนี้ ค่าของตัวแปรด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากแหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งสามารถนำมาใช้ในการตรวจสอบกันได้ ในขณะที่ความแม่นยำของข้อมูลสามารถประเมินด้วยคุณสมบัติทางสถิติของแต่ละชุดข้อมูล

จำนวนหญิงวัยรุ่นที่กำลังตั้งครรภ์ขณะอยู่ในโรงเรียน (APS)

ข้อมูล MICS ข้อมูล SES การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (HWS) และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (SPC) ไม่มีการถามคำถามเฉพาะที่เกี่ยวกับการออกจากโรงเรียนเนื่องจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งไม่ได้ถามว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงกำลังเรียนอยู่หรือไม่ มีเพียงคำถามถึงการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ตอบเพศหญิง ในขณะที่ MICS มีการถามถึงอายุของผู้หญิงเมื่อมีการคลอดครั้งแรก และ SES สามารถคำนวณหาอายุที่ตั้งครรภ์บุตรแต่ละคนได้ ดังนั้นจึงสามารถคำนวณ APS จากข้อมูล MICS และ SES ได้ ภายใต้ข้อสมมติฐานบางประการ โดยการเปรียบเทียบอายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกกับระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด ตัวอย่างเช่น หากผู้ตอบแบบสอบถามรายงานการศึกษาสูงสุดในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 อายุในช่วงเวลาที่สำเร็จคือระหว่าง 15 = 17 ปีขึ้นอยู่กับช่วงเวลาที่เริ่มเรียน และหากอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกประมาณ 15-17 ปีหรือ

ต่ำกว่า จึงมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ขณะที่ยังเรียนอยู่ ทั้งนี้ เป็นเพียงการประมาณการ โดยยินยอมรับความผิดพลาดในระดับหนึ่ง การแยก APS ออกไปสู่ APS_D (ผู้ที่ออกจากโรงเรียนอย่างถาวรเนื่องจากการตั้งครรภ์) และ APS_R (ผู้ที่กลับมาศึกษาต่อหลังคลอด) เป็นเรื่องยากมากขึ้น ทั้งนี้ ผู้ที่รายงานการศึกษาที่สำเร็จสูงสุดในช่วงอายุที่สูงกว่าอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก ถือว่าเป็นกลุ่ม APS_R

จำนวนหญิงวัยรุ่นที่กำลังตั้งครรภ์ขณะที่ไม่อยู่ในโรงเรียน (APO)

เช่นเดียวกับ APS การประเมินอุบัติการณ์ของ APO สามารถทำได้โดยการเปรียบเทียบอายุของหญิงขณะตั้งครรภ์และระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ โดยอายุขณะตั้งครรภ์จะต้องสูงกว่าอายุที่ควรจะเป็นในระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปีและสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จึงอาจตั้งครรภ์หลังจากที่ออกจากโรงเรียนแล้ว (ข้อมูลจาก MICS และ SES มีทั้งระดับการศึกษาและปีที่สำเร็จการศึกษาสูงสุด) แต่มีเฉพาะข้อมูล MICS เท่านั้น ที่สามารถนำมาใช้แยก APO เป็น APO_I (ผู้ที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ) และ APO_U (ผู้ที่มีการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ) โดยดูจากการคลอดครั้งสุดท้าย

การประเมินรายได้ตลอดชีวิต

การประเมินรายได้ตลอดชีวิตจะใช้ข้อมูล SES เนื่องจากมีข้อมูลรายได้ทั้งรายได้ของบุคคลและครัวเรือน ความยากของการใช้ข้อมูลนี้คือ การเชื่อมข้อมูลของแม่-ลูก (mother-children relation) ในครัวเรือน แล้วจึงนำมาประเมินรายได้ คือ

- ครัวเรือนแบบแรก หากหัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้หญิง แม่และลูกที่อยู่ในครัวเรือนนี้ ถือว่าเป็นแม่-ลูกกันจริง
- ครัวเรือนแบบที่สอง หากหัวหน้าครัวเรือนเป็นเพศชาย และมีภรรยา ลูกในครัวเรือนนี้อาจจะเป็นลูกที่เกิดจากภรรยาคนนี้หรือไม่ก็ได้ จึงต้องตั้งสมมติฐานว่าเป็นลูกของภรรยาที่อยู่ในครัวเรือนจริง
- เลือกครัวเรือนที่สามารถเชื่อมโยงแม่-ลูกได้ทั้งสองแบบ ออกมาจากครัวเรือนใน SES ทั้งหมด แล้วจึงนำมาเข้าสมการถดถอยหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของกลุ่มตั้งครรภ์ และ จำนวนการมีบุตร อายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ระดับการศึกษา อายุปัจจุบัน และปัจจัยอื่นที่ช่วยอธิบายผลกระทบของการมีบุตรต่อรายได้ และประมาณการรายได้ตลอดชีวิตจากสมการความสัมพันธ์ที่ได้

3.3.2 ต้นทุนทางอ้อม

นอกจากการประเมินต้นทุนทางตรงจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการประมาณรายได้ตลอดชีวิตดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีต้นทุนทางอ้อม ซึ่งสามารถประเมินได้จาก (ก) การสูญเสียรายได้ทางภาษี (ข) การลงทุนด้านการศึกษาที่เสียไป (ค) ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพและช่วยเหลือสังคมของรัฐบาลสำหรับแม่วัยรุ่นและทารกแรกเกิด

(ก) การสูญเสียรายได้ทางภาษี

การสูญเสียรายได้ทางภาษีเป็นผลกระทบที่สองของรายได้ตลอดชีวิตที่หายไป เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของรายได้ตลอดชีวิตที่สูญหายที่แม่วัยรุ่นควรจะจ่ายให้กับรัฐบาล การประมาณการสูญเสียรายได้ทางภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสามารถทำได้โดยการเทียบอัตราการเสียภาษีตามกลุ่มระดับรายได้ของแม่วัยรุ่นกับอัตราของกลุ่มควบคุมที่มีต้นทุนทางสังคมเท่ากัน ความแตกต่างของสองกลุ่มคือ ความสูญเสียรายได้ทางภาษีจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในส่วนภาษีอื่นๆ วิธีคำนวณการสูญเสียรายได้ทางภาษีจะมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

ยกตัวอย่างเช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT Tax) ที่หายไปนั้น สามารถคำนวณได้หลังการวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงการลดการบริโภคของแม่วัยรุ่นเทียบกับรายได้ที่หายไป หรือ การประมาณภาษีทรัพย์สินก็จำเป็นที่ต้องใช้ฐานข้อมูลทรัพย์สินซึ่งปัจจุบันมีอย่างจำกัด

(ข) การลงทุนในการศึกษาที่เสียไป

ต้นทุนตัวนี้จะมีผลต่อเมื่อ สัดส่วนตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นสูงมากพอ จนส่งผลประทบกับความเหมาะสมในการลงทุนด้านการศึกษาตามที่รัฐบาลกำหนดไว้ ในกรณีดังกล่าว รัฐจะมีจำนวนนักเรียนที่น้อยกว่าจำนวนและขนาดของโรงเรียนที่สร้างไว้ตามแผนการลงทุน ในการคำนวณต้นทุนในส่วนนี้ ข้อมูลทุติยภูมิที่จำเป็นคือค่าเฉลี่ยการลงทุนต่อหัวของเด็กประถมและมัธยมจากกระทรวงศึกษาธิการ บวกกับ ค่าการลงทุนสร้างและซ่อมแซมอาคารเรียน โดยค่าตัวแรกนั้นหาง่าย และสามารถนำมาคูณกับจำนวนแม่วัยรุ่น เพื่อหาต้นทุนทางการศึกษาที่เสียไปจากการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ส่วนค่าที่สองนั้นมีความท้าทาย เพราะการประเมินจำนวนโรงเรียนที่สร้างแล้วไม่ได้ใช้เต็มกำลังเพราะการตั้งครรภ์ในวัยเรียนนั้น ในทางปฏิบัติทำได้ยาก ถ้าตอนทำแผนการลงทุนกระทรวงศึกษาธิการได้มีการคำนวณจำนวนประมาณการนักเรียนทั้งหมดตามชั้นเรียนไว้แผนการลงทุนก็จะสามารถนำมาใช้เป็นฐานในการคำนวณตัวแปลที่สองได้ แต่ความแม่นยำของตัวเลขที่ได้มาจะมีความน่าเชื่อถือไม่มากนัก ทั้งนี้ความจำเป็นในการหาต้นทุนนี้ขึ้นอยู่กับสัดส่วนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

(ค) ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพและค่าช่วยเหลือทางสังคม

ถึงแม้ค่าใช้จ่ายในการตั้งท้อง คลอด และ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิดต่อการตั้งครรภ์จะไม่แตกต่างระหว่างแม่วัยรุ่นและแม่วัยอื่น แต่โอกาสการตั้งครรภ์ทั้งชีวิตที่มากขึ้นของแม่วัยรุ่นจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น ดังนั้นจึงต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงจำนวนการมีบุตรตลอดชีพของผู้หญิงก่อน การประเมินค่าใช้จ่ายต่อการตั้งครรภ์สามารถหาได้จากงบประมาณต่อหัวเพื่อสุขภาพ ซึ่งในประเทศไทยการใช้การดูแลสุขภาพแบบถ้วนหน้า (universal healthcare) ช่วยให้ประเมินค่าใช้จ่ายด้านการดูแลในแต่ละด้านได้ง่าย ส่วนค่าใช่จ่ายในด้านช่วยเหลือทางสังคมนั้นสามารถหาได้จาก กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยกตัวอย่างเช่น แม่ลูกอ่อนที่มีรายได้ต่ำกว่าหนึ่งแสนบาทต่อปี มีสิทธิ์ที่จะได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด 600 บาทต่อเดือน ค่าเงินอุดหนุนที่ให้กับแม่วัยรุ่นรายได้ต่ำจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนการมีบุตรตลอดชีพของแม่วัยรุ่น และการสอบสวนเพิ่มเติมอาจเปิดเผยความช่วยเหลือทางสังคมอื่น ๆ

3.3.3 ข้อเสนอการจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลจากการบริหารงาน/งานทะเบียนเพิ่มเติม

จากการวิเคราะห์การมีอยู่ของข้อมูลที่เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปัจจุบัน ที่มีอยู่อย่างจำกัดทำให้ไม่สามารถนำมาใช้คำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจโดยตรงได้ จึงขอเสนอแนะข้อมูลที่ควรมีการจัดเก็บเพิ่มเติมทั้งจากแหล่งข้อมูลหลัก (แบบสำรวจ) และแหล่งข้อมูลจากการบริหารงาน ดังนี้

แบบสอบถาม

จากสี่แบบสอบถามที่ได้นำมาวิเคราะห์ในการวิจัยฉบับนี้ (MICS, LFS, SES, HWS) แบบสำรวจ MICS มีการเก็บข้อมูลในการประเมินสัดส่วนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและตัวแปรต่างๆที่ครอบคลุมในเรื่องการตั้งครรภ์มากที่สุด แต่อย่างที่กล่าวไว้เบื้องต้นแล้ว ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม MICS ยังขาดความแม่นยำและเป็นการประมาณค่าที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นตัวแบบสอบถามยังมีพื้นที่เพื่อการพัฒนา ทั้งการแก้ไขคำถามปัจจุบันและคำถามที่ควรเพิ่ม เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการคำนวณปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเสนอให้มีคำถามหลัก (core question) ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติควรใส่ไว้ใน MICS และมีคำถามอื่นๆ ที่จะไม่เกี่ยวกับการหาอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยตรง แต่จะมีประโยชน์สำหรับการกำหนดนโยบาย เช่น 'การมีเพศเพศสัมพันธ์ของคุณนั้น ตั้งใจ ไม่ได้ตั้งใจ หรือถูกขืนใจ' 'คุณได้มีการคุมกำเนิดตอนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหรือไม่' 'คุณได้ตั้งท้องก่อนแต่งงานหรือไม่' ส่วนข้อมูล SES ยังสามารถถามเพิ่มเติมได้โดยไม่เป็นภาระกับการตอบ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประมาณค่า และสามารถวิเคราะห์ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของแม่วัยใสได้มากขึ้น (**ตารางที่ 3.2**)

ตารางที่ 3.2 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขและเพิ่มเติมคำถาม MICS และ SES

ถามใคร	คำถามที่มีอยู่	แก้ไข/เพิ่มเติม	ใช้สำหรับคำนวณ
MICS			
ถามผู้หญิงอายุ 15-49 ปีทุกคน	คุณเกิดเดือนและปีอะไร		AP
	ลูกคนแรกของแรกของคุณเกิดวันไหน		AP
	ตอนที่ตั้งท้อง (ชื่อลูกคนสุดท้อง) คุณได้ตั้งใจจะมีหรือไม่	ตอนที่ตั้งท้อง (ชื่อลูกทุกคน) คุณได้ตั้งใจจะมีหรือไม่	APO_I, APO_U
	ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่เข้าเรียน	ถามเหมือนเดิม แต่ให้แยกคำตอบระดับมัธยม เป็น มัธยมต้น และ มัธยมปลาย	AP
	ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่จบ		
ถามแม่วัยรุ่นทั้งหมด (ตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20)		คุณได้ตั้งครรภ์ในขณะเรียนหนังสือหรือไม่ (ถ้าใช่) ระบุระดับชั้นการศึกษา	APS, APO
		คุณได้ออกจากโรงเรียนเพราะการตั้งครรภ์หรือไม่	APS_D
		(ถ้าใช่) คุณได้กลับไปเรียนต่อหลังคลอดหรือไม่	APS_R
SES			
ถามหัวหน้าครัวเรือน	ลำดับสมาชิก และความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน	หากครัวเรือนเป็นชาย ถามว่าลูกคนไหนเป็นลูกแท้ๆ ของภรรยา	AP
		หลานเป็นลูกของสมาชิกลำดับที่เท่าไหร่	AP

ที่มา: รวบรวมและเสนอโดยผู้วิจัย

เนื่องจาก MICS ไม่ได้มีคำถามเกี่ยวกับรายได้ของครัวเรือนและรายบุคคลจึงไม่สามารถใช้สำหรับการประเมินค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจโดยตรง ดังที่อธิบายไว้แล้ว หากเป็นไปได้ ข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดควรอยู่ในการสำรวจระดับชาติอันเดียว เพราะการเพิ่มเรื่องรายได้ทั้งหมดเข้ามาในแบบสอบถาม MICS จะทำให้เกิดภาระทั้งในการรวบรวมข้อมูลและผู้ตอบแบบสอบถาม

วิธีการที่สมเหตุสมผลในทางปฏิบัติ คือการเพิ่มคำถามใน SES เพราะเดิมที SES ได้ถามข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนแต่ละคนอยู่แล้ว จึงทำให้สามารถเพิ่มคำถามเหล่านี้ได้ง่ายโดยที่ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนโครงสร้างคำถามที่เพิ่ม ควรมีแค่คำถามหลักเท่านั้น เพื่อเป็นการไม่เพิ่มภาระกับการตอบ SES ซึ่งมีจำนวนมากอยู่แล้ว การปฏิบัติที่คล้ายกันนี้สามารถนำไปใช้กับ LFS ได้ แต่จะไม่คุ้มค่าเพราะข้อจำกัดของ LFS ในการประเมินความแตกต่างของรายได้ตลอดชีวิตจาก AP ดังที่กล่าวแล้วก่อนหน้านี้

ข้อมูลการบริหาร

ถ้าบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้อง การลงทะเบียนประชากรอาจเป็นประโยชน์ในการประมาณค่าอุบัติการณ์ของ AP แต่อาจจะไม่สามารถแยกย่อยได้ ส่วนข้อมูล 43 แฟ้มจะมีประโยชน์ในการใช้

ตรวจสอบโดยนำมาเปรียบเทียบกับการลงทะเบียนประชากรของกรมอนามัย แม้เป็นที่ทราบกันดีว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทั้งจากความครอบคลุมของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งไม่รายงานไปยังแฟ้ม 43) และจากข้อมูลที่หายไปในชุดข้อมูลเนื่องจากปัญหาที่ไม่ได้รายงาน ปัจจุบันจึงมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดย UNFPA และพันธมิตร เช่น กรมอนามัย และ สำนักทะเบียนภายใต้กระทรวงมหาดไทย ได้ปรับปรุงวิธีการเก็บข้อมูลให้แม่นยำยิ่งขึ้นในการรายงานอัตราการเกิดของวัยรุ่นในระดับจังหวัดและตำบลตามการสำรวจสำมะโนประชากรและการจะทะเบียนการเกิด

3.4 ผลการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการจำแนกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการหาปัจจัยกำหนดอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อประมาณรายได้ตลอดชีวิต และประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แสดงให้เห็นว่า ข้อมูล MICS และ SES เป็นข้อมูลที่เหมาะสมที่สุด ในเบื้องต้นนี้จะได้แสดงผลการจำแนกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การหาปัจจัยกำหนดอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูลดังกล่าว โดยพบว่ามีความซับซ้อนระดับหนึ่ง ต้องมีการกำหนดสมมติฐานเนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล และตรวจสอบเปรียบเทียบกับชุดข้อมูลการสำรวจและการลงทะเบียนประชากรของกรมอนามัยและพันธมิตร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสร้างตัวแปร และคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามลำดับ

3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการจำแนกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และปัจจัยกำหนดอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การจำแนกกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การจำแนกกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ในที่นี้คือการคลอดบุตรของวัยรุ่น) จากข้อมูล MICS ที่สำรวจข้อมูลปี 2558 มาจากช่วงอายุของการตั้งครรภ์ครั้งแรก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีสัดส่วนของการออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO) มากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น โดยในภาพรวมกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในขณะเรียน จะออกจากโรงเรียนโดยถาวร (APS_D) มากกว่าการกลับเข้าเรียน ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป หรือกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มที่จบการศึกษาภาคบังคับ หรือ มัธยมศึกษาปีที่ 3 แล้ว (**ตารางที่ 3.3**) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ประมวลได้จาก SES (**ตารางที่ 3.4**)

ตารางที่ 3.3 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล MICS (ร้อยละ)

กลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)									
	12	13	14	15	16	17	18	19	12-14	15-19
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (คน)	15	37	57	239	596	1,090	1,418	1,691	109	5,034
สัดส่วนตามอายุ	0.3	0.7	1.1	4.6	11.6	21.2	27.6	32.9	2.1	97.9
1. การตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS)	**60.0**	**21.6**	**21.1**	**30.5**	**14.6**	**17.0**	**19.6**	**4.0**	**26.6**	**13.7**
1.1 ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	33.3	0.0	66.4	64.6	11.6	84.7	94.4	97.5	38.0	78.8
1.2 ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	66.7	100.0	33.2	35.7	88.4	15.3	5.6	2.5	62.0	21.2
2. ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**40.0**	**78.4**	**78.9**	**69.5**	**85.4**	**83.0**	**80.4**	**96.0**	**73.4**	**86.3**
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS 2017)

ตารางที่ 3.4 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES (ร้อยละ)

กลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)									
	12	13	14	15	16	17	18	19	12-14	15-19
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	12,050	12,957	21,191	48,332	83,778	168,392	273,178	335,381	955,259	909,061
สัดส่วนตามอายุ	1.3	1.4	2.2	5.1	8.8	17.6	28.6	35.1	4.8	95.2
1. การตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS)	**59.8**	**40.8**	**22.4**	**37.7**	**9.8**	**12.5**	**10.7**	**2.2**	**37.3**	**9.3**
1.1 ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	39.1	0.0	31.7	62.3	0.0	78.4	87.9	0.0	24.9	63.4
1.2 ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	60.9	100.0	68.3	37.7	100.0	22.4	11.2	95.5	75.1	35.5
2. ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**40.2**	**59.2**	**77.6**	**62.3**	**90.2**	**87.5**	**89.3**	**97.8**	**62.7**	**90.7**
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

ทั้งนี้เมื่อแบ่งกลุ่มอายุแม่วัยรุ่นเป็นกลุ่มช่วงอายุต่างๆ สามารถให้ผลที่ชัดเจนขึ้นในเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มแม่วัยรุ่นรุ่นใหม่ที่ปัจจุบันอายุอยู่ระหว่าง 15-30 ปี (กลุ่มอายุ 15-30) (**ตารางที่ 3.5**) มีสัดส่วนของการตั้งครรภ์ในขณะเรียนสูงในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุ 12-14 ปี) และส่วนใหญ่จะกลับเข้าเรียนหลังคลอดบุตร ส่วนสัดส่วนของการออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO) จะมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อจบการศึกษาภาคบังคับหรือมัธยมศึกษาปีที่ 3 (อายุ 15 ปีขึ้นไป) แล้ว โดยกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในขณะเรียน ในภาพรวมจะออกจากโรงเรียนโดยถาวร (APS_D) มากกว่าการกลับเข้าเรียนในกลุ่มที่จบการศึกษาภาคบังคับ หรือ มัธยมศึกษาปีที่ 3 (อายุ 15 ปีขึ้นไป) แล้ว สอดคล้องกับกลุ่มแม่วัยรุ่นที่ปัจจุบันอายุอยู่ระหว่าง 31-45 ปี (กลุ่มอายุ 31-45) (**ตารางที่ 3.6**)

ตารางที่ 3.5 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES ที่เลือกเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 15-30 ปี (ร้อยละ)

กลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)									
	12	13	14	15	16	17	18	19	12-14	15-19
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	3,601	1,990	3,039	19,477	14,306	40,941	51,327	47,083	8,630	173,134
สัดส่วนตามอายุ	2.0	1.1	1.7	10.7	7.9	22.5	28.2	25.9	4.7	95.3
1. การตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS)	**68.8**	**64.1**	**97.9**	**68.5**	**10.3**	**28.6**	**21.4**	**2.1**	**78.0**	**22.2**
1.1 ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	3.6	0.0	46.8	68.3	0.0	89.5	83.2	14.3	22.1	75.2
1.2 ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	96.5	100.0	53.2	31.7	100.0	10.5	16.4	81.0	77.9	24.8
2. ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**31.2**	**35.9**	**2.1**	**31.5**	**89.7**	**71.4**	**78.6**	**97.9**	**22.0**	**77.8**
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

ตารางที่ 3.6 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES ที่เลือกเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 31-45 ปี (ร้อยละ)

กลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)									
	12	13	14	15	16	17	18	19	12-14	15-19
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	2,965	7,221	5,836	15,457	31,181	55,911	105,950	127,582	16,022	336,081
สัดส่วนตามอายุ	0.8	2.1	1.7	4.4	8.9	15.9	30.1	36.2	4.6	95.4
1. การตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS)	**100.0**	**55.5**	**28.4**	**31.6**	**21.6**	**10.1**	**15.3**	**4.0**	**53.9**	**11.5**
1.1 ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	69.8	0.0	0.0	45.6	0.0	39.6	94.8	0.0	23.9	51.3
1.2 ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	30.2	100.0	100.0	54.4	100.0	61.4	5.2	100.0	76.1	48.7
2. ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**0.0**	**44.5**	**71.6**	**68.4**	**78.4**	**89.9**	**84.7**	**96.0**	**46.1**	**88.5**
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

ในขณะที่แม่วัยรุ่นกลุ่มรุ่นเก่าอายุ 46-60 ปี (กลุ่มอายุ 46-60) จากการประมวลข้อมูลการสำรวจ SES พบว่า กลุ่มการตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS) มีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มที่ออกจากระบบการศึกษาแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO) มาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจ SES เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาไม่สูงนัก กลุ่ม กลุ่มอายุ 46-60 ดังกล่าวใน SES ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา กลุ่มแม่วัยรุ่นที่พบส่วนใหญ่จึงกระจุกอยู่ในกลุ่มที่ออกจากระบบการศึกษาก่อนแล้วจึงตั้งครรภ์ (**ตารางที่ 3.7**)

ตารางที่ 3.7 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำแนกตามกลุ่มการตั้งครรภ์และอายุตอนมีบุตรคนแรกจากข้อมูล SES ที่เลือกเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 46-60 ปี (ร้อยละ)

กลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)									
	12	13	14	15	16	17	18	19	12-14	15-19
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	2,347	2,652	8,492	9,944	29,040	52,052	70,877	100,979	13,491	262,892
สัดส่วนตามอายุ	0.8	1.0	3.1	3.6	10.5	18.8	25.6	36.5	4.9	95.1
1. การตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS)	**74.9**	**0.0**	**1.2**	**0.0**	**0.0**	**7.2**	**2.8**	**1.2**	**13.8**	**2.6**
1.1 ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	37.4	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0	60.7	0.0	40.6	73.1
1.2 ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	62.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	39.3	100.0	59.4	30.8
2. ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**25.1**	**100.0**	**98.8**	**100.0**	**100.0**	**92.8**	**97.2**	**98.8**	**86.2**	**97.4**
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

จากข้อมูล SES ดังกล่าว สามารถคำนวณหาอัตราการตั้งครรภ์และคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในปี 2560 (**ตารางที่ 3.8**) ได้เท่ากับ 48.6 ต่อประชากรหญิงพันคนในช่วงอายุเดียวกัน ซึ่งสูงกว่าการรายงานจากกรมอนามัยในปี 2560 ที่อยู่ที่ 39.6 ต่อประชากรหญิงพันคนในช่วงอายุเดียวกัน อธิบายได้จากการสมมติฐานในการกำหนดความเป็นแม่ลูกในข้อมูล SES เพื่อคำนวณอายุเมื่อตั้งครรภ์ลูกคนแรก ที่กำหนดว่าไม่มีแม่เลี้ยงในครัวเรือน ดังนั้นลูกที่อาศัยในครัวเรือน จะถูกกำหนดให้เป็นลูกที่เกิดจากภรรยาของหัวหน้าครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งอาจจะไม่จริง ทำให้ตัวเลขประเมินการสูงกว่าที่ควรจะเป็น

ตารางที่ 3.8 เปรียบเทียบอัตราการคลอดในวัยรุ่น ณ ปี 2560 จากข้อมูล SES และกรมอนามัย

จำนวน (คน)	อายุ (ปี)							
	13	14	15	16	17	18	19	15-19
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	1,185	231	2,290	3,792	15,971	22,437	37,836	82,184
ประชากรหญิง	398,808	421,223	332,230	343,341	380,586	377,374	258,024	1,691,555
อัตราการตั้งครรภ์และคลอดในวัยรุ่น จากข้อมูล SES ปี 2560 (คนต่อพันคน)								**48.6**
อัตราการคลอดในวัยรุ่น จากข้อมูลกรมอนามัย ปี 2560 (คนต่อพันคน)								**39.6**

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ข้อมูล MICS และ SES ให้ผลที่สอดคล้องกันว่า ส่วนใหญ่เมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกในวัยรุ่น จะไม่ค่อยตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่นอีก (**ตารางที่ 3.9 และ 3.10**)

ตารางที่ 3.9 สัดส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จากข้อมูล MICS (ร้อยละ)

	การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น		
	การตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่น	ไม่มีการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่น	รวม
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (คน)	262	4,880	5,142
ทุกกลุ่ม	5.1	94.9	100.0
การตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS)	**6.3**	**93.7**	**100.0**
ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	6.0	94.0	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	7.3	92.7	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**4.9**	**95.1**	**100.0**

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS 2017)

ตารางที่ 3.10 สัดส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จากข้อมูล SES (ร้อยละ)

	การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น		
	การตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่น	ไม่มีการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่น	รวม
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	61,079	897,087	958,166
ทุกกลุ่ม	6.4	93.6	100.0
การตั้งครรภ์ในขณะเรียน (APS)	**9.9**	**90.1**	**100.0**
ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	8.6	91.4	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	11.6	88.4	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**5.9**	**94.1**	**100.0**

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

จำนวนการมีบุตร ระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จำนวนบุตรตลอดชีวิตของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูล MICS แม้ในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่จะมีบุตรไม่เกิน 2 คน แต่ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีการมีบุตรมากกว่า 2 คน ในสัดส่วนมากกว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับทฤษฎี ตัวอย่างการศึกษา และสอดคล้องกันทั้งข้อมูล MICS และ SES (**ตารางที่ 3.11-3.12**)

ตารางที่ 3.11 สัดส่วนของจำนวนบุตรในกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูล MICS (ร้อยละ)

	จำนวนบุตร		รวม
	ไม่เกิน 2 คน	มากกว่า 2 คน	
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม (คน)	14,312	4,281	18,593
ทุกกลุ่ม	77.0	23.0	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป	80.6	19.4	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี)	**67.6**	**32.4**	**100.0**

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS 2017)

ตารางที่ 3.12 สัดส่วนของจำนวนบุตรในกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูล SES (ร้อยละ)

	จำนวนบุตร		รวม
	ไม่เกิน 2 คน	มากกว่า 2 คน	
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	17,595,627	599,232	18,194,859
ทุกกลุ่ม	96.7	3.3	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป	97.3	2.7	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี)	86.7	13.3	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

ระดับการศึกษาสุงสุดซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดโอกาสในการทำงานละการหารายได้ตลอดชีวิต เมื่อจำแนกระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเทียบกับกลุ่มที่ตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป จากข้อมูล MICS พบว่ากลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีสัดส่วนน้อยมากที่จะจบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา สอดคล้องกับข้อมูลจาก SES (**ตารางที่ 3.13-3.14**)

แต่ที่น่าสนใจคือข้อมูล SES แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการสำรวจโดยรวมเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาไม่สูงนัก จึงได้ประมวลผลข้อมูลเพิ่มเติมโดยเลือกเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่คือ หญิงที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 15-30 ปี พบว่า โดยรวมของกลุ่มจะมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น แต่กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ก็ยังจบการศึกษาสูงสุดไม่เกินระดับมัธยมศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มที่ออกจากระบบการศึกษาก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 มีการศึกษาสูงสุดไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น หรือการศึกษาภาคบังคับ (**ตารางที่ 3.15**)

ตารางที่ 3.13 สัดส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากข้อมูล MICS (ร้อยละ)

	ระดับการศึกษาสูงสุด							รวม
	ประถมศึกษาและต่ำกว่า	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุปริญญา	ปริญญาตรี	ปริญญาโท	ปริญญาเอก	
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	7,411	3,592	3,863	1,042	2,344	338	3	18,593
ทุกกลุ่ม	39.9	19.3	20.8	5.6	12.6	1.8	0.0	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป	35.5	15.9	21.9	7.2	17.0	2.5	0.0	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี)	**51.3**	**28.2**	**17.7**	**1.4**	**1.2**	**0.0**	**0.0**	**100.0**
ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	0.5	10.0	75.4	8.9	5.1	0.0	0.0	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	0	3.0	60.0	13.9	21.8	1.2	0.0	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	59.6	31.4	9.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS 2017)

ตารางที่ 3.14 สัดส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากข้อมูล SES (ร้อยละ)

	ระดับการศึกษาสูงสุด						รวม
	ประถมศึกษาและต่ำกว่า	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อาชีวศึกษา	ปริญญาตรีขึ้นไป	การศึกษาอื่นๆ	
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	11,980,496	1,817,905	1,509,643	432,791	2,406,244	47,779	18,194,858
ทุกกลุ่ม	65.8	10.0	8.3	2.4	13.2	0.3	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป	66.0	9.5	8.0	2.4	13.9	0.3	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี)	**63.4**	**18.8**	**12.5**	**2.7**	**2.4**	**0.2**	**100.0**
ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	10.6	20.8	58.6	10.0	0.0	0.0	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	9.7	16.6	42.4	13.4	17.8	0.2	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	74.5	19.0	5.1	0.7	0.4	0.3	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

ตารางที่ 3.15 สัดส่วนระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เลือกเฉพาะหญิงที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 15-30 ปี จากข้อมูล SES (ร้อยละ)

	ระดับการศึกษาสูงสุด						รวม
	ประถมศึกษาและต่ำกว่า	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อาชีวศึกษา	ปริญญาตรีขึ้นไป	การศึกษาอื่นๆ	
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	253,864	305,894	296,159	69,082	343,802	28,289	1,297,090
ทุกกลุ่ม	19.6	23.6	22.8	5.3	26.5	2.2	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป	17.1	21.1	23.1	5.9	30.4	2.5	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี)	**34.5**	**38.8**	**21.4**	**2.0**	**3.1**	**0.2**	**100.0**
ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	4.0	33.3	57.3	5.4	0.0	0.0	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	4.3	18.4	40.1	2.9	34.3	0.0	100.0
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	45.2	42.6	10.8	1.2	0.0	0.3	100.0

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะลดโอกาสในการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งโอกาสในอาชีพและการหารายได้ ข้อมูล SES แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีสัดส่วนน้อยที่จะมีชั้นทางเศรษฐกิจ (socio-economic class) ในระดับผู้จัดการหรือผู้เชี่ยวชาญ และมีรายได้เฉลี่ยต่อปีในระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป (**ตารางที่ 3.16-3.17**)

ตารางที่ 3.16 สัดส่วนชั้นทางเศรษฐกิจของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูล SES (ร้อยละ)

	ชั้นรายได้ทางเศรษฐกิจ						รวม
	เกษตรกร	ประกอบธุรกิจส่วนตัว	คนงาน	ผู้ปฏิบัติงาน	ไม่ได้ทำงาน	ผู้จัดการ	
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	2,741,970	3,180,741	950,680	5,249,420	4,091,832	1,980,218	18,194,861
ทุกกลุ่ม	15.1	17.5	5.2	28.9	22.3	10.9	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป	14.9	17.5	5.0	28.4	23.2	11.1	100.0
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี)	**20.1**	**18.7**	**9.6**	**36.3**	**7.4**	**7.8**	**100.0**

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

ตารางที่ 3.17 รายได้เฉลี่ยต่อปีตามช่วงอายุของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (บาทต่อปี)

	ช่วงอายุ					
	12-14	15-19	20-24	25-29	30 ขึ้นไป	**เฉลี่ย**
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (คน)	1,416	82,327	426,248	664,070	17,020,799	18,194,859
กลุ่มตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป		-	117,710	141,688	161,687	**159,305**
กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี)	**-**	**76,047**	**182,482**	**105,665**	**119,075**	**121,867**
ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	-	26,400	120,581	107,096	158,560	**137,625**
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	-	60,000	231,630	123,350	184,849	**176,317**
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	-	106,103	193,516	102,874	112,645	**116,691**
ทุกกลุ่มอายุ	-	76,047	126,062	138,254	159,531	**157,206**

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูล การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-Economic Surveys: SES 2017)

การวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวมานี้ ช่วยให้เข้าใจข้อจำกัด และมีหลักในการใช้ข้อมูล SES เป็นฐานในการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในลำดับต่อไป

3.4.2 การประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วัดจากรายได้ที่ลดลงหรือสูญเสียไปเนื่องจากการเป็นแม่วัยรุ่น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ**วัดจากความแตกต่างของรายได้ตลอดชีวิต (ซึ่งคิดจากช่วงวัยทำงาน คือ อายุ 15-60 ปี) ระหว่างกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เทียบกับกลุ่มควบคุม คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้** ดังสมการ

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Opportunity cost of adolescent pregnancy) = รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มควบคุม) – รายได้ตลอดชีวิต (ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น)

โดยใช้วิธี Propensity Score Matching (PSM) กับข้อมูล SES เพื่อหาปัจจัยร่วมของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (AP) เช่น ลักษณะของครอบครัว ชั้นรายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ปรากฏจากการทบทวนวรรณกรรม และการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น แล้วจึงหาความต่างของรายได้เฉลี่ย (mean income) ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (AP) กับกลุ่มควบคุมในช่วงอายุต่างๆ จากแบบจำลอง PSM แล้วจึงนำมาคำนวณความต่างของรายได้ตลอดชีวิต (Lifetime Income) ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (AP) เทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง

ตัวอย่างผลจากแบบจำลอง PSM ในส่วนของ probit regression model ที่ทดสอบปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มหญิง อายุ 15-30 ปี เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน (**ตารางที่ 3.19**) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ดูจากเครื่องหมายหน้าค่า Coef. ในแบบจำลอง) มักไม่เกิด (เครื่องหมายเป็นลบ) ในครัวเรือนที่

- ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนสูง หรือ ระดับการศึกษาของตัวผู้หญิงสูง
- ชั้นรายได้ทางเศรษฐกิจของครัวเรือนคือระดับผู้จัดการหรือผู้เชี่ยวชาญ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มักเกิดในครัวเรือนที่

- ชั้นรายได้ทางเศรษฐกิจของครัวเรือนคือเป็นเกษตรกร หรือคนงานผู้ใช้แรงงาน
- อยู่ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล

และเมื่อเข้ากระบวนการ Propensity Score Matching (PSM) เพื่อหา ความแตกต่างของรายได้ระหว่างกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (treatment group) เทียบกับกลุ่มควบคุม คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ หรือเรียกว่า “กลุ่มที่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” แต่ ไม่ได้ตั้งครรภ์ พบว่า **กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีลักษณะพ้องอยู่ 2,811 บาทต่อคนต่อเดือน** (ดูจากค่า Difference ของ ATT, Average Treatment Effect on The Treatment Group ในแบบจำลอง) ส่วนความแตกต่างของรายได้ของกลุ่มที่ไม่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ดูจากค่า Difference ของ Unmatch ในแบบจำลอง) พบว่าจะมีค่ามากกว่า คือ 5,786 บาทต่อเดือน (**ตารางที่ 3.18**) **ซึ่งระดับรายได้นี้เป็นแค่ระดับรายได้สำหรับกลุ่มช่วงอายุเดียวคือ ช่วงอายุ 15-30 ปี** และได้นำความแตกต่างของรายได้ของกลุ่มหญิงช่วงอายุ 31-45 ปี และ 46-60 ปี อีก 2 กลุ่มช่วงอายุรวบรวมไว้ (แสดงดัง**ตารางที่ 3.19**) ซึ่งจะเห็นว่าความแตกต่างของรายได้ในอีกสองกลุ่มรุ่นอายุดังกล่าวต่ำกว่ากลุ่มหญิงรุ่นใหม่ช่วงอายุ 15-30 ปี ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยสองเหตุผล ประการแรกกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่ามักมีโอกาสได้รับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก (ซึ่งเรียนหนังสือในช่วงอดีตที่โอกาสการศึกษามีไม่มากเท่าปัจจุบัน) ดังนั้นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ในวัยเรียนทำให้เสียโอกาสมากกว่าไปด้วย ประการที่สองความแตกต่างของระดับรายได้ที่เกิดจากความแตกต่างในการศึกษาอาจมีแนวโน้มลดลงเมื่อผู้ทำงานมีอายุมากขึ้นเพราะปัจจัยเรื่องประสบการณ์ทำงานจะเข้ามามีบทบาทในการอธิบายระดับรายได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความแตกต่างของระดับการศึกษาไม่มีนัยะมากนัก เช่นระหว่างคนที่จบมัธยมสามกับคนที่จบมัธยมปลาย เป็นต้น

ทั้งนี้การทดสอบ probit regression model และ PSM ได้ทำการทำสอบกับกลุ่มหญิงช่วงอายุ 31-45 ปี และ 46-60 ปี อีก 2 กลุ่มช่วงอายุ จากข้อมูล SES ตามลำดับ โดยผลจากแบบจำลองรวบรวมไว้ใน

ภาคผนวก ก จะได้นำมาคำนวณความต่างของรายได้ตลอดชีวิต หรือต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในลำดับต่อไป

ตารางที่ 3.18 ผลจากแบบจำลอง PSM ในกลุ่มหญิง อายุ 15-30 ปี เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน

```
Probit regression                                 Number of obs     =      6,894
                                                  LR chi2(6)        =     598.33
                                                  Prob > chi2       =     0.0000
Log likelihood =  -2654.416                       Pseudo R2         =     0.1013
```

ap	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
yearedu	-.0147238	.0062928	-2.34	0.019	-.0270575	-.0023902
sc1	.6847205	.0632331	10.83	0.000	.5607858	.8086552
sc3	.2695355	.0629463	4.28	0.000	.1461629	.392908
sc6	-.4831408	.0986359	-4.90	0.000	-.6764637	-.2898179
area1	-.2534605	.0411475	-6.16	0.000	-.3341081	-.172813
C04	-.0011847	.0001595	-7.43	0.000	-.0014973	-.0008721
_cons	-.3606959	.0576559	-6.26	0.000	-.4736995	-.2476923

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
A15	Unmatched	5491.92715	11277.9188	-5785.99164	273.348828	-21.17
	ATT	5491.92715	8302.69536	-2810.76821	907.977119	-3.10

Note: S.E. does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2: Treatment assignment	psmatch2: Common support On suppor	Total
Untreated	5,837	5,837
Treated	1,057	1,057
Total	6,894	6,894

หมายเหตุ: ตัวแปร ap=(1) ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (0) ไม่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, yearedu=ระดับการศึกษาของตัวผู้หญิง, C04=ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน, sc1= ชั้นรายได้ทางเศรษฐกิจของครัวเรือนคือเป็นครัวเรือนเกษตรกร, sc3= ชั้นรายได้ทางเศรษฐกิจของครัวเรือนคือเป็นผู้ใช้แรงงาน, sc6= ชั้นรายได้ทางเศรษฐกิจของครัวเรือนคือเป็นผู้เชี่ยวชาญ, area1= =(1) ในเขตเทศบาล (0) นอกเขตเทศบาล, _cons=ค่าคงที่, A15= รายได้ทั้งสิ้นต่อเดือน

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 3.19 ความแตกต่างของรายได้จากแบบจำลอง PSM ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ เมื่อควบคุมตัวแปรลักษณะบุคคล และครัวเรือน

	ในกลุ่มที่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์	ในกลุ่มไม่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และไม่ได้ตั้งครรภ์
หญิง อายุ 15-30 ปี	**2,811 บาทต่อคนต่อเดือน**	5,786 บาทต่อคนต่อเดือน
หญิง อายุ 31-45 ปี	**1,666 บาทต่อคนต่อเดือน**	4,348 บาทต่อคนต่อเดือน
หญิง อายุ 46-60 ปี	**1,558 บาทต่อคนต่อเดือน**	3,859 บาทต่อคนต่อเดือน

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 3.20 ความแตกต่างของรายได้จากแบบจำลอง PSM ในกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่างๆ เมื่อควบคุมตัวแปรลักษณะบุคคล และครัวเรือน

หญิง อายุ 15-30 ปี	**ในกลุ่มที่มีลักษณะพ้องกับ กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ ไม่ได้ตั้งครรภ์**	ในกลุ่มไม่มีลักษณะพ้องกับ กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ไม่ได้ตั้งครรภ์
ออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน (APS_R)	**3,936 บาทต่อคนต่อเดือน**	4,203 บาทต่อคนต่อเดือน
ออกจากโรงเรียนถาวร (APS_D)	**4,582 บาทต่อคนต่อเดือน**	5,255 บาทต่อคนต่อเดือน
ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ (APO)	**1,786 บาทต่อคนต่อเดือน**	6,073 บาทต่อคนต่อเดือน

ที่มา: จากการคำนวณ

นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มรุ่นใหม่ คือหญิง อายุ 15-30 ปี ที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เพื่อให้เห็นภาพที่เป็นปัจจุบันชัดเจนขึ้น โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการกลับเข้าเรียนเมื่อคลอดบุตรแล้ว (APS_R) และกลุ่มที่ออกจากโรงเรียนโดยถาวร (APS_D) รวมทั้งกลุ่มออกจากระบบการศึกษาก่อนตั้งครรภ์ (APO) เมื่อทดสอบด้วยแบบจำลอง PSM พบว่า กลุ่มที่ออกจากโรงเรียนโดยถาวรจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้มีการลดลงของรายได้ (4,582 บาทต่อคนต่อเดือน) สูงกว่ากลุ่มที่กลับเข้าเรียน (3,936 บาทต่อคนต่อเดือน) (**ตารางที่ 3.20**) ในขณะที่กลุ่มที่ออกจากระบบการศึกษาก่อนที่จะตั้งครรภ์ ความแตกต่างหรือการลดลงของรายได้เทียบกับกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์จะไม่มากนัก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ตัดสินใจออกจากระบบการศึกษาอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน หรือถ้าทำงานก็จะทำงานรับจ้างทั่วไป (อ้างอิงจากข้อมูลรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น) ซึ่งมีรายได้ไม่สูงนัก แต่หากพิจารณาในกลุ่มที่ไม่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ ไม่ได้ตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น จะมีการลดลงทางรายได้ซึ่งคิดเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจมากที่สุด (6,073 บาทต่อคนต่อเดือน) คาดว่าเป็นเพราะกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นและอยู่ในโรงเรียน (หรือมหาวิทยาลัย) จนครบเป็นผู้ที่ได้ประโยชน์จากการเรียนมากที่สุด จึงมีรายได้มากกว่าคนที่ออกจากโรงเรียนแต่แรกแต่ตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น

ผลในส่วนนี้แสดงถึงนัยทางนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญกับการพยายามให้วัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษาและได้เรียนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ โดยเฉพาะกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรที่จะต้องได้กลับเข้าเรียนในระบบการศึกษาและได้เรียนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อให้สามารถทำงานและมีรายได้ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ

เมื่อนำความแตกต่างของรายได้ของหญิงกลุ่มช่วงอายุทั้งสามกลุ่มดังรวบรวมไว้ข้างต้น (**ตารางที่ 3.20**) สามารถนำมาคำนวณค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการเป็นแม่วัยรุ่น จากความต่างหรือการลดลงของรายได้ตลอดชีวิตจากการมีบุตรเร็ว ตั้งแต่อายุ 15-60 ปี ดังนี้

> ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น = จำนวนประชากรหญิงในแต่ละช่วงอายุ x อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี x ความแตกต่างของรายได้ (บาท ต่อคน ต่อเดือน) ของหญิงกลุ่มช่วงอายุทั้งสามกลุ่ม x 12 (เพื่อทำเป็นรายปี) x 41 (เพื่อทำเป็นรายได้ตลอดชีวิตที่กำหนดให้ทำงานตั้งแต่อายุ 20-60 ปี)

ทั้งนี้มีรายละเอียดเพิ่มเติมในการคำนวณ ดังนี้

(1) เมื่อนำจำนวนประชากรหญิงในแต่ละอายุ คูณด้วย อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี จะได้จำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยในแต่ละอายุ ตั้งแต่อายุ 15-60 ปี โดย

- ประชากรหญิงในแต่ละอายุ ตั้งแต่ 15-60 ปี โดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรจากการทะเบียนปี 2561 รวบรวมโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังสรุปใน**ตารางที่ 3.21**
- อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี หรือเรียกสั้นๆ ว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่ ณ ปี 2561 เท่ากับ 35.0 ต่อ 1,000 คน จะใช้เป็นค่าตั้งต้นสำหรับประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี และได้ใช้ค่าเฉลี่ยอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นย้อนหลังทุก 5 ปี สำหรับประชากรหญิงที่มีอายุเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากคิดเป็นค่าเฉลี่ยในช่วงอายุ 5 ปีย้อนหลังที่เคยเป็นแม่วัยรุ่นในช่วงอายุ 15-19 ปีที่ผ่านมา ตัวอย่างเช่น สำหรับประชากรหญิงอายุ 20 ปี ในปี 2561 จะใช้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเท่ากับ อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจริงเฉลี่ยปี 2560-2556 ซึ่งจะได้อัตราเฉลี่ยเท่ากับ 45.2 ต่อ 1,000 คน และสำหรับประชากรหญิงอายุ 21 ปี ในปี 2561 จะใช้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเท่ากับ อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเฉลี่ยปี 2559-2555 ซึ่งได้เท่ากับ 45.2 ต่อ 1,000 คน ทำเช่นนี้เรื่อยไป จนครบประชากรหญิงอายุ 60 ปี ดังแสดงอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละอายุใน**ตารางที่ 3.22**

ตารางที่ 3.21 จำนวนประชากรจากการทะเบียนจำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ ปี 2561

กลุ่มอายุ	ประชากร (คน)		
	รวม	ชาย	หญิง
อายุน้อยกว่า 15 ปี	11,153,397	5,733,690	5,419,707
15-30 ปี	14,400,346	7,328,389	7,071,957
31-45 ปี	14,966,384	7,431,739	7,534,645
46-60 ปี	14,382,802	6,829,185	7,553,617
มากกว่า 60 ปี	11,511,050	5,233,268	6,277,782
รวมทุกกลุ่มอายุ	66,413,979	32,556,271	33,857,708

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) การคำนวณค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ จากการลดลงของรายได้ของกล่มหญิงที่มีบุตรเร็วในช่วงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จะเริ่มจากการคำนวณการลดลงของรายได้ ณ ปีปัจจุบัน ในการคำนวณนี้คือ ปี 2561 เพียงปีเดียวก่อน และคิดเป็นร้อยละเทียบกับ GDP (Gross Domestic Product, ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ) ปี 2561 หลังจากนั้นจึงคำนวณเป็นการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต

(3) คำนวณเป็นการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต จะใช้การลดลงของรายได้ของกลุ่มหญิงที่มีบุตรเร็วในช่วงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ณ ปี 2561 ปีเดียวจากข้อ (2) คูณด้วยจำนวนปีที่จะได้ทำงาน โดยกำหนดให้แต่ละคนจะทำงานตั้งแต่อายุ 20-60 ปี ดังนั้นจำนวนปีที่มีการทำงานของแต่ละคนที่ผ่านมาตั้งแต่ในอดีตเมื่อครั้งอายุ 20 ปี จนถึงปัจจุบันและไปถึงอนาคตเมื่ออายุครบ 60 ปี จะเท่ากับ 41 ปี

ตารางที่ 3.22 การคำนวณหาค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต

ปี พ.ศ.	อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน[1]		อายุ (x)	จำนวนประชากรหญิง[2]	จำนวนแม่วัยรุ่นที่คำนวณได้	ความแตกต่างของรายได้ (บาท ต่อคน ต่อเดือน)		ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (การลดลงของรายได้) ของแม่วัยรุ่น (ล้านบาทต่อปี)	
	อัตราจริง	อัตราเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณในแต่ละอายุ				จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend*	จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend
		(1)		(2)	(3)=(1)*(2)	(4)	(5)	**(3)*(4)**	**(3)*(5)**
2561	**35.0**	**35.0**	15-19	1,973,731					
2560	39.6	45.2	**20**	436,586	19,725	2,811	3,402	**665.3**	**805.3**
2559	42.5	47.9	**21**	472,589	22,656	2,811	3,036	**764.2**	**825.5**
2558	44.8	50.1	**22**	482,807	24,198	2,811	2,822	**816.2**	**819.5**
2557	47.9	51.2	**23**	478,944	24,512	2,811	2,670	**826.8**	**785.5**
2556	51.1	51.6	**24**	462,077	23,852	2,811	2,552	**804.5**	**730.6**
2555	53.4	51.4	**25**	466,849	24,005	2,811	2,456	**809.7**	**707.5**
2554	53.4	50.7	**26**	474,601	24,053	2,811	2,375	**811.3**	**685.4**
2553	50.1	49.8	**27**	471,418	23,467	2,811	2,304	**791.5**	**648.9**
2552	50.1	49.6	**28**	466,594	23,152	2,811	2,242	**780.9**	**622.9**
2551	50.1	49.1	**29**	447,383	21,949	2,811	2,186	**740.3**	**575.9**
2550	49.7	46.9	**30**	438,378	20,551	2,811	2,136	**693.2**	**526.8**
2549	48.9	44.5	**31**	438,988	19,544	1,666	2,090	**390.7**	**490.2**
2548	49.3	41.5	**32**	454,192	18,840	1,666	2,048	**376.6**	**463.0**
2547	47.3	37.8	**33**	472,389	17,875	1,666	2,009	**357.4**	**430.9**
2546	39.2	34.9	**34**	476,180	16,619	1,666	1,972	**332.2**	**393.3**
2545	37.9	34.9	**35**	489,056	17,058	1,666	1,938	**341.0**	**396.7**
2544	33.7	34.5	**36**	507,371	17,504	1,666	1,906	**349.9**	**400.4**
2543	31.1	35.7	**37**	507,853	18,130	1,666	1,876	**362.5**	**408.1**
2542	32.6	37.7	**38**	518,807	19,569	1,666	1,847	**391.2**	**433.8**
2541	39.1	39.8	**39**	521,889	20,750	1,666	1,820	**414.8**	**453.3**
2540	36.0	40.0	**40**	507,308	20,282	1,666	1,795	**405.5**	**436.8**
2539	39.7	40.9	**41**	533,850	21,845	1,666	1,770	**436.7**	**464.0**
2538	41.2	41.4	**42**	529,830	21,914	1,666	1,747	**438.1**	**459.3**
2537	42.8	41.6	**43**	521,170	21,660	1,666	1,724	**433.0**	**448.1**
2536	40.2	40.9	**44**	532,572	21,803	1,666	1,703	**435.9**	**445.4**
2535	40.7	40.5	**45**	523,190	21,179	1,666	1,682	**423.4**	**427.4**
2534	41.9	40.2	**46**	542,225	21,797	1,558	1,662	**407.5**	**434.7**
2533	42.2	40.1	**47**	553,157	22,182	1,558	1,643	**414.7**	**437.2**
2532	39.7	40.6	**48**	540,709	21,964	1,558	1,624	**410.6**	**428.1**
2531	37.9	40.8	**49**	535,346	21,864	1,558	1,606	**408.8**	**421.4**
2530	39.3	41.4	**50**	554,818	22,981	1,558	1,589	**429.6**	**438.2**
2529	41.4	41.7	**51**	528,998	22,070	1,558	1,572	**412.6**	**416.4**
2528	44.8	41.6	**52**	520,695	21,661	1,558	1,556	**405.0**	**404.4**
2527	**40.8**	**40.8**	**53**	527,012	21,502	1,558	1,540	**402.0**	**397.4**
2526	40.8	40.8	**54**	526,365	21,476	1,558	1,525	**401.5**	**393.0**

ปี พ.ศ.	อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน[1]		อายุ (x)	จำนวนประชากรหญิง[2]	จำนวนแม่วัยรุ่นที่คำนวณได้	ความแตกต่างของรายได้ (บาท ต่อคน ต่อเดือน)		**ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (การลดลงของรายได้) ของแม่วัยรุ่น (ล้านบาทต่อปี)**	
	อัตราจริง	อัตราเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณในแต่ละอายุ				จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend*	จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend
		(1)		(2)	(3)=(1)*(2)	(4)	(5)	**(3)*(4)**	**(3)*(5)**
2525	40.8	40.8	**55**	490,589	20,016	1,558	1,510	**374.2**	**362.7**
2524	40.8	40.8	**56**	477,101	19,466	1,558	1,495	**363.9**	**349.3**
2523	40.8	40.8	**57**	456,397	18,621	1,558	1,481	**348.1**	**331.0**
2522	40.8	40.8	**58**	458,658	18,713	1,558	1,468	**349.9**	**329.6**
2521	40.8	40.8	**59**	437,549	17,852	1,558	1,454	**333.8**	**311.5**
2520	40.8	40.8	**60**	403,998	16,483	1,558	1,441	**308.2**	**285.1**
	รวม (ล้านบาท)							**20,163**	**20,025**
	GDP ปี 2561 (ล้านบาท)							**16,368,711**	**16,368,711**
	(a) การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น ณ 1 ปี (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							**0.12%**	**0.12%**
	**การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น เฉพาะจากอายุปัจจุบันไปในอนาคตจนอายุ 60 ปี (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							1.6%	1.6%
	(a)*41 = การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น รวมตลอดชั่วชีวิต (รวมอดีต ปัจจุบัน และอนาคต) (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							**5.1%**	**5.0%**

ที่มา: จากการคำนวณ, [1]สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข [2]สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: *y = -528.1ln(x) + 3402.4 R^2 = 0.7333, **คิดเฉพาะความแตกต่างของรายได้ไปในอนาคตจนอายุ 60 ปี

จากการคำนวณข้างต้น จะได้ **การลดลงของรายได้ ณ ปีปัจจุบัน (ในการคำนวณคือปี 2561) เพียงปีเดียวของกลุ่มผู้หญิงซึ่งเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อยู่ที่ประมาณ 20,163 ล้านบาท (2 หมื่นล้านบาท)** ซึ่งมูลค่านี้เมื่อคิดเทียบกับ GDP (Gross Domestic Product, ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ) ปี 2561 จะ**คิดเป็น 0.12% ของ GDP** ปี 2561 ทั้งนี้**มูลค่านี้คือ ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ณ ปี 2561 ปัจจุบัน เพียงปีเดียว** หากจะคำนวณค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากรายได้ที่ลดลงทั้งหมดตลอดช่วงชีวิต ของกลุ่มผู้หญิงซึ่งเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะต้องคูณด้วยจำนวนปีที่มีการทำงานของแต่ละคนที่ผ่านมาตั้งแต่ในอดีตเมื่อครั้งอายุ 20 ปี จนถึงปัจจุบันและไปถึงอนาคตเมื่ออายุครบ 60 ปี ซึ่งจะเท่ากับ 41 ปี

ดังนั้น **ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น = การลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต ทั้งที่ผ่านมาในอดีตตั้งแต่เริ่มทำงานเมื่ออายุ 20 ปี จนถึงปัจจุบัน และไปถึงอนาคตเมื่ออายุครบ 60 ปี รวมแล้วคิดเป็นมูลค่าปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 826,700 ล้านบาท (8.3 แสนล้านบาท) หรือคิดเป็น 5.1% ของ GDP**

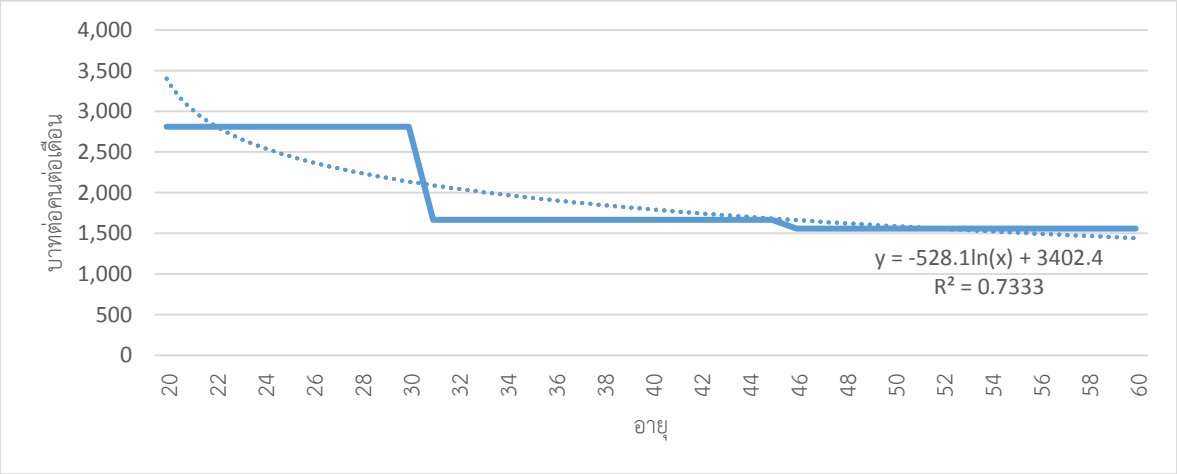
การวิเคราะห์เพิ่มเติม

1) logarithmic trend ของข้อมูลความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มอายุต่างๆ

จากการคำนวณค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ หรือใช้ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มอายุต่างๆ ที่ได้จากแบบจำลอง PSM ดังกล่าวแล้วข้างต้น **แสดงดังรูปที่ 3.5** จะเป็นในลักษณะขั้นบันไดที่ความแตกต่างทางรายได้จะไม่สูงในกลุ่มอายุที่มาก เนื่องจากในสมัยก่อนระดับการศึกษาของกลุ่มผู้หญิงไม่ได้สูงและแตกต่างกันมากนัก โดยมีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยต่างกันไม่ถึง 2 ปี จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศษฐกิจและสังคมของครัวเรือง หรือ SES (Socio-Economic Survey) ปี 2560

ส่วนในสมัยนี้ในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ระดับการศึกษาของกลุ่มผู้หญิงมีความแตกต่างกันมากขึ้นระหว่างกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มจะมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการเข้าถึงและโอกาสทางการศึกษาที่มากขึ้นหากไม่ได้มีบุตรเร็ว โดยจากข้อมูล SES ปี 2560 พบว่าในกลุ่มหญิงรุ่นใหม่ (อายุ 15-30 ปี) ดังกล่าวจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยต่างกันมากกว่า 2 ปี ดังนั้นเพื่อทำให้ความแตกต่างของรายได้จากขั้นบันไดมีความ smooth และเห็นแนวโน้มที่ชัดเจนขึ้น จึงได้ทำ logarithmic trend กับข้อมูลความแตกต่างของรายได้ดังกล่าว **ดังแสดงในรูปที่ 3.5** และได้นำมาใช้คำนวณค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจเปรียบเทียบให้เห็นกับการใช้ความแตกต่างของรายได้จาก PSM ดังแสดงใน**ตารางที่ 3.23** ข้างต้น โดยได้ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นแทบไม่แตกต่างกัน คือค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ ณ ปีเดียวเมื่อ smooth trend แล้วเท่ากับร้อยละ 0.1 ต่อ GDP และค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต คิดเป็นประมาณร้อยละ 5.0 ต่อ GDP

รูปที่ 3.5 logarithmic trend ของข้อมูลความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มอายุต่างๆ



ที่มา: จากการคำนวณ

2) กรณีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ลดลง

การวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อให้เห็นว่า ค่าเสียโอกาสของแม่วัยรุ่นจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรภายใต้ฉากทัศน์กรณีต่างๆ ในกรณีนี้สมมติให้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ลดลงตั้งแต่ปี 2555 กล่าวคืออัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน มีค่าเท่ากับ 53.4 ต่อพันคน และคงที่เรื่อยมาตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปี 2561 เมื่อคำนวณค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต จะมี**ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตามอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.05 ต่อ GDP ในกรณีฐาน เป็นร้อยละ 5.12 ต่อ GDP ในกรณีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ลดลง** แสดงใน**ตารางที่ 3.23** หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ **หากอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น 1 คนต่อพันคน จะมีค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1,215 ล้านบาท**

ตารางที่ 3.23 การคำนวณหาค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต กรณีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ลดลง

ปี พ.ศ.	อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน[1]		อายุ (x)	จำนวนประชากรหญิง[2]	จำนวนแม่วัยรุ่นที่คำนวณได้	ความแตกต่างของรายได้ (บาท ต่อคน ต่อเดือน)		ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (การลดลงของรายได้) ของแม่วัยรุ่น (ล้านบาทต่อปี)	
	อัตราจริง	อัตราเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณในแต่ละอายุ				จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend*	จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend
		(1)		(2)	(3)=(1)*(2)	(4)	(5)	**(3)*(4)**	**(3)*(5)**
2561	**53.4**	**53.4**	15-19	1,973,731					
2560	**53.4**	**53.4**	**20**	436,586	**23,314**	2,811	3,402	**786.4**	**951.9**
2559	**53.4**	**53.4**	**21**	472,589	**25,236**	2,811	3,036	**851.2**	**919.5**
2558	**53.4**	**53.4**	**22**	482,807	**25,782**	2,811	2,822	**869.6**	**873.1**
2557	**53.4**	**52.7**	**23**	478,944	**25,260**	2,811	2,670	**852.0**	**809.4**
2556	**53.4**	**52.1**	**24**	462,077	**24,065**	2,811	2,552	**811.7**	**737.1**
2555	53.4	51.4	**25**	466,849	24,005	2,811	2,456	**809.7**	**707.5**
2554	53.4	50.7	**26**	474,601	24,053	2,811	2,375	**811.3**	**685.4**
2553	50.1	49.8	**27**	471,418	23,467	2,811	2,304	**791.5**	**648.9**
2552	50.1	49.6	**28**	466,594	23,152	2,811	2,242	**780.9**	**622.9**
2551	50.1	49.1	**29**	447,383	21,949	2,811	2,186	**740.3**	**575.9**
2550	49.7	46.9	**30**	438,378	20,551	2,811	2,136	**693.2**	**526.8**
2549	48.9	44.5	**31**	438,988	19,544	1,666	2,090	**390.7**	**490.2**
2548	49.3	41.5	**32**	454,192	18,840	1,666	2,048	**376.6**	**463.0**
2547	47.3	37.8	**33**	472,389	17,875	1,666	2,009	**357.4**	**430.9**
2546	39.2	34.9	**34**	476,180	16,619	1,666	1,972	**332.2**	**393.3**
2545	37.9	34.9	**35**	489,056	17,058	1,666	1,938	**341.0**	**396.7**
2544	33.7	34.5	**36**	507,371	17,504	1,666	1,906	**349.9**	**400.4**
2543	31.1	35.7	**37**	507,853	18,130	1,666	1,876	**362.5**	**408.1**
2542	32.6	37.7	**38**	518,807	19,569	1,666	1,847	**391.2**	**433.8**
2541	39.1	39.8	**39**	521,889	20,750	1,666	1,820	**414.8**	**453.3**
2540	36.0	40.0	**40**	507,308	20,282	1,666	1,795	**405.5**	**436.8**
2539	39.7	40.9	**41**	533,850	21,845	1,666	1,770	**436.7**	**464.0**
2538	41.2	41.4	**42**	529,830	21,914	1,666	1,747	**438.1**	**459.3**
2537	42.8	41.6	**43**	521,170	21,660	1,666	1,724	**433.0**	**448.1**
2536	40.2	40.9	**44**	532,572	21,803	1,666	1,703	**435.9**	**445.4**
2535	40.7	40.5	**45**	523,190	21,179	1,666	1,682	**423.4**	**427.4**
2534	41.9	40.2	**46**	542,225	21,797	1,558	1,662	**407.5**	**434.7**
2533	42.2	40.1	**47**	553,157	22,182	1,558	1,643	**414.7**	**437.2**
2532	39.7	40.6	**48**	540,709	21,964	1,558	1,624	**410.6**	**428.1**
2531	37.9	40.8	**49**	535,346	21,864	1,558	1,606	**408.8**	**421.4**
2530	39.3	41.4	**50**	554,818	22,981	1,558	1,589	**429.6**	**438.2**
2529	41.4	41.7	**51**	528,998	22,070	1,558	1,572	**412.6**	**416.4**
2528	44.8	41.6	**52**	520,695	21,661	1,558	1,556	**405.0**	**404.4**
2527	**40.8**	40.8	**53**	527,012	21,502	1,558	1,540	**402.0**	**397.4**
2526	40.8	40.8	**54**	526,365	21,476	1,558	1,525	**401.5**	**393.0**
2525	40.8	40.8	**55**	490,589	20,016	1,558	1,510	**374.2**	**362.7**

ปี พ.ศ.	อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน[1]		อายุ (x)	จำนวนประชากรหญิง[2]	จำนวนแม่วัยรุ่นที่คำนวณได้	ความแตกต่างของรายได้ (บาท ต่อคน ต่อเดือน)		**ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (การลดลงของรายได้) ของแม่วัยรุ่น (ล้านบาทต่อปี)**	
	อัตราจริง	อัตราเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณในแต่ละอายุ				จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend*	จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend
		(1)		(2)	(3)=(1)*(2)	(4)	(5)	**(3)*(4)**	**(3)*(5)**
2524	40.8	40.8	**56**	477,101	19,466	1,558	1,495	**363.9**	**349.3**
2523	40.8	40.8	**57**	456,397	18,621	1,558	1,481	**348.1**	**331.0**
2522	40.8	40.8	**58**	458,658	18,713	1,558	1,468	**349.9**	**329.6**
2521	40.8	40.8	**59**	437,549	17,852	1,558	1,454	**333.8**	**311.5**
2520	40.8	40.8	**60**	403,998	16,483	1,558	1,441	**308.2**	**285.1**
	รวม (ล้านบาท)							**20,457**	**20,349**
	GDP ปี 2561 (ล้านบาท)							**16,368,711**	**16,368,711**
	(a) การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น ณ 1 ปี (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							**0.12%**	**0.12%**
	**การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น เฉพาะจากอายุปัจจุบันไปในอนาคตจนอายุ 60 ปี (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							1.6%	1.7%
	(a)*41 = การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น รวมตลอดชั่วชีวิต (รวมอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							**5.1%**	**5.1%**

ที่มา: จากการคำนวณ, [1]สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข [2]สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) กรณีความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่

ในกรณีนี้สมมติให้ความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นไปได้สูงในอนาคต ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากระดับการศึกษาที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ได้เข้าเรียนในระดับปริญญาตรีจะมีความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และความแตกต่างนี้เพิ่มขึ้นมากกว่าในกลุ่มคนรุ่นก่อนๆ ซึ่งชี้ให้เห็นในงานศึกษาของต่างประเทศหลายชิ้น[3] ดังที่กล่าวก่อนหน้าแล้วว่า จากข้อมูล SES ปี 2560 พบว่าในกลุ่มผู้หญิงรุ่นใหม่ (กลุ่มอายุไม่เกิน 30 ปี) จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยต่างกันระหว่างหญิงที่เป็นแม่วัยรุ่นและไม่ได้เป็นแม่วัยรุ่น คือประมาณ 2 ปี มีรายได้แตกต่างกันประมาณ 2,800 บาทต่อคนต่อเดือน ดังนั้นในกรณีนี้จึงสมมติให้จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยต่างกันมากขึ้นเป็น 4 ปี ทำให้มีรายได้ต่างกันมากขึ้นอยู่ที่ประมาณ 5,600 บาทต่อคนต่อเดือน และเมื่อนำมาคำนวณหาค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากความแตกต่างหรือการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต พบว่า**ค่าเสียโอกาสจะเพิ่มขึ้นอย่างมากจากประมาณ 826,700 ล้านบาท (8.3 แสนล้านบาท) หรือร้อยละ 5.1 ต่อ GDP เป็น 1,172,687 ล้านล้านบาท (1.2 ล้านล้านบาท) หรือร้อยละ 7.2 ต่อ GDP** และร้อยละ 7.0 ต่อ GDP กรณี smooth ความแตกต่างของรายได้ด้วย logarithmic trend ดังแสดงใน**ตารางที่ 3.24 และรูปที่ 3.6**

กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ หากการเป็นแม่วัยรุ่นทำให้ไม่สามารถศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นอย่างที่ตั้งใจได้ ซึ่งมีผลต่อรายได้ที่จะลดลง หรือมีความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เป็นแม่วัยรุ่นและสามารถศึกษาในระดับที่สูงขึ้นได้ตามที่ตั้งใจ ผลจากความแตกต่างของจำนวนปีการศึกษาหรือการลดลงของรายได้ดังกล่าว ใน**ทุกปีการศึกษาที่แตกต่างกัน 1 ปี หรือเทียบเท่ากับรายได้ที่ลดลงประมาณ 1,400 บาทต่อคนต่อเดือน ในกลุ่มแม่วัยรุ่นรุ่นใหม่ จะมีค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 172,993 ล้านบาท**

[3] ตัวอย่างเช่น (Bialik & Fry, 2020) (Gale, Gelfond, Fichtner, & Harris, 2020)

ตารางที่ 3.24 การคำนวณหาค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต กรณีความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่

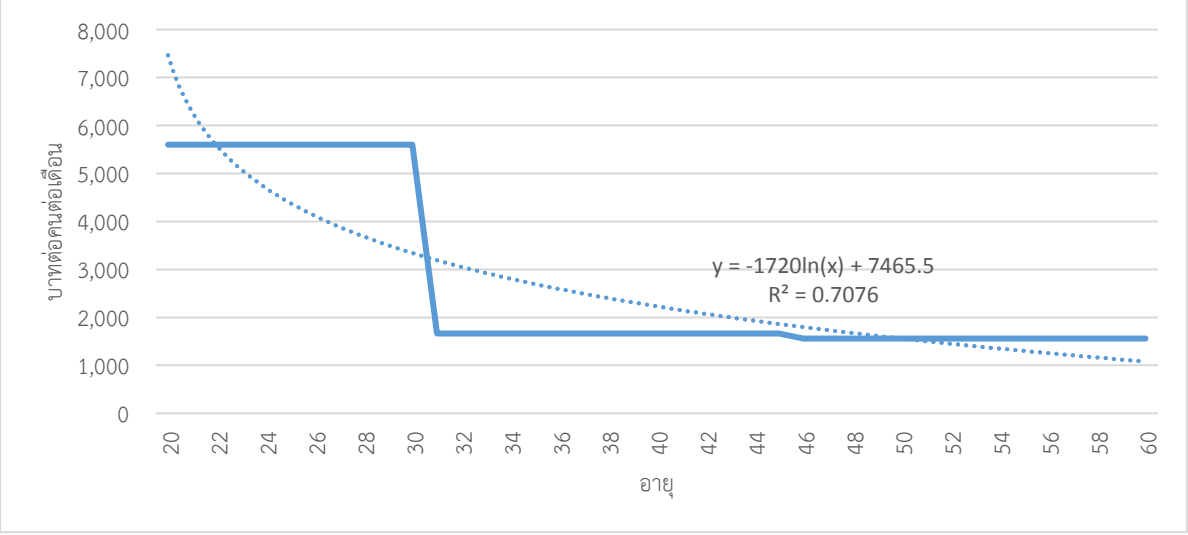
ปี พ.ศ.	อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน[1]		อายุ (x)	จำนวนประชากรหญิง[2]	จำนวนแม่วัยรุ่นที่คำนวณได้	ความแตกต่างของรายได้ (บาท ต่อคน ต่อเดือน)		ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (การลดลงของรายได้) ของแม่วัยรุ่น (ล้านบาทต่อปี)	
	อัตราจริง	อัตราเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณในแต่ละอายุ				จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend*	จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend
		(1)		(2)	(3)=(1)*(2)	(4)	(5)	(3)*(4)	(3)*(5)
2561	**35.0**	**35.0**	15-19	1,973,731					
2560	39.6	45.2	**20**	436,586	19,725	5,600	7,466	1,325.5	1,767.1
2559	42.5	47.9	**21**	472,589	22,656	5,600	6,273	1,522.5	1,705.5
2558	44.8	50.1	**22**	482,807	24,198	5,600	5,576	1,626.1	1,619.1
2557	47.9	51.2	**23**	478,944	24,512	5,600	5,081	1,647.2	1,494.6
2556	51.1	51.6	**24**	462,077	23,852	5,600	4,697	1,602.9	1,344.5
2555	53.4	51.4	**25**	466,849	24,005	5,600	4,384	1,613.2	1,262.8
2554	53.4	50.7	**26**	474,601	24,053	5,600	4,119	1,616.3	1,188.7
2553	50.1	49.8	**27**	471,418	23,467	5,600	3,889	1,577.0	1,095.1
2552	50.1	49.6	**28**	466,594	23,152	5,600	3,686	1,555.8	1,024.2
2551	50.1	49.1	**29**	447,383	21,949	5,600	3,505	1,474.9	923.2
2550	49.7	46.9	**30**	438,378	20,551	5,600	3,341	1,381.0	824.0
2549	48.9	44.5	**31**	438,988	19,544	1,666	3,191	390.7	748.5
2548	49.3	41.5	**32**	454,192	18,840	1,666	3,054	376.6	690.4
2547	47.3	37.8	**33**	472,389	17,875	1,666	2,926	357.4	627.7
2546	39.2	34.9	**34**	476,180	16,619	1,666	2,808	332.2	559.9
2545	37.9	34.9	**35**	489,056	17,058	1,666	2,697	341.0	552.0
2544	33.7	34.5	**36**	507,371	17,504	1,666	2,592	349.9	544.5
2543	31.1	35.7	**37**	507,853	18,130	1,666	2,494	362.5	542.6
2542	32.6	37.7	**38**	518,807	19,569	1,666	2,401	391.2	563.8
2541	39.1	39.8	**39**	521,889	20,750	1,666	2,313	414.8	575.9
2540	36.0	40.0	**40**	507,308	20,282	1,666	2,229	405.5	542.5
2539	39.7	40.9	**41**	533,850	21,845	1,666	2,149	436.7	563.3
2538	41.2	41.4	**42**	529,830	21,914	1,666	2,072	438.1	545.0
2537	42.8	41.6	**43**	521,170	21,660	1,666	1,999	433.0	519.6
2536	40.2	40.9	**44**	532,572	21,803	1,666	1,929	435.9	504.7
2535	40.7	40.5	**45**	523,190	21,179	1,666	1,862	423.4	473.1
2534	41.9	40.2	**46**	542,225	21,797	1,558	1,797	407.5	470.0
2533	42.2	40.1	**47**	553,157	22,182	1,558	1,734	414.7	461.6
2532	39.7	40.6	**48**	540,709	21,964	1,558	1,674	410.6	441.1
2531	37.9	40.8	**49**	535,346	21,864	1,558	1,615	408.8	423.8
2530	39.3	41.4	**50**	554,818	22,981	1,558	1,559	429.6	429.9
2529	41.4	41.7	**51**	528,998	22,070	1,558	1,504	412.6	398.4
2528	44.8	41.6	**52**	520,695	21,661	1,558	1,452	405.0	377.3
2527	**40.8**	**40.8**	**53**	527,012	21,502	1,558	1,400	402.0	361.3
2526	40.8	40.8	**54**	526,365	21,476	1,558	1,350	401.5	348.0

ปี พ.ศ.	อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน[1]		อายุ (x)	จำนวนประชากรหญิง[2]	จำนวนแม่วัยรุ่นที่คำนวณได้	ความแตกต่างของรายได้ (บาท ต่อคน ต่อเดือน)		**ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (การลดลงของรายได้) ของแม่วัยรุ่น (ล้านบาทต่อปี)**	
	อัตราจริง	อัตราเฉลี่ยที่ใช้ในการคำนวณในแต่ละอายุ				จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend*	จากแบบจำลอง PSM	smooth logarithmic trend
		(1)		(2)	(3)=(1)*(2)	(4)	(5)	**(3)*(4)**	**(3)*(5)**
2525	40.8	40.8	**55**	490,589	20,016	1,558	**1,302**	**374.2**	**312.7**
2524	40.8	40.8	**56**	477,101	19,466	1,558	**1,255**	**363.9**	**293.1**
2523	40.8	40.8	**57**	456,397	18,621	1,558	**1,209**	**348.1**	**270.1**
2522	40.8	40.8	**58**	458,658	18,713	1,558	**1,164**	**349.9**	**261.4**
2521	40.8	40.8	**59**	437,549	17,852	1,558	**1,121**	**333.8**	**240.1**
2520	40.8	40.8	**60**	403,998	16,483	1,558	**1,078**	**308.2**	**213.3**
	รวม (ล้านบาท)							**28,602**	**28,104**
	GDP ปี 2561 (ล้านบาท)							**16,368,711**	**16,368,711**
	(a) การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น ณ 1 ปี (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							**0.17%**	**0.17%**
	**การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น เฉพาะจากอายุปัจจุบันไปในอนาคตจนอายุ 60 ปี (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							2.4%	2.6%
	(a)*41 = การลดลงของรายได้ของแม่วัยรุ่น รวมตลอดชั่วชีวิต (รวมอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (คิดเป็นร้อยละต่อ GDP)							**7.2%**	**7.0%**

ที่มา: จากการคำนวณ, [1]สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข [2]สำนักงานสถิติแห่งชาติ

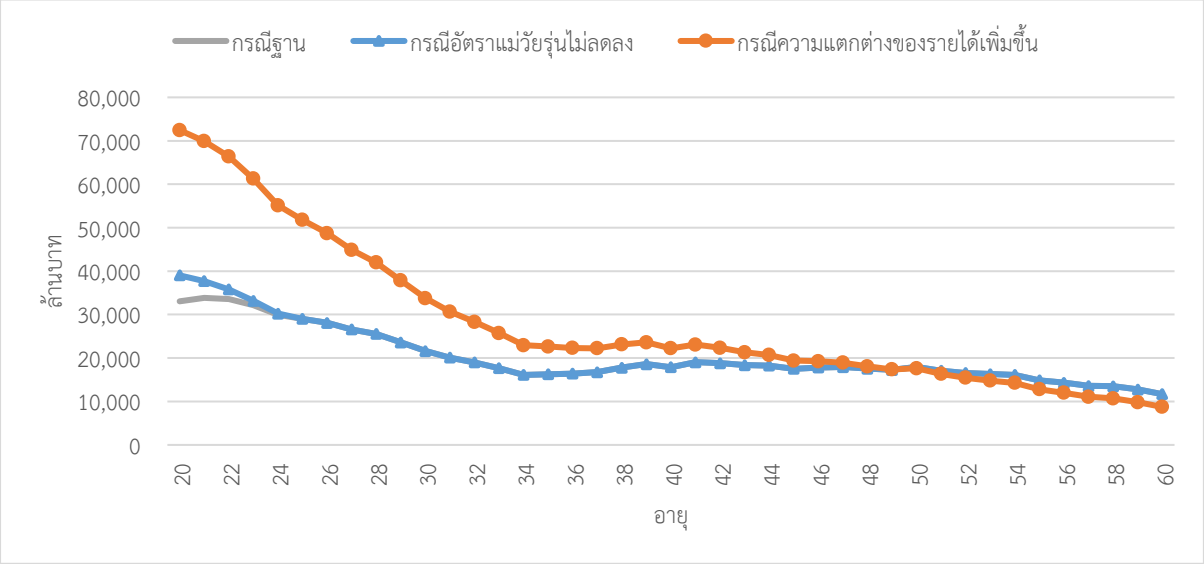
หมายเหตุ: *y = -1720ln(x) + 7465.5 R^2 = 0.7076, **คิดเฉพาะความแตกต่างของรายได้ไปในอนาคตจนอายุ 60 ปี

รูปที่ 3.6 logarithmic trend ของข้อมูลความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มอายุต่างๆ กรณีสมมติให้ความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่



ที่มา: จากการคำนวณ

รูปที่ 3.7 ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตที่คำนวณในกรณีต่างๆ



ที่มา: จากการคำนวณ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต ในกรณีฉากทัศน์ต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ดัง**รูปที่ 3.7** แสดงให้เห็นว่าค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจะสูงขึ้นหากจำนวนแม่วัยรุ่นไม่ลดลง และค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจะเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อความแตกต่างของรายได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นผลมาจากจำนวนปีการศึกษาที่แตกต่างกันมากขึ้น ถ้ายังไม่ลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนี้แล้ว ความสูญเสียจะเพิ่มมากขึ้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะเพิ่มสูงขึ้นสำหรับรุ่นต่อๆไป ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความสูญเสียทางเศรษฐกิจและภาระทางงบประมาณสำหรับประเทศที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการลดจำนวนแม่วัยรุ่นหรืออัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการพยายามให้วัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษาและได้เรียนจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งไจไว้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรต้องได้กลับเข้าเรียนในระบบการศึกษาโดยไม่มีอุปสรรคในการกลับเข้าเรียนในโรงเรียนเดิม และได้เรียนจนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งไจไว้ เพื่อให้สามารถทำงานและมีรายได้ที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และในกรณีที่ไม่พร้อมที่จะกลับเข้าเรียนในระบบ ซึ่งมีแม่วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยไม่กลับเข้าเรียนในระบบ แต่เลือกที่จะเข้าเรียนในการศึกษานอกระบบหรือการศึกษานอกโรงเรียนแทน การพัฒนาคุณภาพของการศึกษานอกระบบให้เท่าเทียมกับการศึกษาในระบบจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดังกล่าวสามารถมีความรู้และทักษะเพื่อการหารายได้ในระดับที่ทัดเทียมใกล้เคียงกับกลุ่มที่เรียนอยู่ในระบบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตของกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นผลมาจากการมีบุตรเร็วนี้ เป็นการประเมินต้นทุนทางตรงจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือกล่าวได้ว่าเป็นต้นทุนขั้นต่ำเท่านั้น เนื่องด้วยข้อจำกัดของการศึกษานี้ในสองประการ

ประการแรก ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่น ในการศึกษานี้ ใช้ความแตกต่างของรายได้จากแบบจำลอง PSM เมื่อควบคุมตัวแปรลักษณะบุคคล และครัวเรือน ในกลุ่มที่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ซึ่งเป็นการคำนวณโดยใช้ข้อมูล SES ปี 2560 เพียงปี

เดียว และข้อมูลประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2561 เพื่อเป็นตัวแทนนำมาคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการลดลงของรายได้ไปตลอดชั่วชีวิต ต้นทุนค่าเสียโอกาสดังกล่าวจึงเป็นเพียง การประมาณการค่าเสียโอกาสขั้นต่ำ เนื่องจากความแตกต่างของรายได้จะมีความแตกต่างกันในทุกปี และจะเพิ่มขึ้นในทุกรุ่นของประชากร ทำให้ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอีก นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดจากฐานข้อมูล SES ที่ไม่ครอบคลุมครัวเรือนที่มีรายได้สูง ซึ่งจะสะท้อนพื้นฐานและโอกาสทางด้านการศึกษาและการทำงานที่จะส่งผลต่อความแตกต่างของรายได้ที่สูงขึ้น ดังนั้นการประมาณการต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นอาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง

ประการที่สอง นอกเหนือจากต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ ยังมีต้นทุนทางอ้อมในส่วนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังกล่าวแล้วในหัวข้อก่อนหน้า ที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในงานศึกษาลำดับต่อๆ ไป อาทิ

(ก) การสูญเสียรายได้ทางภาษี

- ภาษีเงินได้และภาษีทรัพย์สินที่ลดลง เนื่องจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต ซึ่งเป็นผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- ภาษีมูลค่าเพิ่ม ที่ลดลง จากการลดการบริโภคของแม่วัยรุ่นเทียบกับรายได้ที่หายไป

(ข) การลงทุนในการศึกษาที่เสียไป เนื่องจากจำนวนนักเรียนลดลง ซึ่งเป็นผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและออกนอกระบบโรงเรียน รัฐจะมีจำนวนนักเรียนที่น้อยกว่าจำนวนและขนาดของโรงเรียนที่สร้างไว้ตามแผนการลงทุน

(ค) ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโอกาสการตั้งครรภ์ทั้งชีวิตที่มากขึ้นของแม่วัยรุ่น และความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของแม่และเด็กเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่อาจจะต้องได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ ซึ่งจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น

(ง) ค่าช่วยเหลือทางสังคมสำหรับแม่วัยรุ่นและทารกแรกเกิด ที่เพิ่มขึ้น เช่น เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ให้กับแม่วัยรุ่นรายได้ต่ำ และจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนการมีบุตรตลอดชีพของแม่วัยรุ่น และความช่วยเหลือทางสังคมที่เกี่ยวเนื่องอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น บ้านพักพิงสำหรับวัยรุ่นตั้งครรภ์ ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก

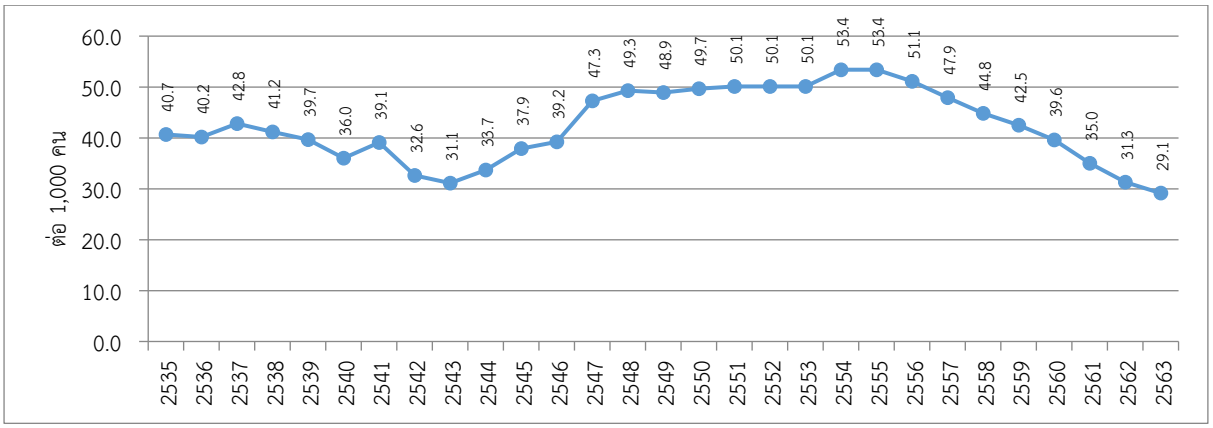
บทที่ 4
มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals SDGs) เป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี 2573

ประเทศไทยพบวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจาก 95,000 คน ในปี 2546 เป็น 104,300 คน ในปี 2558 โดยเป็นการคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปีเกือบ 3,000 คน และเป็นการคลอดซ้ำในวัยรุ่นเป็นจำนวน 12,700 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นทั้งหมด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพของแม่และเด็กแล้ว ยังทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา การไม่มีงานทำ เด็กบางส่วนถูกทอดทิ้ง และบางส่วนเติบโตอย่างไม่มีคุณภาพ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงระยะเวลา 30 ปี ผ่านการพิจารณาโดยอัตราการคลอดของวัยรุ่น[4] โดยในช่วงแรกเริ่มนับตั้งแต่ ปี 2535-2544 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี โดยเฉลี่ยประมาณ 37.63 คนต่อประชากรวัยรุ่นหญิงในอายุเดียวกัน 1,000 คน ซึ่งถือว่าเป็นค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดในช่วงเวลาที่ทำการพิจารณา หลังจากนั้นสถานการณ์การคลอดในวัยรุ่นหญิงได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่สองระหว่างปี 2545-2555 โดยมีค่าเฉลี่ยในช่วงทศวรรษดังกล่าวอยู่ที่ประมาณ 47.60 คนต่อประชากร 1,000 คน อย่างไรก็ตามสถานการณ์นับตั้งแต่ ปี 2556 เป็นต้นมา อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (**รูปที่ 4.1**) จึงควรที่จะทบทวนผลที่เกิดจากการดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยว่ามาตรการใดน่าจะได้ผล

รูปที่ 4.1 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน



ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

[4] เนื่องจากการพิจารณาสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไม่สามารถทำได้โดยตรงจากข้อจำกัดของข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นในช่วงอายุระหว่าง 15-19 ปี เป็นข้อมูลในการพิจารณาสถานการณ์ ประกอบกับบางมาตรการมีส่วนที่เกี่ยวข้องและส่งผลมากกว่าอัตราการคลอด เช่น กระบวนการให้การศึกษา การป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นต้น

รายงานส่วนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับมาตรการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นระยะที่การคลอดบุตรมีสัดส่วนลดลง และวิเคราะห์ว่ามาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยรูปแบบใดที่มีผลต่อการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย โดยจะเริ่มจากการทบทวนมาตรการที่น่าสนใจในต่างประเทศ รายละเอียดมาตรการที่ใช้ในช่วงเวลาต่างๆ จากนั้นทำการสรุปมาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยสรุปจากการศึกษาของคณะนักวิจัยประกอบกับข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการสนทนากลุ่มกับแม่วัยรุ่นเองด้วย

4.1 การศึกษามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่นในต่างประเทศ

งานศึกษาของต่างประเทศเกี่ยวกับผลของการมาตรการแทรกแซงเพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นนั้น ตัวแปรที่ใช้อย่างแพร่หลายเพื่อวัดผลลัพธ์หลัก (primary outcome variable) คือ การเลื่อนการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งส่วนมากมักใช้ข้อมูลจากแบบสำรวจ ตัวอย่างงานศึกษา ได้แก่ งานศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Markham et al., 2012) ที่ศึกษาผลของโครงการให้ความรู้ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance: RA) ที่ให้ความสำคัญกับการงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะแต่งงาน (abstinence-until-marriage) และรูปแบบการลดความเสี่ยง (Risk Reduction: RR) ที่ให้ความสำคัญการงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะอายุมากขึ้น (abstinence-until-older) พร้อมกับให้ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิด โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบผลของแบบสำรวจก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ คำถามในแบบสำรวจแบ่งเป็น 2 หมวดหลัก

การวัดผลพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบไปด้วย

- พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (1. ทุกรูปแบบ 2. เพศสัมพันธ์ทางปาก 3. เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด 4. เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก)
- พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดโดยไม่ป้องกันในครั้งล่าสุด
- จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (1. เพศสัมพันธ์ทางปาก 2. เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด 3. เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก)
- จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (1. เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด 2. เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก)
- จำนวนคู่นอนทั้งหมดที่ผ่านมา (1. เพศสัมพันธ์ทางปาก 2. เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด 3. เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก)
- จำนวนคู่นอนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (1. เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด 2. เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก)

การวัดผลผ่านตัวแปรเชิงจิตวิทยา อาทิ ความรู้เชิงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง (**ตารางที่ 4.1**)

ตารางที่ 4.1 ตารางแสดงการวัดผลผ่านตัวแปรเชิงจิตวิทยา

Scale information for psychosocial variables

Construct	# of Items	Sample Item	Response Format	α [a]
Behavioral knowledge				
STI signs and symptoms knowledge	6	A person with an STD can have no symptoms at all.	True, false, or not sure	0.60
HIV/STI knowledge	5	Some STDs put you at higher risk of getting infected with HIV.	True, false, or not sure	0.49 [b]
General condom knowledge	6	Condoms can be punctured if sharp objects like scissors are used to open the package.	Yes, no, or not sure	0.65
Perceived self-efficacy				
Self-efficacy to refuse sex	7	Imagine you are alone with someone you like very much Could you stop them if they wanted to have vaginal sex with you, but you did not want them to do that?	4-point scale (Definitely could not to Definitely could)	0.86
Self-efficacy to use condoms	3	If you wanted to get a condom, how sure are you that you could go to the store and buy one?	4-point scale (Definitely could not to Definitely could)	0.63
Self-efficacy to negotiate condom use	2	Imagine that you and your boyfriend or girlfriend have been having sex but have not used condoms. You really want to start using condoms. How sure are you that you could tell your partner you want to start using condoms?	4-point scale (Definitely could not to Definitely could)	0.75
Behavioral and normative beliefs				
General beliefs about waiting to have sex	4	I believe people my age should wait until they are older to have sex.	4-point scale (Strongly disagree to Strongly agree)	0.78
Beliefs about abstinence until marriage	6	I believe having sex before marriage is wrong.	4-point scale (Strongly disagree to Strongly agree)	0.84
Reasons for not having sex	16	Because I might get a sexually transmitted disease.	Yes/No	NA [c]
Friends' perceived beliefs about waiting to have sex	3	Most of my friends believe people should wait until they are older before they have sex.	4-point scale (Strongly disagree to Strongly agree)	0.75
Friends' perceived sexual behavior	4	How many of your friends have had oral sex?	None, few, some, most	0.76
Perceived parental beliefs about waiting to have sex	3	My parent or parents believe people my age should wait until they are older before they have sex.	4-point scale (Strongly disagree to Strongly agree)	0.57
Beliefs about condoms	3	I believe condoms should always be used if a person my age has sex.	4-point scale (Strongly disagree to Strongly agree)	0.87
Behavioral intentions				
Intention to have oral sex in the next year	1	How likely is it that you will have oral sex in the next year?	5-point scale (Not at all likely to Definitely likely)	NA
Intention to have vaginal sex in the next year	1	How likely is it that you will have vaginal sex in the next year?	5-point scale (Not at all likely to Definitely likely)	NA
Intention to remain abstinent until end of high school	1	How likely is it that you will remain sexually abstinent (that is, not have sex) from now until the end of high school?	5-point scale (Not at all likely to Definitely likely)	NA
Intention to remain abstinent until marriage	1	How likely is it that you will remain sexually abstinent from now until marriage?	5-point scale (Not at all likely to Definitely likely)	NA
Intention to use condom in the next 3 months	1	How likely is it that you will use a condom if you have sex in the next 3 months?	5-point scale (Not at all likely to Definitely likely)	NA
Intention to get tested for HIV/STI if at risk	2	If you thought you were at risk for HIV, would you go get tested for HIV?	Yes, no, or not sure	NA
Environmental factors				
Exposure to risky situations that could lead to sex	5	In the past 3 months, how often have you gone to, or remained at, a party where alcohol was being used?	4-point scale (Never to 6 or more times)	0.83
Parental communication about sexual topics	3	How many times has your parent ever talked to you about waiting to have sex until you are older?	3-point scale (We've never talked about it to We've talked about it lots of times)	0.87
Character traits				
Character qualities	5	Before I act, I think about how my actions reflect my character.	4-point scale (Strongly disagree to Strongly agree)	0.78
Future orientation	4	I have plans for my future.	4-point scale (Strongly disagree to Strongly agree)	0.80

[a] Reliability indices were calculated using baseline data.

[b] The scale was developed to assess HIV/STI-related facts addressed in the interventions. These facts were multi-dimensional, as reflected by the low Cronbach's alpha.

[c] Score reflects number of reasons chosen.

NA = Not applicable.

ที่มา: Markham et al., 2012

ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นในกลุ่ม RR มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ช้าลง มีเพศสัมพันธ์แบบป้องกันในครั้งล่าสุดและมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักหรือทางช่องคลอดอย่างไม่ป้องกันน้อยลง ขณะที่วัยรุ่นในกลุ่ม RA พบแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ที่ช้าลงในบางเชื้อชาติเท่านั้นและมีเพศสัมพันธ์แบบป้องกันในครั้งล่าสุด แต่กลับพบจำนวนคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ วัยรุ่นในกลุ่ม RR และ RA มีผลลัพธ์ที่วัดผลผ่านตัวแปรเชิงจิตวิทยาที่เป็นบวกมากขึ้น

อีกหนึ่งตัวอย่างการศึกษา (Sieving et al., 2011) ที่ศึกษาผลของโครงการพัฒนาวัยรุ่น (youth development program) แก่เด็กหญิงอายุ 13-17 ปีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะตั้งครรภ์ โดยเด็กหญิงในกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโครงการ Prime Time ร่วมกับบริการคลินิกปกติเป็นเวลา 18 เดือน ขณะที่กลุ่มควบคุมจะใช้บริการคลินิกปกติเท่านั้น และวัดผลจากการตอบคำถามในแบบสำรวจก่อนเริ่มโครงการและ 12 เดือนหลังสิ้นสุดโครงการ โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์หลัก (primary outcome measures) มี 2 อย่างด้วยกัน

1. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ประกอบไปด้วย

- จำนวนเดือนที่มีเพศสัมพันธ์โดยใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและรวมเดือนปัจจุบันด้วย (ไม่ใช้เลย 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 4 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 7 เดือน)
- จำนวนเดือนที่มีเพศสัมพันธ์โดยใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและรวมเดือนปัจจุบันด้วย (ไม่ใช้เลย 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 4 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 7 เดือน)
- จำนวนเดือนที่มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ทั้งวิธีการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนและถุงยางอนามัยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและรวมเดือนปัจจุบันด้วย (ไม่ใช้เลย 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 4 เดือน 5 เดือน 6 เดือน 7 เดือน)

2 จำนวนคู่นอนผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดด้วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (1 คน 2 คน 3 คน 4 คน 5 คนหรือมากกว่า)

นอกจากนี้ ยังมีการวัดผลลัพธ์รอง (secondary outcome measures) คือ ตัวแปรเชิงจิตวิทยา ซึ่งแบ่งหมวดหมู่และมีตัวอย่างคำถามดังตารางด้านล่าง

ตารางที่ 4.2 ตารางแสดงการข้อมูลการวัดสำหรับตัวแปรทางจิตวิทยา (Psychosocial Variables)

Construct	# of Items	Sample Item	Response Format, Measure Coding	Internal Consistency
Environmental Attributes				
Social Connectedness				
Family connectedness	5	My family cares about me.	4-point response (0 = *not at all* to 3 = *a lot*)	α=0.90
School connectedness	3	I feel like I belong at my school.	4-point response (0 = *never or seldom* to 3 = *very often*)	α=0.63
Teacher connectedness	6	My teachers respect me.	4-point response (0 = *none* to 3 = *a lot*)	α=0.87
Perceived Norms re Contraception				

Construct	# of Items	Sample Item	Response Format, Measure Coding	Internal Consistency
Perceived partner desire to use contraception	1	How did [most recent partner] feel about using condoms or other birth control when the two of you had sex?	5-point response (0 = *He did not want us to use* to 4 = *He always wanted us to use*)	NA
Personal Attributes				
Sexual Attitudes & Beliefs				
Desire to use contraception with partner[a]	1	How did you feel about using condoms or other birth control when you had sex with [most recent partner]?	4-point response (0 = *I did not want us to use* to 3 = *I always wanted us to use*)	NA
Beliefs supporting birth control use	5	Using birth control makes me feel responsible.	4-point response (0 = *strongly disagree* to 3 = *strongly agree*)	**α**=0.82
Perceived pregnancy consequences	6	Getting pregnant would force me to grow up too fast.	4-point response (0 = *strongly disagree* to 3 = *strongly agree*)	**α**=0.77
Behavioral Attributes				
Social-Emotional Intelligence				
Stress management skills	8	When I get angry, I act without thinking.	4-point response (0 = *never or seldom* to 3 = *very often*)	**α**=0.86
Interpersonal skills	7	I am able to respect others.	4-point response (0 = *never or seldom* to 3 = *very often*)	**α**=0.81
Intrapersonal skills	6	It is easy to tell people how I feel.	4-point response (0 = *never or seldom* to 3 = *very often*)	**α**=0.79
Sexual Self-Efficacy & Skills				
Communication about sexual risk	7	When did you and [most recent partner] talk about how to keep from getting pregnant?	3-point response (*0 = we **never** talked about this;* 1 *= we talked about this **after** we had sex;* 2 *= we talked about it **before** we had sex*)	**α**=0.74
Sex refusal self-efficacy	4	Imagine that you met someone at a party who wants to have sex with you. Even though you are very attracted to each other, you don't think you are ready to have sex. How sure are you that you could keep from having sex?	4-point response (0 = *not sure* to 3 = *really sure*)	**α**=0.81
Condom use self-efficacy	5	It would be easy to tell [most recent partner] that I wanted to use a condom	4-point response (0 = *strongly disagree* to 3 = *strongly agree*)	**α**=0.67

ที่มา: Sieving et al., 2011

จากผลการสำรวจหลังริเริ่มโครงการ 12 เดือนพบว่า เด็กหญิงในกลุ่มทดลองมีจำนวนคู่นอนน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ผลการสำรวจหลังริเริ่มโครงการ 18 เดือนพบว่า เด็กหญิงในกลุ่มทดลองมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนหรือใช้ทั้งสองวิธีควบคู่กันมากขึ้นด้วย

นอกจากมาตรการแทรกแซงในรูปแบบของการให้ความรู้แล้ว ยังมีงานศึกษาในประเทศมาลาวี (Baird et al., 2010) ที่ศึกษาผลของโครงการให้เงินช่วยเหลือแบบมีเงื่อนไข (conditional cash transfer program: CCT program) ที่ให้เงินช่วยเหลือค่าเล่าเรียนและเงินสดอีก 10 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือนแก่เด็กหญิงในโรงเรียนที่ยังเรียนอยู่หรือเด็กหญิงที่ลาออกจากโรงเรียนได้ไม่นาน อายุ 12-22 ปีและยังไม่แต่งงาน โดยมีเงื่อนไขว่าเด็กหญิงเหล่านั้นจะต้องเข้ามาเรียนที่โรงเรียน และวัดผลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ คำถามในแบบสอบถามหลังจบโครงการ ได้แก่

- มีการแต่งงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- มีการตั้งครรภ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- จำนวนคู่นอนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ
- มีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า นอกจาก CCT program จะช่วยเพิ่มอัตราการเข้าเรียนที่โรงเรียนแล้ว ยังช่วยลดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์และการแต่งงานก่อนวัยอันควรได้อย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย

จากการรวบรวมงานวิจัยทั้งหมด 53 งานซึ่งใช้วิธีการ randomized controlled trial (RCT) เพื่อศึกษาผลของมาตรการเพื่อลดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในกลุ่มวัยรุ่น (Oringanje et al., 2016) ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นประกอบด้วยเชื้อชาติที่หลากหลายและส่วนมากศึกษาในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ผลการศึกษาพบว่ามาตรการอย่างผสมผสาน กล่าวคือ การให้ความรู้ผสมผสานกับการสนับสนุนการใช้ยาคุมกำเนิดช่วยลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้อย่างเดียวไม่ช่วยให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ช้าลง แต่พบว่าช่วยให้วัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น ขณะที่การสนับสนุนการคุมกำเนิดอย่างเดียวก็ไม่พบว่าช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ครั้งแรกโดยไม่ตั้งใจ แต่วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีการใช้ยาคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนมากกว่าวัยรุ่นในกลุ่มควบคุม

อย่างไรก็ตาม พบว่า การเพิ่มการเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดต่าง ๆ มีผลที่แตกต่างกันไปต่ออัตราการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น ถึงแม้ว่าการเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิด อาทิ ยาคุมกำเนิด การคุมกำเนิดชั่วคราวแบบกึ่งถาวร (Long-acting reversible contraception: LARC)[5] พบว่า ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นได้ (Guldi, 2008; Ananat and Hungerman, 2012; Lindo and Packham, 2015) การเข้าถึงยาคุมกำเนิดฉุกเฉินไม่มีผลต่ออัตราการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น (Raymond et al., 2006) แต่กลับเพิ่มอัตราการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์เพิ่มขึ้น (Girma and Paton, 2011; Durrance, 2013) ตรงกันข้าม การเข้าถึงถุงยางอนามัยกลับทำให้อัตราการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นปรับสูงขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการแจกถุงยางอนามัยโดยไม่มีการให้คำปรึกษา (Kasey and Daniel, 2016)

งานศึกษาที่ใช้วิธีการ RCT (Katz et al., 2011) พบว่า การให้คำปรึกษาหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีที่ตั้งครรภ์อยู่หรือพึ่งตั้งครรภ์ไม่นานผ่านทางโทรศัพท์มือถือไม่ช่วยให้หญิงกลุ่มนั้น (กลุ่มทดลอง) ตั้งครรภ์ครั้งถัดไปช้าลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่าในกลุ่มหญิงอายุน้อย (15-17

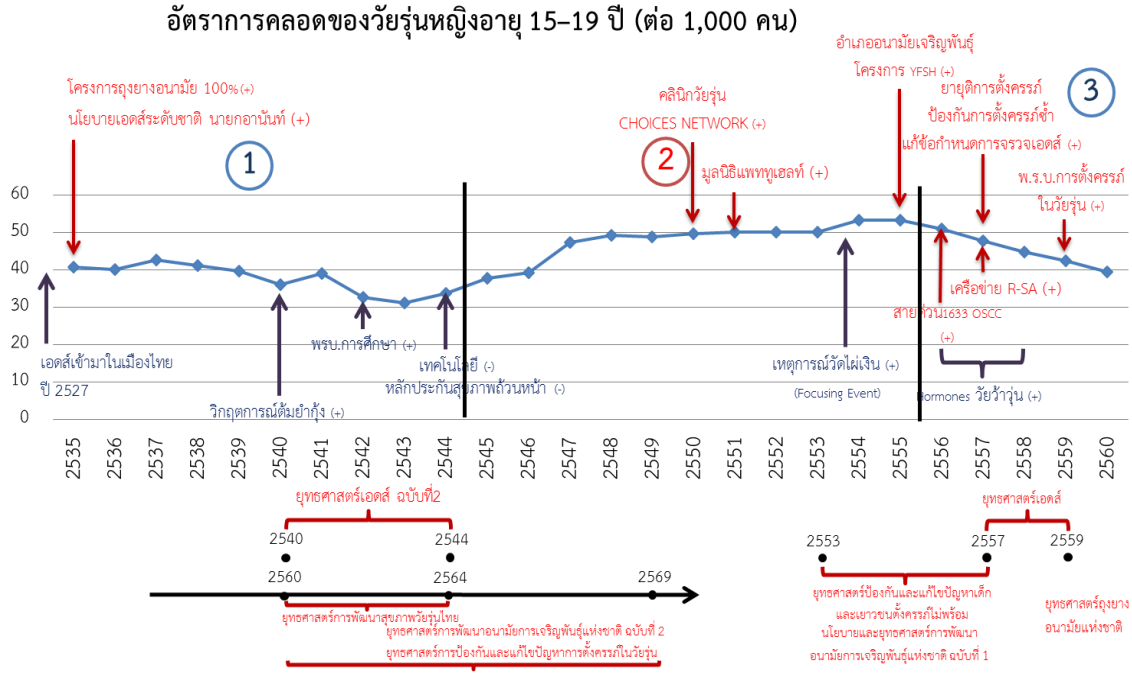
[5] การคุมกำเนิดชั่วคราวแบบกึ่งถาวร ได้แก่ การใช้ห่วงอนามัย ฮอร์โมนฝังคุมกำเนิด

ปี) ที่ได้รับการปรึกษาหลายครั้ง (treatment intensity) จะมีระยะเวลาที่นานกว่าก่อนที่หญิงเหล่านั้นจะตั้งครรภ์ครั้งถัดไป

4.2 รายละเอียดมาตรการแบ่งตามช่วงเวลา

การศึกษาทบทวนมาตรการที่ส่งผลต่อสถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทย เป็นความพยายามสรุปรวบรวมมาตรการต่างๆ โดยแบ่งช่วงการศึกษาตามการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์แม่วัยรุ่นในระยะ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา (ปี 2535-2561) และแบ่งมาตรการหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแต่ละช่วงเวลาเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์และ พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่น (2) นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่น และ (3) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่น (**รูปที่ 4.2**)

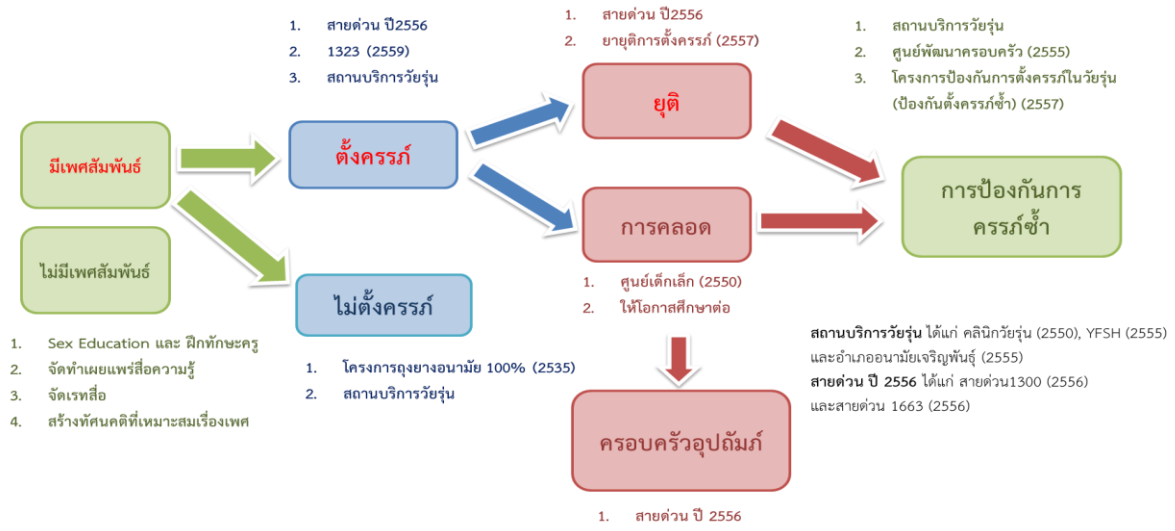
รูปที่ 4.2 ภาพรวมมาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น ปี 2535-2561



ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

เราอาจสามารถแบ่งมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วง (**รูปที่ 4.3**) ได้แก่ (1) ช่วงการป้องกัน โดยมาตรการที่เกี่ยวข้องจะเน้นในเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่เด็กวัยรุ่นเท่านั้น ทั้งนี้มาตรการในระยะแรกยังรวมถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ทั้งในบุคคลที่ตั้งครรภ์และยังไม่เคยตั้งครรภ์ (2) ช่วงหลังการมีเพศสัมพันธ์ หรือในระยะที่มีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์ มาตรการในช่วงนี้จะให้ความสำคัญกับการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาคุมและการให้คำปรึกษา และ (3) เป็นช่วงที่เกิดขึ้นหลังจากการตั้งครรภ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยโครงการสามารถแบ่งได้ตามทางเลือกของเด็กทั้งในมิติของการยุติการตั้งครรภ์ หรือการเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อจนคลอด ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงการและมาตรการที่เกี่ยวข้องมีความหลากหลายและเชื่อมโยงกันในหลายภาคส่วน ดังนั้นการผลักดันการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสำเร็จจึงไม่สามารถดำเนินการโดยแยกส่วนและขาดการบูรณาการได้ ทุกภาคส่วนจึงต้องมีการร่วมมือและขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ปัญหาไปด้วยกัน

รูปที่ 4.3 สรุปนโยบายและโครงการที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ.2535 - พ.ศ.2559

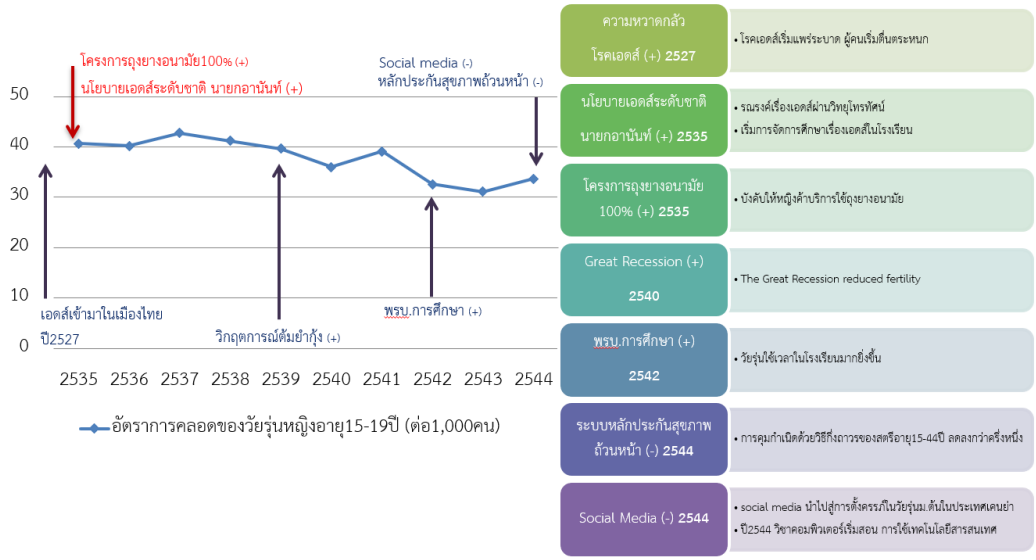


หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงปี พ.ศ. ที่มีการเริ่มต้นโครงการหรือมาตรการ
ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

4.2.1 มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่น ในช่วงปี 2535-2544

นับตั้งแต่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี ตั้งแต่ปี 2535 จนถึงปัจจุบัน โดยเมื่อพิจารณาในช่วงห้าปีแรกของทศวรรษพบว่าอัตราการคลอดของประชากรกลุ่มดังกล่าวไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก โดยมีสถิติอยู่ระหว่าง 39.7 ถึง 42.8 คนต่อประชากร 1,000 คน หลังจากปี 2539 พบว่าอัตราการคลอดของวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวลดลง โดยในปี 2544 อัตราการคลอดของกลุ่มวัยรุ่นอยู่ที่ประมาณ 33.7 คนต่อประชากร 1,000 คน (**รูปที่ 4.4**)

รูปที่ 4.4 มาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น ปี 2535-2544



ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

เมื่อพิจารณาสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษดังกล่าวพบว่าเป็นช่วงเวลาแห่งการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงของสังคม หลายเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมเกิดขึ้น

ภายในช่วงเวลาสิบปี เช่น การเกิดวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 การมาของสังคมออนไลน์และการริเริ่มระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 เป็นต้น ซึ่งสภาพบริบทของสังคมควรได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสมเช่นเดียวกัน

การเกิดวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 เป็นตัวอย่างที่ดีของการส่งผลกระทบจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับมหภาคซึ่งสอดคล้องกับบทความเรื่อง “How did the Great Recession affect fertility?” (Percheski & Kimbro, 2020) บทความระบุถึงความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างการเกิดภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ (The great recession) ซึ่งมีผลกระทบไปยังภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศอุตสาหกรรมทั่วโลก ถึงแม้ในบทความยังไม่สามารถอธิบายถึงการส่งผลกระทบอย่างชัดเจนของการถดถอยทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากความสมบูรณ์ของข้อมูลในช่วงที่เกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอย แต่บทความสามารถระบุได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นข้อกังวลของผู้หญิงในการตั้งครรภ์ในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งส่งผลต่อการคุมกำเนิดที่เพิ่มมากขึ้นนั้นเอง ทั้งนี้บทความยังระบุถึงความสัมพันธ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีโอกาสลดลงในช่วงปีที่มีภาวะเศรษฐกิจถดถอย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาแสดงถึงความสัมพันธ์ของการว่างงานในท้องถิ่นที่สูงขึ้นส่งผลต่ออัตราการตั้งครรภ์ที่สูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นอีกด้วย

นอกจากสภาพบริบทเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าว ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการคลอดที่ควรได้รับการพิจารณา สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์ และ พ.ร.บ. (2) นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยทั้งสองกลุ่มมีรายละเอียดของการดำเนินการและผลการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ยุทธศาสตร์ และ พ.ร.บ.

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฉบับที่ 2

นับตั้งแต่การตรวจพบผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์รายแรกของประเทศไทยในปี 2527 รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เริ่มมีมาตรการในการรับมือและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันอย่างถูกหลักเป็นหนึ่งในพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อจากผู้ป่วย ประเด็นดังกล่าวจึงอาจนับได้ว่าเป็นช่วงเริ่มต้นของการรณรงค์การใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างถุงยางอนามัยที่เป็นรูปธรรมในประเทศไทย ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าควรทบทวนนโยบายในช่วงเวลาของยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 2 ถึงแม้จะไม่ได้มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก็ตาม

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 ครอบคลุมระยะเวลา 5 ปี (2540-2544) ทั้งนี้การจัดทำแผนเกิดจากความร่วมมือของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ องค์กรพัฒนาเอกชนในเรื่องที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม โดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เน้นในเรื่องของการป้องกันและแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม เสริมสร้างศักยภาพของคนและสภาพแวดล้อมที่เอื้อแก่การป้องกัน (World Bank, 2543)

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 1

สืบเนื่องจากเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 จึงมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2542 โดยมีความมุ่งหมายสำคัญในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจ สติปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

ทั้งนี้ พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าวมีส่วนสำคัญการกำหนดหน้าที่ให้รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดการศึกษาให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย โดยต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันใน

การรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่า 12 ปี (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542, 2542) ซึ่งข้อกำหนดดังกล่าวมีผลบังคับให้วัยรุ่นต้องได้รับการศึกษาและอันเป็นการใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อบริบทและสังคมในช่วงเวลาดังกล่าว

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (-)

หลังจากการริเริ่มระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในปี 2544 และสามารถดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศได้ในปีถัดมา โครงการดังกล่าวได้สร้างการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันทางด้านสุขภาพแก่คนไทยทุกคนภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยประชาชนจำเป็นต้องขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลในเขตที่อยู่อาศัย และรัฐบาลจะดำเนินการจ่ายเบี้ยประกันสังคมให้ ทั้งนี้เมื่อมีการเจ็บป่วยจึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขตพื้นที่ของตน หากไม่มีการเจ็บป่วยงบประมาณดังกล่าวจะใช้เพื่อการรักษาผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพจะอยู่ภายใต้การดูแลและการบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตามจากรายงานแม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556, หน้า 6) พบว่าในช่วงก่อนการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี 2539) การเข้าถึงการคุมกำเนิดด้วยวิธีการกึ่งถาวรมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 3.2 สำหรับห่วงอนามัยและร้อยละ 1.3 สำหรับยาฝัง อย่างไรก็ตามในปี 2552 (ช่วงหลังการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ปรากฏว่ามีการใช้ห่วงอนามัยเพียงร้อยละ 0.9 และยาฝังเพียงร้อยละ 0.4 ทั้งนี้การคุมกำเนิดทั้งสองประเภทในกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นหญิง มีการใช้ห่วงอนามัยเพียงร้อยละ 0.1 และยาฝังเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากนโยบายการจัดซื้อเวชภัณฑ์การคุมกำเนิดในรูปแบบที่แตกต่างกันของจังหวัด สถานพยาบาล ซึ่งส่วนมากยังคงเป็นในรูปแบบการคุมกำเนิดชั่วคราว เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นต้น เนื่องจากอุปกรณ์การคุมกำเนิดกึ่งถาวรยังคงมีราคาที่สูงกว่าแบบชั่วคราวโดยเปรียบเทียบ

รายงานฉบับดังกล่าวยังได้สรุปเงื่อนไขสำคัญในการให้บริการการคุมกำเนิดในรูปแบบกึ่งถาวรโดยขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการได้แก่ (1) การมี/ไม่มีเวชภัณฑ์ให้บริการ (2) นโยบายของผู้บริหารสถานบริการ (3) ความพร้อมของบุคลากร และ (4) ความต้องการของผู้รับบริการ

2. นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้อง

นโยบายเอดส์ระดับชาติ

สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์นับแต่ปี 2527 การดำเนินงานของรัฐบาลได้มุ่งเน้นจัดทำนโยบายเอดส์ระดับชาติขึ้นในปี 2535 โดยเป็นการดำเนินงานภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี ในสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) รณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลเอดส์ ผ่านวิทยุและโทรทัศน์ (2) จัดตั้งแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ และ (3) เริ่มจัดการศึกษาเรื่องเอดส์ในโรงเรียน ซึ่งในส่วนที่สามจะเป็นส่วนที่มีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องกับวัยรุ่นอันเป็นกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาในครั้งนี้

ผลจากการดำเนินนโยบายในช่วงดังกล่าวพบว่า (1) สัดส่วนของผู้ชายที่ระบุว่ามีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานลดลงจากร้อยละ 28 ในปี 2533 เหลือเพียงร้อยละ 15 ในปี 2536 และ (2) สัดส่วนการซื้อบริการทาง

เพศลดลงจากร้อยละ 22 เหลือเพียงร้อยละ 10 ในช่วงเวลาเดียวกัน (World Bank, 2543) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาไม่พบข้อมูลที่ระบุถึงผลการดำเนินโครงการที่เฉพาะเจาะจงลงไปในกลุ่มวัยรุ่น

โครงการถุงยางอนามัย 100%

ในช่วงเวลาเดียวกันกับนโยบายเอดส์ระดับชาติซึ่งมีประชาชนทั่วไปเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ โครงการถุงยางอนามัย 100% เป็นอีกโครงการที่มีกลุ่มเป้าหมายแตกต่างออกไป โดยมุ่งเน้นการรณรงค์ ส่งเสริมให้กลุ่มหญิงค้าบริการมีการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งนี้โครงการดังกล่าวอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

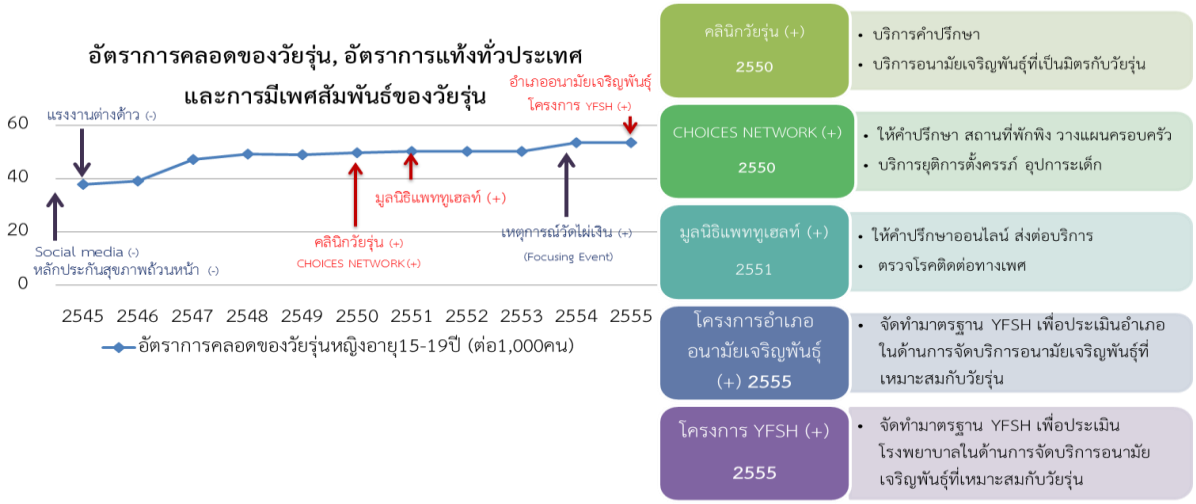
การศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินโครงการดังกล่าวพบว่า (1) การใช้ถุงยางเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 ในกลุ่มผู้หญิงขายบริการ และ (2) การดำเนินโครงการดังกล่าวสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมนรายใหม่ได้มากถึง 5 ล้านคน (อนุพงศ์ ชิตวรากร และคณะ, 2558) อย่างไรก็ตามผลของนโยบายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นไม่ได้มีการบันทึกหรือระบุความเกี่ยวเนื่องที่ชัดเจนเช่นเดียวกับยุธศาสตร์ฯ และนโยบายข้างต้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงก่อนปี 2545 นโยบบายหรือโครงการของรัฐบาบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนมากนัก ส่วนมากเป็นเพียงโครงการอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่ออัตราการการคลอดของวัยรุ่นในช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ นโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวข้องจะเริ่มดำเนินการหลังปี 2545 เป็นต้นไป

4.2.2 มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่น ในช่วงปี 2545-2555

สถานการณ์แม่วัยรุ่นในช่วงนี้เป็นช่วงที่มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเพิ่มสูงสุด โดยอัตราการคลอดเพิ่มขึ้นจาก 37.9 คนต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2545 และสูงสุดในปี 2554 และ 2555 อยู่ที่ 53.4 คนต่อประชากร 1,000 คน (**รูปที่ 4.5**) รวมทั้งได้เกิดเหตุการณ์ที่สะเทือนความรู้สึกของคนไทยทั้งประเทศและครึกโครมไปทั่วโลกกับข่าวการพบซากทารกจากการทำแท้ง 2,002 ศพ ในวัดไผ่เงินโชตนาราม กลางกรุงเทพมหานคร ในปี 2553

รูปที่ 4.5 มาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น ปี 2545-2555



ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ระยะนี้เป็นช่วงที่สื่อสังคมออนไลน์เริ่มเข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะเว็บไซต์ประเภท Social Network เช่น Hi5 Facebook ที่ได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่น รวมทั้งการเข้ามาของเกมส์ออนไลน์ ในปี 2547 ปัจจัยเหล่านี้น่าจะส่งผลกระทบต่ออัตราการคลอดของวัยรุ่นในประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์และอัตราการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในประเทศเคนยา (AKimemia & Mugambi, 2016) พบว่าการเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์ของเด็กกลุ่มดังกล่าวให้ความสนใจอย่างมากกับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ (sexually explicit music) ภาพและสื่อเคลื่อนไหวที่มีเนื้อหาลามกอนาจาร รวมไปถึงการส่งข้อความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการชักชวนทางเพศ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่ออัตราการตั้งครรภ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศเคนยา

สำหรับประเทศไทย ได้มีการสำรวจพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ในวัยรุ่น 3 เรื่อง ได้แก่ (1) การสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี จำนวน 1,464 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2549 (2) การสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนภายในโรงเรียนที่มีการสอนหรือบริการอินเทอร์เน็ต ปี 2543 (3) การสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กอายุ 12-18 ปี พบว่า วัยรุ่นร้อยละ 68.1 เคยใช้บริการแชท ร้อยละ 85.4 เคยคุยกับคนแปลกหน้า ร้อยละ 28.5 เคยคุยเรื่อง sex และร้อยละ 13.2 มี sex กับคนที่รู้จักทางอินเทอร์เน็ต (2549) ร้อยละ 58 เคยเข้าเว็บไซต์ลามก (2543)

เหตุการณ์วัดไผ่เงินฯ เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้สังคมไทยตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างจริงจัง มีความพยายามในการผลักดันเพื่อขอแก้ไขกฎหมายทำแท้งเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ประสบปัญหาท้องไม่พร้อม ภาคประชาสังคมนำโดยเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมร่วมกันผลักดันให้สังคมยอมรับการเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย รวมถึงการเรียกร้องให้มีการเรียนการสอนเพศศึกษาที่ครอบคลุมถึงวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นำมาซึ่งการวิเคราะห์วิธีการสอนเพศศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ขณะเดียวกัน ในปี 2555 สสส. ได้ตั้งคณะกรรมการประสานยุทธศาสตร์ป้องกันปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อทำหน้าที่ประสานงานร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้

1. ยุทธศาสตร์ และ พ.ร.บ.

ในปี 2554 รัฐบาลได้มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เสนอเกี่ยวกับแก้ไขปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ดังนี้

1) คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติร่วมกับคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พิจารณา**จัดตั้งกลไกร่วมในการดำเนินการแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์สู่แผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด**

2) ให้กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับเครือข่าย**พัฒนาการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษา จริยธรรมและศีลธรรม** รวมทั้งจัดให้**มีระบบรองรับการแก้ปัญหานักเรียน/นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ในระหว่างการศึกษา** และให้ปรับกระบวนการเรียนการสอนสำหรับนักเรียน/นักศึกษาที่ตั้งครรภ์

3) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับเครือข่าย**สนับสนุนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์**สำหรับเด็กและเยาวชน และร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการในเรื่องสุขภาวะทางเพศวัยเจริญพันธุ์ผ่านการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

4) ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน**รณรงค์สร้างทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศในสังคม** รวมทั้งปลูกฝังให้เด็กเยาวชน ครอบครัว และชุมชนมีความรับผิดชอบในเรื่องเพศ รู้จักเคารพในบทบาทหญิงชายปลูกฝังจริยธรรมและศีลธรรม ตลอดจนดำเนินการ**เฝ้าระวังและควบคุมสื่อต่างๆ** สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนและองค์กรในชุมชน เพื่อการ**เสริมสร้างครอบครัวเข้มแข็งในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนาความรู้ทัศนคติในเรื่องเพศเชิงบวก จริยธรรม และศีลธรรมให้แก่ เด็ก เยาวชน และพ่อแม่ ผู้ปกครอง** รวมทั้งการ**จัดทำแนวทางเพื่อส่งเสริมให้สามารถสื่อสารเรื่องเพศได้อย่างเหมาะสมจัดบริการที่หลากหลายเป็นมิตรแก่วัยรุ่น สนับสนุนการทำงานของศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ศูนย์บริการที่เป็นมิตร ศูนย์ให้คำปรึกษาที่ทำงานและเข้มงวดในการจัดการพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน**ตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (พ.ศ. 2553-2557)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดทำกรอบการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ย่อย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการป้องกัน (2) การช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู (3) การเสริมสร้างบทบาทและองค์ความรู้แก่กลุ่มผู้นำทางความคิดของเด็กและเยาวชน (4) การขจัดสิ่งยั่วยุและการป้องกันอิทธิพลจากสื่อ (5) การผลักดันด้านนโยบาย และ (6) การสำรวจข้อมูลการพัฒนาระบบงานและการติดตามผล กลไกในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้คือ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นประธาน และสนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์นี้

ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557)

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (ปี 2553-2557) โดยมีคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติเป็นกลไกขับเคลื่อน มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เช่น ส่งเสริมให้ครอบครัวมีลูกเมื่อพร้อม สนับสนุนให้โรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอน ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้เพศศึกษา ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเน้นการเข้าถึงการให้บริการในกลุ่มวัยรุ่น โดยจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service : YFHS) ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็ง และมีคุณภาพ 2. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม 3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ 4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ 5. ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ และ 6. ยุทธศาสตร์การพัฒนา และการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

2. นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้อง

เวชศาสตร์วัยรุ่นและคลินิกวัยรุ่น

สืบเนื่องจากผลวิจัยเรื่องพฤติกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่นที่ดำเนินการศึกษาโดย ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ.2544 ซึ่งได้มีการนำมาขยายผลเชิงรุกเป็นโครงการสายใยเพื่อวัยรุ่นในช่วงระหว่าง พ.ศ.2546-2548 และทำให้การพัฒนาคลินิกวัยรุ่นภายในโรงเรียนเกิดขึ้น โดยในโครงการจะมีแพทย์เข้ามาให้การดูแลการพัฒนานักเรียนที่เป็นแม่วัยรุ่นและเริ่มต้นดำเนินการในโรงเรียนมัธยมศึกษา 4 แห่ง จากนั้นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจึงได้มีการต่อยอดและขยายผลเป็นเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น ภายใต้ความร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์อีก 7 แห่ง ซึ่งต่อมาก่อเกิดสาขาวิชา เวชศาสตร์วัยรุ่นในราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และเป็นรากฐานสำคัญของคลินิกวัยรุ่นในทั้งในโรงเรียนและโรงพยาบาล ซึ่งคอยให้การช่วยเหลือกลุ่มแม่วัยรุ่นในสังคม

ในมิติการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัยได้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเน้นการเข้าถึงการใช้บริการในกลุ่มวัยรุ่น จัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พร้อมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในและนอกสถานศึกษา ด้วยการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษา การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และระบบส่งต่อเพื่อเชื่อมโยงระหว่างชุมชน สถานศึกษา และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลผ่านการดำเนินการโครงการ 1 โรงเรียน 1 โรงพยาบาล และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนสนับสนุนให้ทุกจังหวัดมีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัด โดยเฉพาะประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน มีแผนยุทธศาสตร์และนำสู่การปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอย่างยั่งยืน

3. กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

Love Care Station

โครงการเลิฟแคร์ “กล้ารัก กล้าเช็ค” เป็นความร่วมมือกับคลินิกเอกชนภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 14 แห่ง ภายใต้ชื่อคลินิกร่วมกันว่า “Love Care Stations” เพื่อร่วมกันจัดบริการด้านสุขภาพทางเพศ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น โดยให้การตรวจ รักษาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ การคุมกำเนิด และตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยเน้นให้บริการกับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 12-24 ปี ที่มีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเผชิญปัญหาด้านสุขภาพทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ เริ่มจากพื้นที่กรุงเทพฯ ในปี 2551 และขยายบริการอีก 3 จังหวัดได้แก่ นครสวรรค์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี ในปี 2552 [6]

ปัจจุบัน “เลิฟแคร์สเตชั่น” เป็นเว็บไซต์ให้ความรู้และคำปรึกษาแบบแชทสดในเรื่องความรักเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม HIV ชายรักชาย ถูกรังแก สุขภาพจิตและปัญหาวัยรุ่น พร้อมบริการส่งต่อไปยังคลินิกหรือโรงพยาบาล เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัยและเป็นมิตร รักษาความลับของผู้รับบริการ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือมีอัตราค่ารักษาที่เหมาะสมกับวัยรุ่น

6 สืบค้นจาก Love Care Station กล้ารักกล้าเช็คโดย Donnaya Suvetwethin วันที่ 12 กันยายน 2559 https://joo.gl/aFaDbn

ภายในแชทรูมจะประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญที่คอยให้คำปรึกษาแบบแชทสด ตั้งแต่เวลา 4 โมงเย็นถึงเที่ยงคืนทุกวัน เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศที่ถูกต้อง พร้อมส่งเสริมให้ตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองที่จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อีกทั้งยังสนับสนุนให้วัยรุ่นเข้ารับบริการทางสุขภาพที่เป็นมิตรตามความเหมาะสม ดำเนินงานโดยมูลนิธิแพธทูเฮลท์ (p2h) ภายใต้การสนับสนุนของยูนิเซฟ ประเทศไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และดีแทค

โครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ

โครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ (Teenpath) เป็นโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและสนับสนุนกระบวนการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาของกองทุนโลกเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM) ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 จนถึงเดือนกันยายน 2557 เป็นเวลารวม 11 ปี กิจกรรมตามกรอบภารกิจของโครงการประกอบด้วย การผลักดันเชิงนโยบายในเรื่องเพศศึกษา การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาและคู่มือครู การพัฒนาศุกยภาพครูผู้จัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา การติมตามและสนับสนุนครูในการจัดเพศศึกษาให้เยาวชนในสถานศึกษา การสร้างบรรยากาศสังคมผ่านสื่อและกิจกรรมเยาวชน การพัฒนาเครือข่ายคนทำงานเพศศึกษาและเครือข่ายเยาวชน รวมทั้งการวิจัยและประเมินผล

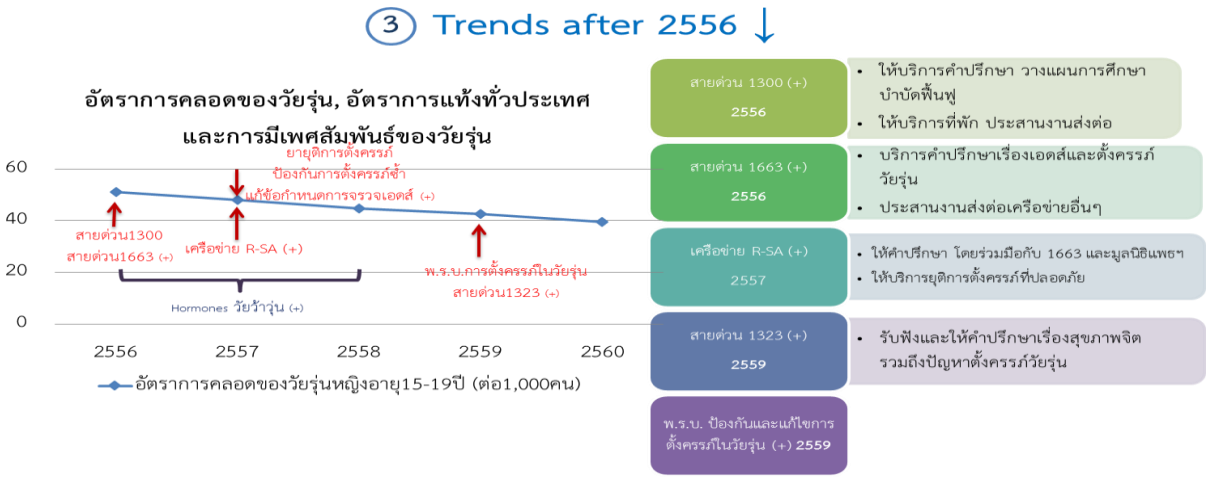
การดำเนินงานเพื่อไปสู่วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มีกลไกสำคัญคือ คณะกรรมการขับเคลื่อนเพศวิถีศึกษาจังหวัด เพื่อวางแผนขับเคลื่อนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาของจังหวัด และทำความเข้าใจกับผู้บริหารสถานศึกษา การอบรมพัฒนาศักยภาพครูผู้สอน โดยสังเกตการณ์ในชั้นเรียน/การเยี่ยม และมีการจัดกิจกรรมสำหรับนักเรียน โดยเป็นการสอนแบบเพศวิถีศึกษารอบด้าน (Comprehensive Sexuality Education) ซึ่งโครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจเป็นโครงการสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6

ในปี 2557 มีสถานศึกษาสังกัด สพฐ. เข้าร่วมโครงการย่างก้าวอย่างเข้าใจทั้งหมด 1,833 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ 43 จังหวัด ซึ่งจำนวนสถานศึกษาทั้งหมดนี้ มีรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาสำหรับผู้เรียนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเอื้อและเงื่อนไขเฉพาะด้านของสถานศึกษาแต่ละแห่ง และในปีสุดท้าย คณะกรรมการขับเคลื่อนเพศวิถีศึกษาในแต่ละจังหวัด ได้มีการประเมินและคัดเลือกสถานศึกษาที่สามารถจัดการเรียนรู้ตามเงื่อนไขของโครงการฯกำหนดไว้ โดยมีสถานศึกษาจำนวน 190 แห่งที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นสถานศึกษาต้นแบบ ซึ่งสามารถเป็นศูนย์การเรียนรู้เพศวิถีศึกษาได้

4.2.3 มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่น ในช่วงปี 2556-2561

สถานการณ์แม่วัยรุ่นในช่วงนี้เป็นช่วงที่มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง จากการตื่นตัวและตระหนักถึงสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย และการมีมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจังมากขึ้น ทำให้อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 51.1 คนต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2556 ลดเหลือ 35.0 คนต่อประชากร 1,000 คน ในปี 2561 (**รูปที่ 4.6**)

รูปที่ 4.6 มาตรการและสถานการณ์แม่วัยรุ่น หลังปี 2556



ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

1. ยุทธศาสตร์ และ พ.ร.บ.

ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ พ.ศ.2558-2562

ประเทศไทยมีมาตรการและนโยบายในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยมาอย่างยาวนาน อย่างไรก็ตาม โครงการเหล่านี้ไม่ประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยเท่าที่ควร แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในด้านของการคุมกำเนิด แต่การคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมและมีการใช้อย่างแพร่หลาย คือการใช้ยาคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และการทำหมัน ในขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยยังมีสัดส่วนที่ต่ำ จากความล้มเหลวดังกล่าวนี้เอง ส่งผลให้ปัญหาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ไม่ได้รับการเยียวยาและแก้ไขอย่างเหมาะสม ทั้งปัญหาจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหามะเร็งปากมดลูก และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้น จึงมีการจัดทำยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยขึ้น เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานในการส่งเสริมให้เกิดการยอมรับและการใช้ถุงยางอนามัยอย่างแพร่หลายมากขึ้น

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ประกอบด้วย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (เลขานุการยุทธศาสตร์), สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประจำประเทศไทย รวมทั้งมีที่ปรึกษาโครงการจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมในการผลักดันยุทธศาสตร์นี้ด้วย

เนื้อหาสาระสำคัญของยุทธศาสตร์นี้ แบ่งออกเป็น 5 ด้านหลักๆ ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมความยอมรับและลดอคติ ในการใช้ถุงยางอนามัย ถุงอนามัยสตรีและสารหล่อลื่น มีมาตรการเด่นคือการรณรงค์ปรับภาพลักษณ์ถุงยางอนามัย (2) การส่งเสริมการเข้าถึง และการใช้ถุงยางอนามัย ถุงอนามัยสตรีและสารหล่อลื่น มีมาตรการเด่นคือการสร้างระบบแจกจ่ายถุงยางอนามัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือมีค่าใช้จ่ายต่ำ (3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพถุงยางอนามัย มีมาตรการเด่นคือการสร้างระบบบริหารจัดการถุงยางอนามัย (Logistic Systems) ที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (4) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยถุงอนามัยสตรี และสารหล่อลื่น มีมาตรการเด่นคือการเร่งรัดการใช้มาตรการทางกฎหมาย เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และ (5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยถุงอนามัยสตรี และสารหล่อลื่น มีมาตรการเด่นคือการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ ปี 2560-2569

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนได้ทำการผลักดันพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และยกร่างยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 เพื่อเป็นเครื่องมือในการจัดการกับปัญหาทั้งระบบ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง (teenage centered) โดยมีพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชนและทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของร่วมกันในการดำเนินการตามแนวทางที่จัดทำขึ้น

วิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์คือ ‘วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร เป็นส่วนตัวรักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค’ และพันธกิจคือ ส่งเสริม สนับสนุน และประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้สามารถรองรับกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี เมื่อประสบปัญหาได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ โดยการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน

โดยมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือ (1) ในปี 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปีลดลงเหลือไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน (2) ในปี 2569 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีลดลงเหลือไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ขับเคลื่อนด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบกิจการในการเลี้ยงดูสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ และเป็นมิตร

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้

ผ่านกลไกการบริหารจัดการในระดับชาติ คือ คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีคณะอนุกรรมการในกำกับ ได้แก่ (1) คณะอนุกรรมการพัฒนากฎหมาย กฎกระทรวง ระเบียบและแนวทางปฏิบัติ (2) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยให้มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ และแนวทางการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเน้นการเชื่อมประสานระหว่างกระทรวง หน่วยงาน และภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้องให้เกิดการบูรณาการร่วมกัน (3) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร โดยยุทธศาสตร์นี้เป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ด้วยหลักการ 2

ข้อ คือการมีส่วนร่วม และการเป็นเจ้าของร่วมกัน เพื่อให้วัยรุ่นไทยเติบโตอย่างมั่นคงเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศได้ในอนาคต

การขึ้นทะเบียนยายุติการตั้งครรภ์ พ.ศ.2557

จากสถิติพบว่าอัตราวัยรุ่นหญิงนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนหญิงปวช.ปี 2 ได้เคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นมาโดยลำดับ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำมาสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญที่สุดคือเราควรสอนให้วัยรุ่นรู้จักการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่ถ้าหากมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดขึ้น วัยรุ่นส่วนใหญ่มักเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์โดยการเข้าคลินิกทำแท้งเถื่อน การสอดอุปกรณ์ของแข็งหรือฉีดของเหลวเข้าทางช่องคลอด การเหน็บยาทางช่องคลอด หรือการบีบนวดบริเวณหน้าท้องซึ่งวิธีทั้งหมดที่กล่าวมานั้นเป็นวิธีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั่วโลก เนื่องจากผู้ที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการบริการที่ปลอดภัยและถูกกฎหมายได้

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมมือกับคณะแพทย์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ ภายใต้การสนับสนุนจาก Concept Foundation และองค์การอนามัยโลก ได้ทำการศึกษาวิจัยระบบการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา หลังจากนั้นได้ผลักดันยาให้ขึ้นทะเบียนในปี 2557 และบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติในปี 2558 เพื่อใช้ในบริการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายและข้อบังคับแพทยสภา

ยายุติการตั้งครรภ์ เป็นยารวมเม็ดที่มีชื่อว่าเมดาบอน ซึ่งสามารถใช้ในอายุครรภ์ที่ไม่เกิน 24 สัปดาห์ สำหรับประเทศไทยสูตรยาดังกล่าวก็ได้ขึ้นทะเบียนยาสูตร MeFi-Miso เมื่อเดือนธันวาคม 2557 และล่าสุดเดือนมิถุนายน 2559 ที่ผ่านมา MeFi-Miso ได้ขึ้นบัญชียาหลัก (1) ซึ่งหมายความว่าคนทั่วไปสามารถเข้าถึงยาไมเฟพริสโตน (mifepristone) ไมโซพรอสทอล (misoprostol) และเมดาบอนได้ แต่ต้องอยู่ในโครงการพิเศษของกระทรวง กรมหรือหน่วยงานรัฐที่มีการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ ปัจจุบันมีเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวมถึงคลินิกจำนวน 85 แห่งทั่วประเทศไทย ที่หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงได้ ซึ่งยายุติการตั้งครรภ์ไม่มีการจัดจำหน่ายตามร้านขายยาทั่วไป หรือสถานบริการที่ไม่ได้เข้าร่วมบริการ (ILaw, 2559)

จากข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาของกรมอนามัย พบว่าปี 2558-2559 มีผู้ใช้ยาเมดาบอนจำนวน 2,858 คน เป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 632 คน ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนแม่วัยรุ่นที่มีถึง 90,000 คนต่อปี อย่างไรก็ตามยังมีอีกช่องทางหนึ่งที่ให้บริการยายุติการตั้งครรภ์ คือการขอใช้ยาผ่านเว็บไซต์ Women on Web ซึ่งผู้ขอรับบริการจำเป็นต้องกรอกข้อมูลส่วนตัว เหตุผลการขอใช้ยาพร้อมทั้งการทำแบบทดสอบสุขภาพจิต โดยการขอรับยาลักษณะดังกล่าวไม่ได้มีการรองรับตามกฎหมายของประเทศไทย ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้เช่นเดียวกัน

แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี ปี 2557

ในปี 2557 ได้มีความก้าวหน้าทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กล่าวคือมีการแก้ไขแนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี 2557 ออกเป็นประกาศแพทยสภา อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 โดยประกาศดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายในการลดข้อจำกัดในการขอเข้าตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและตรวจการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งแต่เดิมมีความจำเป็นที่จะต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครองก่อนจึงจะสามารถเข้ารับการตรวจได้ ข้อกำหนดดังกล่าวเป็นข้อจำกัดที่สำคัญที่ทำให้วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ได้ นอกจากนี้ประกาศดังกล่าวยังมีการระบุให้แพทย์ผู้ตรวจจะต้องมีการรักษาความลับของวัยรุ่นอย่างเคร่งครัด กล่าวคือแพทย์จะไม่

สามารถบอกผลการตรวจต่อผู้ปกครองของวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปีได้ เว้นแต่แพทย์ผู้นั้นพิจารณาแล้วพบว่าการบอกผลการตรวจดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อวัยรุ่นผู้รับการตรวจมากกว่า (แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557, 2557)

บริการฝังยาคุมกำเนิดฟรี สำหรับเด็กอายุ 10-20 ปี

ยาฝังคุมกำเนิด เป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว โดยตัวยาจะบรรจุไว้ในหลอดหรือแท่งพลาสติกขนาดเท่าไม้จิ้มฟัน ฝังเข้าไปในบริเวณใต้ผิวหนังท้องแขน จากนั้นตัวยาจะกระจายเข้าสู่ร่างกายไปยับยั้งการเจริญเติบโตของไข่ ทำให้ไม่มีการตกไข่ ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้ มีทั้งแบบชนิด 3 ปี และ 5 ปี โดยขอรับบริการได้ที่สถานบริการหรือโรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งวิธีนี้กำลังได้รับความนิยมในวัยรุ่น เพราะปกติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฝังประมาณ 2,500 บาท แต่สำหรับวัยรุ่นอายุไม่ถึง 20 ปี สามารถขอรับบริการได้ฟรี ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่กำหนดให้โรงพยาบาลหรือสถานบริการต้องช่วยเหลือให้คำปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ ทั้งการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว สำหรับวัยรุ่นอายุ 10-20 ปี สำหรับวัยรุ่นที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อน

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ความก้าวหน้าทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอีกประการหนึ่งในช่วงเวลานี้คือ การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การตราพระราชบัญญัติดังกล่าว มีที่มาจากการที่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความซับซ้อนมากและมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการร่วมกันแก้ปัญหา (พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙, 2559) อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหาในช่วงเวลาก่อนหน้านี้ของหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ เป็นไปในลักษณะแยกส่วน ทำให้เกิดการทำงานทับซ้อนและไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นพระราชบัญญัตินี้ จึงเนื้อหาสาระสำคัญในการกำหนดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานหลักภายใต้พระราชบัญญัตินี้ประกอบด้วย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีของแต่ละกระทรวงมีอำนาจหน้าที่ในการออกกฎกระทรวงและระเบียบ เพื่อปฏิบัติตาม พ.ร.บ. นี้ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดกลไกระดับชาติในการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ในรูปของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีหน้าที่หลักในการเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรี รวมถึงมีหน้าที่แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องและให้ความเห็นเกี่ยวกับการออกกฎกระทรวง คณะกรรมการดังกล่าวมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีกรรมการโดยตำแหน่ง 8 คน ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม และปลัดกรุงเทพมหานคร มีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีผู้แทนเด็กและเยาวชน 2 คน จากสภาเด็กและเยาวชน แบ่งเป็นชายและหญิง อย่างละ 1 คน และมีอธิบดีกรมอนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ (พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559, 2559)

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยังได้มีการกำหนดสิทธิของวัยรุ่นและมาตรการสำคัญ ในการส่งเสริมสิทธิของวัยรุ่นและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญคือ วัยรุ่นหรือผู้ที่มีอายุ 10 แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ มีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตัวเอง มีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ สวัสดิการสังคม และมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว และในด้านของมาตรการสำคัญในการส่งเสริมสิทธิดังกล่าวและการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 มาตรการสำคัญตามความรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วน ประกอบด้วย (1) สถานศึกษา ต้องดำเนินการจัดสอนเพศวิถีศึกษาที่เหมาะสมกับวัย คุ้มครองวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้สามารถศึกษาได้อย่างต่อเนื่องและต้องมีระบบส่งต่อไปยังบริการอนามัยเจริญพันธุ์อื่นๆ (2) สถานบริการสาธารณสุข ต้องดำเนินการให้ความรู้การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน และมีระบบส่งต่อไปสู่บริการสวัสดิการสังคมอื่นๆ (3) สถานประกอบกิจการ ต้องดำเนินการให้ข้อมูลและส่งเสริมการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์แก่ลูกจ้าง รวมถึงต้องมีบริการส่งต่อไปสู่สวัสดิการสังคมอื่นๆ (4) หน่วยงานสวัสดิการสังคม ต้องดำเนินการฝึกอาชีพแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์ และจัดหาครอบครัวทดแทนให้วัยรุ่นที่ไม่สามารถดูและบุตรได้เอง และ (5) ราชการส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการออกบัญญัติท้องถิ่นในการแก้ปัญหาตามแต่บริบทของแต่ละพื้นที่ (พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559, 2559)

<u>การแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ.2564</u>

สืบเนื่องจากการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา ฉบับที่ 28 ที่ประกาศเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564 (ราชกิจจานุเบกษา, 2563) ที่มีความเกี่ยวข้องกับความผิดที่เกิดจากการทำแท้ง ทั้งความผิดต่อหญิงที่ตั้งครรภ์ (ม.301) และความผิดต่อแพทย์ผู้ดำเนินการรักษา (ม.305) โดยการแก้ไขประมวกฎหมายอาญาทั้งสองมาตราดังกล่าวมีสาระที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. การทำแท้งในช่วงอายุครรภ์ที่ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ไม่มีความผิด หากเกิน 12 สัปดาห์ สามารถกระทำได้บน 3 เงื่อนไข และหากเกิน 20 สัปดาห์ สามารถกระทำได้บน 1 เงื่อนไขที่กำหนด
2. มีการปรับลดโทษของหญิงที่ทำแท้งในกรณีที่มีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ เหลือเพียงการต้องระวางจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม.301)
3. มีการปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้องกับโทษของแพทย์ผู้กระทำให้สอดคล้องกับการทำแท้งในช่วงที่อายุไม่เกิน 12 สัปดาห์ซึ่งไม่มีความผิด (ม.305(4))

การปรับปรุงกฎหมายอาญาทั้งสองมาตรานับเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญที่มีความเกี่ยวเนื่องกับการบรรเทาปัญหาที่สืบเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งรวมถึงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ถึงแม้การตั้งปรับปรุงกฎหมายฉบับนี้จะยังคงมีการกำหนดโทษไว้ในบางกรณีต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ยุติการตั้งครรภ์และแพทย์ผู้ดำเนินการ ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสิทธิของของทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์และเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพิจารณาต่อไปในอนาคต

<u>2. นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้อง</u>

<u>โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS)</u>

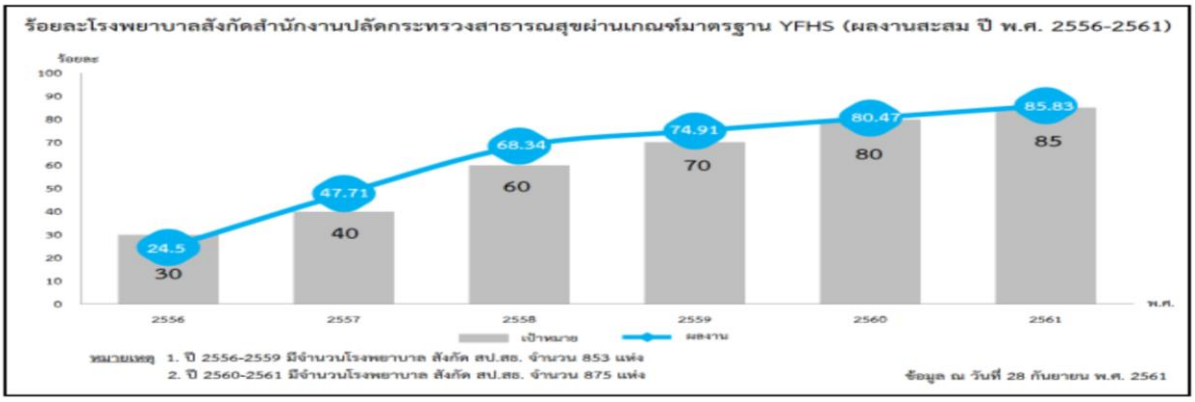
นโยบายภาครัฐเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีความโดดเด่นนโยบายหนึ่ง ในช่วงเวลานี้คือ โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) โดยโครงการดังกล่าวมีที่มาจากการที่วัยรุ่นประสบปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น วัยรุ่นขาดข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลของสถานบริการ สถานบริการอยู่

ห่างไกลไม่สะดวกต่อการรับบริการ ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ไม่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เป็นต้น ด้วยข้อจำกัดเหล่านี้เอง ส่งผลให้มีวัยรุ่นจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความรุนแรงมากขึ้น โครงการดังกล่าวจึงมีจุดมุ่งหมายที่จะลดข้อจำกัดเหล่านี้ลง ด้วยการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ให้มีคุณภาพและสามารถเข้าถึงได้ (กรมอนามัย, 2562a)

ผู้รับผิดชอบและผู้ขับเคลื่อนหลักของโครงการดังกล่าวคือกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐานของโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน สำหรับประเมินโรงพยาบาลและสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเป็นผู้ที่ตรวจเยี่ยมประเมินโรงพยาบาลและสถานพยาบาลภายใต้มาตรฐานโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของวัยรุ่นผู้มารับบริการด้วย นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีหน้าที่ในการจัดทำและเผยแพร่คู่มือการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ให้กับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการยกระดับสถานบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนมากขึ้น (กรมอนามัย, 2557)

ผลการดำเนินงานจากโครงการดังกล่าวนั้น ทำให้มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่มีมาตรฐานการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และมีแนวโน้มที่จะมีโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น โดยจากข้อมูลของกรมอนามัย (2561) ระบุว่าในปี 2556 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นเป็นร้อยละ 24.5 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด และยอดสะสมของโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2561 มีจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานร้อยละ 85.83 (กรมอนามัย, 2561)

รูปที่ 4.7 สัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ (ผลงานสะสม ปี 2556-2561)



ที่มา: กรมอนามัย 2561

โครงการสายด่วน 1663

โครงการสายด่วน 1663 เป็นโครงการสำคัญโครงการหนึ่งที่มีกลไกการทำงานร่วมกันกับโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) โดยโครงการดังกล่าวมีที่มาจากการที่วัยรุ่นตั้งครรภ์หรือเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ยังขาดช่องทางในการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะบริการข้อมูลและคำปรึกษาที่เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ ส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์เข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นจำนวนมาก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) โครงการ

ดังกล่าวจึงมีความสำคัญในฐานะช่องทางแรกที่ช่วยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญ พันธุ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม

กลไกการทำงานของสายด่วน 1663 นั้น เป็นลักษณะของการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน กล่าวคือ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างมูลนิธิแพธทูเฮลท์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หน้าที่หลักของสายด่วน 1663 คือการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมถึงมีการส่งต่อไปสู่บริการอนามัยเจริญพันธุ์ และบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ผ่านเครือข่ายแพทย์ R-SA (Referral System for Safe Abortion) หรือคลินิกและโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ ซึ่งมีความพร้อมในการให้บริการ บริการรับฝากครรภ์และดูแลครรภ์ ตลอดจนมีระบบการส่งต่อไปสู่สวัสดิการสังคมอื่นๆ เช่น สถานสงเคราะห์เด็ก บ้านพักพิงชั่วคราว เป็นต้น

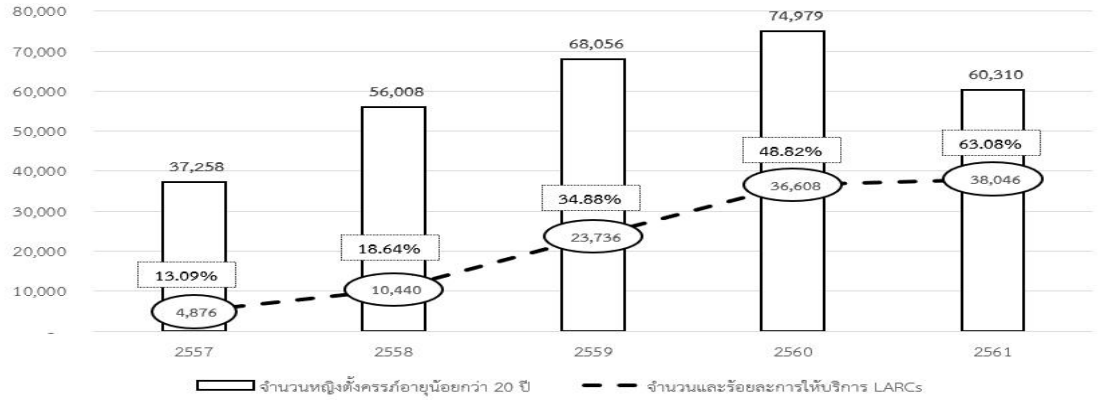
ผลการดำเนินงานของสายด่วน 1663 แสดงให้เห็นว่า โครงการดังกล่าวค่อนข้างประสบความสำเร็จในการเป็นช่องทางหนึ่งสำหรับวัยรุ่นในการเข้าถึงอนามัยเจริญพันธุ์ จากสถิติของ สสส. (2562) ระบุว่าในปี 2559 มีจำนวนวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 4,305 ราย ได้โทรศัพท์เข้ามาเพื่อขอคำปรึกษาปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อม และจำนวนวัยรุ่นที่โทรศัพท์เข้ามาขอคำปรึกษามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 5,828 ราย และสามารถส่งต่อบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยตามการตัดสินใจของวัยรุ่นได้จำนวน 832 ราย ในปี 2559 และเพิ่มขึ้นเป็น 1,329 ในปี 2560

<u>โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น</u>

โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เป็นโครงการที่มีจุดมุ่งเน้นในการลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น อันมีที่มาจากข้อค้นพบที่ว่า อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำก่อให้เกิดวงจรของปัญหา การดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำนี้จึงมีส่วนในการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยรวมด้วยเช่นเดียวกัน โครงการนี้ดำเนินการภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีกลไกการดำเนินงานหลักคือการสนับสนุนให้สถานบริการในเครือข่ายของ สปสช.ทั่วประเทศ ให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ประกอบด้วยห่วงอนามัย และยาฝังคุมกำเนิด แก่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยไม่มีการคิดค่าบริการ ซึ่งสถานบริการเบิกค่าใช้จ่ายการให้บริการดังกล่าว โดยในกรณีของห่วงอนามัยได้รับในในอัตรา 800 บาทต่อราย และยาฝังคุมกำเนิดในอัตรา 2,500 บาทต่อราย (กรมอนามัย, 2562b)

ข้อมูลผลการดำเนินงานของกรมอนามัย (2562b) แสดงถึงความสำเร็จของโครงการในด้านของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในปี 2557 มีวัยรุ่นหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เข้ารับบริการการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอดหรือหลังแท้งจำนวน 37,258 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปีทั้งหมด และสัดส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีวัยรุ่นมารับบริการคิดเป็นร้อยละ 63.1 ในปี 2561

รูปที่ 4.8 จำนวนและสัดส่วนการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี



ที่มา: กรมอนามัย, 2562b

ข้อมูลจากกรมอนามัยข้างต้นยังมีความสอดคล้องกับการวางแผนครอบครัวซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นและมีส่วนสำคัญในการช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเมื่อพิจารณาผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (MICS) ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ในข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดในปัจจุบันสำหรับผู้หญิงที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่กินกับผู้ชายสำหรับกลุ่มวัยรุ่นที่อายุระหว่าง 15-19 ปี พบว่า ในปี พ.ศ.2562 ผู้หญิงที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย ร้อยละ 75.6 กำลังคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ร้อยละ 71.5 สำหรับหญิงอายุ 15-17 ปี และร้อยละ 79.3 สำหรับหญิงอายุ 18-19 ปี) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต ซึ่งมีการคุมกำเนิดร้อยละ 69.2 ในปี พ.ศ.2558-59 และร้อยละ 66.4 ในปี พ.ศ.2548-49 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดยังเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุด มีการใช้ร้อยละ 42 ในปี พ.ศ.2562 รองลงมาคือการใช้ยาฝังคุมกำเนิด (ร้อยละ 14.1) และยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 13.3) สำหรับการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็นที่นิยมมากขึ้นเมื่อเทียบกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2558-59 โดยเป็นการเปลี่ยนรูปแบบจากการใช้ยาฉีดมาเป็นยาฝัง (**ตารางที่ 4.3**)

ตารางที่ 4.3 การคุมกำเนิดของหญิงอายุ 15-19 ปี ที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย

การคุมกำเนิด	พ.ศ.2548-49	พ.ศ.2558-59	พ.ศ.2562		
	15-19 ปี	15-19 ปี	15-17 ปี	18-19 ปี	15-19 ปี
ไม่ได้คุมกำเนิด	**33.6**	**30.8**	**28.5**	**20.7**	**24.4**
วิธีใดวิธีหนึ่ง	**66.4**	**69.2**	**71.5**	**79.3**	**75.6**
วิธีสมัยใหม่	64.4	68.2	69.7	78.0	74.1
หมันหญิง	1	0.5	0	1.6	0.8
หมันชาย	0	0	0	0	0
ห่วงอนามัย	0	0.4	0.3	0	0.1
ยาฉีดคุมกำเนิด	14.6	27.7	9.2	17.0	13.3
ยาฝังคุมกำเนิด	1.1	2.4	17.5	11.1	14.1
ยาเม็ดคุมกำเนิด	46.2	34.4	36.1	47.2	42.0
ถุงยางอนามัยชาย	1.4	2.8	5.5	1.1	3.2
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	na.	na.	0	0	0
อื่นๆ	na.	na.	1.0	0	0.5
วิธีดั้งเดิม	2.1	1	1.6	1.3	1.4
นับระยะปลอดภัย	0	0.4	0.6	0	0.3
หลั่งนอกช่องคลอด	0.2	0.5	0.9	0.1	0.5

อื่นๆ	1.8	0	0	1.2	0.6
ไม่ระบุ	na.	na.	0.3	0	0.2

ที่มา: รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (MICS) พ.ศ.2548-2549 พ.ศ.2558-2559 และ พ.ศ.2562

3. กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

เพศวิถีศึกษา

ในปัจจุบันเพศวิถีในสังคมไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของบริบททางสังคม เช่น ค่านิยมทางเพศที่เปิดเผย กล้าแสดงออกในเรื่องเพศมากกว่าอดีต การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เพศวิถีทางเลือกที่เปลี่ยนแปลงไปในความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น ในขณะที่เพศวิถีในเรื่องต่างๆ ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แต่เพศวิถีศึกษาของไทยยังคงอยู่ที่เดิมโดยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงให้เท่าทันกับสภาพสังคมได้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศขึ้นมามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งข่าวสั่นสะเทือนสังคมไทยในปี 2553 เรื่องเหตุการณ์การทำแท้งเถื่อนที่ได้พบซากทารก 2,002 ศพที่เกิดจากการทำแท้ง ทำให้สื่อและประชาชนได้เริ่มตระหนักเรื่องเพศวิถีศึกษามากยิ่งขึ้น เช่น

'ผู้ปกครองเห็นด้วยกว่า 90% สอนเพศศึกษาสกัดทำแท้ง'
(มติชนรายวัน, 26 พฤศจิกายน 2553,หน้า 10)

'สะกิด รร. 'เลิกอ้ำ อึ้ง' สอนเรื่องเพศ' (ไทยโพสต์, 27 พฤศจิกายน 2553, หน้า 8)

'ชี้พ่อแม่- ครูร่วมสอนเซ็กส์ปลอดภัย' (ข่าวสด, 7 ธันวาคม 2553, หน้า 26)

จากการพาดหัวข่าวตัวอย่าง เราจะเห็นได้ว่าเพศวิถีศึกษายังคงเป็นปัญหาอยู่มากในสังคมไทย เนื่องจากวิธีการสอนและหลักสูตรที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมและค่านิยมทางสังคม การมีอคติเกี่ยวกับเรื่องเพศของครูผู้สอน และไม่มีแบบแผนที่เฉพาะสำหรับหลักสูตรเพศวิถีศึกษา

เพศศึกษาได้เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2521 โดยบรรจุไว้ในหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการอย่างเป็นทางการครั้งแรกในหลักสูตรการศึกษา พ.ศ.2521 (องค์การยูนิเซฟ, 2559) แต่เพราะเรื่องเพศยังคงเป็นเรื่องต้องห้ามในโรงเรียน จึงได้เลี่ยงโดยการใช้คำอื่นแทน เช่น ธรรมชาติแห่งชีวิต ชีวิตและครอบครัวศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ทางกระทรวงศึกษาธิการได้มีการส่งเสริมและพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาอยู่อย่างต่อเนื่อง เช่น

- พ.ศ.2525 ได้สอดแทรกเพศศึกษาในหมวดวิชาต่างๆ หรือกิจกรรมแนะแนว และมีการอบรมครูผู้สอนเรื่องเพศศึกษา
- พ.ศ.2543 กรมอนามัยและกรมสุขภาพจิตโดยความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ จัดทำหลักสูตรเพศศึกษา แต่มีการนำไปใช้ในชื่อ 'ชีวิตและครอบครัวศึกษา' และมีการประกาศใช้หลักสูตรนี้อย่างเป็นทางการในปี 2545
- พ.ศ.2544 หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2544 ได้ถูกบรรจุเพศศึกษาไว้ในกลุ่มสาระวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา
- พ.ศ.2547 เพศวิถีศึกษาถูกบรรจุเป็นวิชาหนึ่งในหลักสูตรของสถานศึกษาอาชีวศึกษา (UNESCO, 2557)
- พ.ศ.2551 วิชาเพศศึกษาถูกบรรจุในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 (กระทรวงศึกษาธิการ, 2551)

การสอนเพศศึกษาในระดับโรงเรียนสายสามัญทั้งหมด ยังคงใช้วิธีการสอดแทรกเนื้อหาเข้ากับกลุ่มสาระอื่นๆ หรือจัดเป็นกิจกรรมพิเศษแยกออกมา ไม่มีวิชาที่ถูกเรียกว่าเพศศึกษาให้นักเรียนโดยเฉพาะ กระบวนการเรียนการสอนที่กระทรวงศึกษาธิการจัดเองนั้น ถูกองค์การพัฒนาเอกชนวิพากษ์ว่า ไม่ได้สอนสาระของเพศศึกษาอย่างที่ควรจะเป็น แต่เน้นไปที่เรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยเจริญพันธุ์ และมักสอนเนื้อหาให้อยู่ภายใต้กรอบวัฒนธรรมไทยและศีลธรรมอันดีงาม ทำให้การเรียนการสอนมีแต่เนื้อหาที่มุ่ง 'สั่งสอน' และ 'ห้ามปราม' เนื่องจากเชื่อว่าการสอนเพศศึกษาตรงไปตรงมา คือ 'การชี้โพรงให้กระรอก' หรือ 'การสอนให้มีเพศสัมพันธ์' (องค์การแพธ, 2550:9) ทำให้นักเรียนไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศเท่าที่ควร ทำให้มีประเด็นถกเถียงกันมากในเรื่องเนื้อหาหลักสูตรเพศศึกษาและวิธีการสอนของครู ต่อมาในปี พ.ศ.2559 กระทรวงศึกษาธิการได้ใช้คำว่า 'เพศวิถีศึกษา' แทนคำว่าเพศศึกษาเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ที่ใช้คำว่าเพศวิถีศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการได้ให้ความหมายของเพศวิถีศึกษา (Sexuality Education) ว่า *"กระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศที่ครอบคลุมพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ การทำงานของสรีระ และการดูแลสุขอนามัย ทัศนคติ ค่านิยม สัมพันธภาพ พฤติกรรมทางเพศ มิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อวิถีชีวิตทางเพศ เป็นกระบวนการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ความคิด ทัศนคติ อารมณ์ และทักษะที่จำเป็นสำหรับบุคคล ที่ช่วยให้สามารถเลือกดำเนินชีวิตทางเพศอย่างเป็นสุขและปลอดภัย สามารถพัฒนาและดำรงความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความรับผิดชอบและสมดุล"* (ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียน, 2558a, หน้า 2) โดยเนื้อหาของเพศวิถีศึกษาต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ขณะเดียวกันก็ต้องครอบคลุมหัวข้อหลักๆ ให้ครบ เพื่อให้เพศวิถีศึกษามีคุณภาพและได้มาตรฐานสากลของเพศวิถีศึกษารอบด้าน (Comprehensive Sexuality Education)

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้การสอนเพศวิถีศึกษาครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการของมนุษย์ สัมพันธภาพ ทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาพทางเพศ และสังคมและวัฒนธรรม โดยเพศวิถีศึกษาจะเน้นการสอนแบบรอบด้านมากยิ่งขึ้น ผ่านการมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมชาติ จัดการสอนทักษะชีวิตให้เหมาะสมกับช่วงวัย และการให้ข้อเท็จจริงตรงไปตรงมาเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยไม่ได้สอนเพียงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ค่านิยมที่ดีงามของสังคมไทยเกี่ยวกับการรักนวลสงวนตัวอย่างการสอนเพศศึกษาในอดีต นอกจากนี้ยังพัฒนาครูผู้สอนให้มีความรู้ความสามารถ มีทัศนคติที่ดี มีทักษะการสอนที่เหมาะสม และสามารถให้คำปรึกษาแนะนำแก่นักเรียนได้ อีกทั้งครูผู้สอนยังสามารถดูหลักสูตรการสอนเพศวิถีศึกษาพร้อมทั้งการเตรียมการสอนผ่านทาง E-learning ได้ ซึ่งเป็นความร่วมมือของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมูลนิธิแพธทูเฮลท์

4.3 ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ภายใต้กระบวนการศึกษามีการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องและประสบการณ์ในด้านการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมาจากทั้งในส่วนของหน่วยงานรัฐที่มีบทบาทในการกำหนดและดำเนินนโยบาย องค์กรอิสระ มูลนิธิที่รณรงค์กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้แทนที่มาจากภาคการศึกษาเป็นจำนวนทั้งสิ้น 5 ท่าน โดยสามารถสรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้

ความคิดเห็นต่อสถานการณ์ในภาพรวม

มุมมองต่อสถานการณ์ภาพรวมต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือความสมบูรณ์ของข้อมูลเนื่องจากปัจจุบันข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นต่อกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวไม่ได้สะท้อนถึงอัตราการการตั้งครรภ์ และอัตราการยุติการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในจริงในวัยรุ่น ในส่วนการยุติการตั้งครรภ์ ข้อมูลที่ทางการมีเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากบางส่วนเข้ารับบริการในสถานบริการเอกชน หรือซื้อยายุติการตั้งครรภ์ในระบบออนไลน์ ซึ่งจะไม่ได้ถูกนับรวมอยู่ในระบบของทางการ ดังนั้นข้อมูลที่มีอยู่จึงยังไม่ครบถ้วน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเชิงรุก ทั้งการให้ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา การสอนทักษะชีวิต และการบริการในพื้นที่ที่ช่วยในเรื่องการวางแผนการคุมกำเนิด โดยเน้นให้เกิด User Friendly Health Service กับกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน ซึ่งรวมไปถึงบริการคุมกำเนิดซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของวัยรุ่น น่าจะมีส่วนให้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงได้ ซึ่งบริการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว ทางกรมอนามัยมีความคิดเห็นว่ายังมีศักยภาพที่จะดำเนินงานดังกล่าวให้ครอบคลุมได้มากขึ้นได้

ปัญหาเกี่ยวกับภาระหน้าที่และงบประมาณ หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับพื้นที่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายใต้การดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ซึ่งเป็นส่วนงานที่มีภาระงานจำนวนมากในแต่ละวัน ดังนั้นปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนหนึ่งจึงอยู่กับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหาอื่นในพื้นที่ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามแต่ละจังหวัด อย่างไรก็ตามการเพิ่มเติมแรงจูงใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่หัตถการในการคุมกำเนิดให้แก่วัยรุ่นหรือบุคคลอื่นภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจเป็นหนึ่งในวิธีการที่สร้างแรงจูงใจและทำให้การฝังยาคุมกำเนิดเป็นที่นิยม โดยส่วนหนึ่งมาจากการแนะนำของบุคลการทางการแพทย์ ทั้งนี้ปัจจุบันการฝังยาคุมกำเนิดสามารถทำได้ง่ายกว่าในอดีตมาก

ความคิดเห็นต่อนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการแบ่งกลุ่มเสี่ยง

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ ดังนี้ **“วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร เป็นส่วนตัว รักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค”** โดยขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์ 5 ข้อ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบกิจการในการเลี้ยงดูสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้

โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นบทบาทของกระทรวงศึกษา และยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นบทบาทของชุมชนและครอบครัว กระทรวงพม. กระทรวงมหาดไทย เน้นการป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ ยุทธศาสตร์ที่ 3 เมื่อตั้งครรภ์ เป็นบทบบาทของกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร (แม่ปลอดภัย ลูกสุขภาพดี) ยุทธศาสตร์ที่ 4 เป็นบทบาทกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ครอบคลุมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนคลอด ว่าต้องได้รับสวัสดิการอะไรบ้าง รวมถึงบริการกรณีไม่พร้อมเลี้ยง และยุทธศาสตร์ที่ 5 เป็นเรื่องของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งยุทธศาสตร์ทำไว้ดีแล้ว แต่ปัญหาคือการนำไปปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ พื้นที่ไหนผู้ว่าราชการจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีหน้าที่เป็นเลขานุการนุกรรมการฯ จังหวัด active ก็จะทำได้ดี

กรมอนามัยมีแนวคิดในการแบ่งกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการศึกษาผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับมาตรการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยแบ่งวัยรุ่นในแต่ละโรงเรียนออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ (1) กลุ่มดี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่ไม่มีความเสี่ยง วัยรุ่นกลุ่มนี้มาตรการที่เหมาะสมคือการให้ความรู้ในเรื่องเพศศึกษา เพศวิถี รวมทั้งทักษะการเอาตัวรอดในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดเพศสัมพันธ์อย่างไม่ได้ตั้งใจ (2) กลุ่มเสี่ยง เป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีแฟน วัยรุ่นกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ แนวทางหรือมาตรการจึงเน้นไปที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ (3) กลุ่มป่วย (กลุ่มที่เกิดการตั้งครรภ์) กลุ่มนี้เน้นในเรื่องของการติดตามการตั้งครรภ์ การดูแลครรภ์ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหา และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ความเห็นที่น่าสนใจคือ ส่วนมากเด็กในกลุ่มที่ 3 ที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นเด็กเรียนมากกว่ากลุ่มเด็กซ่ากำกั่นหรือเด็กเที่ยว อาจเป็นเพราะเด็กกลุ่มนี้ขาดทักษะในการเอาตัวรอดจากสถานการณ์ที่สุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม กระบวนการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายทั้งสามที่ได้ผลดีคือการให้เพื่อนในชั้นเรียนช่วยระบุเป็นแนวทางที่ดีที่สุด เนื่องจากเด็กที่อยู่ในโรงเรียนด้วยกันจะสามารถเห็นพฤติกรรมเสี่ยงได้ชัดเจนกว่าคุณครูและผู้ปกครอง แต่ตามการพัฒนาการของวัยรุ่นจะเชื่อฟังและปฏิบัติตามเพื่อน

การแบ่งกลุ่มทั้งสามกลุ่มข้างต้น กรมอนามัยใช้หลักเดียวกับหลักการทางการแพทย์ในการติดตามและจำแนกผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทั้งนี้การจำแนกวัยรุ่นอยู่ภายใต้องค์ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของวัยรุ่น (NEST) ซึ่งประกอบด้วย Nutrition (N), Exercise (E), Sleep, Safe Sex, Sex Education (S) และ Teeth (T)

Path2Health และ สสส. ให้ความเห็นในประเด็นกลุ่มเสี่ยง (เปราะบาง) พบว่า เนื่องจากเด็กในพื้นที่ต่างจังหวัด (ภายใต้โครงการนำร่อง 19 จังหวัด) ส่วนมากจะเป็นเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ประกอบกับสภาพแวดล้อมสังคม ที่ไม่มีพื้นที่ให้เด็กสามารถทำกิจกรรม โดยเด็กมักจะมีการรวมตัวที่หน้าร้านสะดวกซื้อในพื้นที่และอาจไปบ้านของเพื่อนคนใดคนหนึ่งในกลุ่มเพื่อเล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ในกรณีที่ผู้ปกครองไม่อยู่ที่บ้านในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งในกรณีที่มีการไปกันสองคนย่อมมีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้น ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงในมุมมองของ สสส. และ Path2Health สอดคล้องกับกรมอนามัยที่ระบุกลุ่มเด็กหน้าห้องหรือเด็กเรียนเป็นกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์สูง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเสี่ยงยังนำมาสู่เรื่องของความเครียดในเด็กจากการเก็บความลับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งอาจนำมาสู่โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจกลุ่มเสี่ยงและระบุถึงลักษณะร่วมอื่น ที่นอกเหนือจากข้างต้น ปัจจุบันยังไม่มีการวิเคราะห์ลักษณะร่วมที่ชัดเจนของกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากมีเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น การย้ายเขต การติดตามหลังการตั้งครรภ์ เป็นต้น

ในประเด็นเรื่องกลุ่มเสี่ยง กระทรวงศึกษาธิการมีความเห็นว่า นักเรียนที่ตั้งครรภ์ระหว่างเรียน มีลักษณะที่หลากหลาย ไม่สามารถระบุลักษณะเฉพาะได้ว่าเป็นเด็กเรียนเก่ง ฐานะจน หรือเลี้ยงเดี่ยว และไม่เห็นด้วยที่จะมีการระบุลักษณะเฉพาะเช่นนี้ แต่เป็นใครก็ได้ที่ “ขาดทักษะชีวิต ขาดความสามารถในการจัดการชีวิต” การขาดทักษะชีวิต ความนับถือตนเอง เช่น ไม่รักตัวเอง ไม่เห็นคุณค่าตัวเอง หรือผู้อื่น ขาดทักษะในการคิดเคราะห์สร้างสรรค์ รวมทั้งขาดทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด การใช้ทักษะปฏิเสธไม่เป็น ซึ่งกระทรวงศึกษาได้มีจัดทำคู่มือทักษะชีวิต และบรรจุเป็นหลักสูตรแกนกลางมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 ปัญหาคือโรงเรียนยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ หรือครูยังไม่สามารถสื่อสารเรื่องนี้กับเด็กได้ดีนัก

นโยบายที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานของ สสส. ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการป้องกัน โดยการขับเคลื่อนแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เน้นแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้โครงการนำร่อง 19 จังหวัด และนำผลที่ได้ไปใช้ในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ ปี 2560-2569 โดยทำงานร่วมกับเครือข่าย งานหลักๆ เป็นเรื่องการป้องกัน โดยการให้ความรู้ โดยร่วมกับ Path2Health ทำบทเรียนออนไลน์ (e-learning) จำนวน 8 บทเรียน

การดำเนินงานของ สสส. ยังครอบคลุมไปถึงการสนับสนุนงานของกรมสุขภาพจิต ที่ให้บริการสายด่วน 1323 โดยมีให้บริการทั้งสิ้น 10 คู่สาย ซึ่งให้บริการคำปรึกษา แนะนำเทคนิคและวิธีการในการคลายความเครียดให้กับผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามหากมีกลุ่มวัยรุ่นที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้บริการสายด่วน 1323 สามารถที่จะแนะนำไปยังสายด่วนหรือผู้ให้บริการที่เชี่ยวชาญได้ในลำดับต่อไป

ในเรื่องของการเข้าถึงสื่อ เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของวัยรุ่นในพื้นที่ ทั้งนี้โครงการของ สสส. มุ่งเน้นไปที่การเปิดพื้นที่ให้เด็กเป็นผู้ผลิตสื่อ โดยเฉพาะในพื้นที่ อปท. มีการแข่งขันทำสื่อ ซึ่งส่วนมากมีแนวทางการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและง่ายต่อการทำความเข้าใจ นอกจากนั้นมุมมองความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดระดับผู้รับชมสื่อยังคงมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามการควบคุมการเผยแพร่ภาพอาจต้องพิจาร ณาถึงเจตนาของการนำเสนอเนื่องจากในบางประเด็นหากไม่มีการนำเสนอที่ชัดเจน อาจนำไปสู่การเข้าใจที่ผิดได้

โครงการของ สสส. ยังครอบคลุมไปถึงเรื่องของการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ปกครอง เนื่องจากครอบครัวเป็นอีกปัจจัยสำคัญในเรื่องนี้ การเริ่มโครงการ “โอกาสทอง คุยเรื่องเพศ” จึงเป็นอีกกรณีศึกษาที่สร้างการรณรงค์ในเรื่องการคุยกันในครอบครัว วิธีการพูดคุยที่เหมาะสมทั้งในส่วนของเด็กและผู้ปกครอง ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มที่ดีในการปรับเปลี่ยนทัศนคติเรื่องเพศของสังคมไทย

เมื่อพิจารณาในภาพรวมจะพบว่าการดำเนินงานของ สสส. เน้นในเรื่องของการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชน รวมทั้งสร้างคุณภาพการให้บริการที่มากขึ้นต่อกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของ สสส. จะมีลักษณะการร่วมมือกับหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่ในการให้บริการอยู่แล้ว ซึ่งเป็นการปิดช่องว่าง ร่วมเสริมสร้างความเข้มแข็งและสร้างความต่อเนื่องของโครงการต่อไปในระยะยาว

ข้อเสนอแนะต่อนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันการดำเนินงานของกรมอนามัยสอดคล้องและเป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งนี้การดำเนินงานจะเน้นไปตามภารกิจที่หน่วยงานได้รับ เช่น การให้บริการ

คุมกำเนิดในรูปแบบต่างๆ โดยต้องพิจารณาให้ชัดเจนว่ากลุ่มไหนคือกลุ่มเสี่ยงและต้องได้รับการดูแลในรูปแบบที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ กรมอนามัยได้นำผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการมาเป็น KPI ของกรมฯ ซึ่งประเด็นนี้สำคัญเนื่องจากข้อคิดเห็นจากการใช้บริการ จะเป็นส่วนหนึ่งในการปรับการให้บริการให้เหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมายต่อไปในอนาคต

การพัฒนาฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ เป็นอีกหนึ่งโครงการที่ควรมีการพัฒนาโดยอาศัยฐานข้อมูลจากทั้งโรงเรียน กรมอนามัย รวมทั้งฐานข้อมูลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งสามารถที่จะใช้ประเมินความเสี่ยง คัดกรอง กลุ่มที่อาจจะมีการตั้งครรภ์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถติดตาม สังเกตพฤติกรรม และเสริมความรู้ให้กับกลุ่มดังกล่าว

ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องการตั้งครรภ์และบทบาทของผู้ชายเป็นอีกประเด็นที่ Path2Health และ สสส. เห็นว่าควรสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมให้กับวัยรุ่นผู้ชายด้วย เพราะปัจจุบัน หน่วยงานองค์กรจะเน้น ความสำคัญในการคุมกำเนิดที่ผู้หญิงเป็นสำคัญ แต่บทบาทของผู้ชายในเรื่องนี้ก็สำคัญไม่แพ้กัน ทั้งนี้ สสส. ร่วมกับ Path2Health กำลังพัฒนาหลักสูตรในการสร้างบทบาท นวัตกรรมของผู้ชาย อายุระหว่าง 20-35 ปี เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว และคาดว่าจะนำเอาองค์ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการส่งต่อสร้างทัศนคติที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมายต่อไป

มุมมองของเยาวชนในสังคมไทยเกี่ยวกับเรื่องเพศ

ในมุมมองของ สสส. วัยรุ่นมีความตื่นตัวในเรื่องเพศมากขึ้น กล้าพูดมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่วัยรุ่นรู้เป็นอีกประเด็นที่ต้องได้รับพิจารณา เนื่องจาก ข้อมูลบางอย่างกลุ่มวัยรุ่นยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สายด่วน 1663 จึงต้องเพิ่มการโฆษณาและให้ข้อมูลที่มากขึ้น นอกจากนั้นการใช้แกนนำเด็กเข้าไปพูดคุยรณรงค์เป็นอีกแนวทางที่ดี เพราะสามารถเข้าถึงและสื่อสารให้ความรู้ได้โดยง่าย และเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้นำเด็กหลังห้องมาเป็นตัวแทนในการทำกิจกรรมและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

มุมมองเด็กในเมืองและเด็กต่างจังหวัดยังมีความแตกต่างกันในหลายเรื่อง เช่น การเข้าถึงความรู้ที่เกี่ยวกับเพศตาม รวมทั้งการเข้าถึงอุปกรณ์ในการคุมกำเนิด เนื่องจากเด็กในเมืองสามารถที่จะซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิด (ถุงยางอนามัย) ได้ด้วยตนเองจากเงินที่พ่อแม่มอบให้รายวัน แต่เด็กต่างจังหวัดอาจต้องได้รับการแจกฟรี เนื่องจากราคาถุงยางอนามัยอาจสูงสำหรับกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตามการแจกถุงยาง ต้องสร้างค่านิยมการรับรู้เกี่ยวกับการใช้งานที่ถูกต้องและขนาดที่เหมาะสมควบคู่ไปด้วยกัน

4.4 ความคิดเห็นของแม่วัยรุ่นและกลุ่มเสี่ยง: ผลจากการสนทนากลุ่ม

นอกจากการศึกษามาตรการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากข้อมูลทุติยภูมิและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง (key informants) แล้ว การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) แม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ระหว่างเรียน จำนวน 7 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ (ภาคผนวก ข) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้และการเข้าถึงบริการต่างๆ ทั้งก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังการคลอดบุตร รวมทั้งความช่วยเหลือหรือบริการที่ต้องการได้รับเพิ่มเติม

ผลการศึกษาพบว่า แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับความรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับเพศวิถี และการป้องกันการตั้งครรภ์จากโรงเรียนตั้งแต่ระดับประถมศึกษา (ป.6) และได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่สาเหตุที่ตั้งครรภ์

เนื่องจากความผิดพลาดในการป้องกัน (ถุงยางรั่ว กินยาคุมฉุกเฉินไม่ทัน) และบางส่วนเป็นการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจจึงไม่ได้ป้องกัน ซึ่งในเรื่องของการป้องกันส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงที่เป็นฝ่ายป้องกันมากกว่าฝ่ายชาย

ในส่วนของมาตรการระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายแพทย์ R-SA (Referral System for Safe Abortion) เครือข่ายภายใต้โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service; YFHS) ที่ช่องทางประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการคำปรึกษา เช่น สายด่วนต่างๆ พบว่าแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่รู้จัก และไม่เคยได้ยิน มีเพียงรายเดียวที่เข้าถึงบริการสายด่วนและสะท้อนว่าได้รับการช่วยเหลือให้คำแนะนำที่ดีมากจนกระทั่งคลอดบุตร ประเด็นเรื่องการยุติการตั้งครรภ์มี 1 รายที่จะขอยุติการตั้งครรภ์ แต่ถูกปฏิเสธโดยให้เหตุผลว่าแม่ไม่ได้มีปัญหาด้านสุขภาพ

ในส่วนของโรงเรียนพบว่าเด็กที่แจ้งเรื่องการตั้งครรภ์ให้โรงเรียนทราบ ทางโรงเรียนได้พยายามให้เด็กได้เรียนต่อจนจบ (ม.3 หรือ ม.6) ในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละคน มีจำนวน 2 รายที่ผู้ปกครองให้เด็กลาออกจากโรงเรียนโดยไม่แจ้งให้โรงเรียนทราบเหตุผลของการลาออก

หลังจากคลอดแม่วัยรุ่นได้รับการอบรมวิธีการเลี้ยงลูก และแนะนำให้มีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรโดยการฝังยาคุม (3 ปี หรือ 5 ปี) มีเพียง 1 รายที่ใช้วิธีฉีดยาคุมทุกๆ 3 เดือน

เมื่อตั้งคำถาม โดยให้เปรียบเทียบกับเพื่อนๆ ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศคล้ายกันแต่ไม่มีตั้งครรภ์ว่าเพื่อนมีวิธีการป้องกันอย่างไร หรืออะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้เพื่อนไม่ตั้งครรภ์ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มตอบว่า แฟนของเพื่อนพาเพื่อนไปฝังยาคุม หรือบางคนก็ใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น

ในมุมมองของแม่วัยรุ่นคิดว่า การเป็นแม่วัยรุ่นทำให้เสียโอกาส ไม่มีอนาคตทั้งการเรียนและการทำงานหารายได้ในอนาคต บางคนต้องเลิกกับแฟนตั้งแต่รู้ว่าตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกในช่วงวัยรุ่นเป็นเรื่องที่เหนื่อยมาก ถ้าจะกลับไปเรียนต่อก็จะไม่มีคนดูแลลูกให้ นอกจากนี้ การมีลูกเร็วก็ทำให้คนในครอบครัวต้องลำบากมากขึ้น มีปัญหาด้านการเงิน รายได้ไม่เพียงพอ

มาตรการที่อยากให้มีเพื่อป้องกันและลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่คิดว่าได้ผล ได้แก่ รูปแบบในการสอนเพศวิถี ทักษะชีวิตเด็กวัยเรียนควรทั่วถึงมากขึ้น ออกมาตรการจากทางโรงเรียนเข้มงวดมากขึ้น เช่น ห้ามออกนอกโรงเรียน ห้ามไปไหนสองต่อสอง และให้พ่อแม่มีเวลากับลูกมากขึ้น มีโครงการฝังยาคุมในกลุ่มวัยรุ่นที่ทั่วถึงมากขึ้นกว่านี้

ส่วนมาตรการที่ต้องการให้ช่วยเหลือแม่วัยรุ่น ได้แก่ ช่วยเรื่องเงินอุดหนุนเด็กเล็ก และเพิ่มจาก 600 บาท เป็น 1,000–1,500 บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายลูกและใช้จ่ายในครอบครัว และอยากให้ช่วยเหลือในเรื่องการรักษาพยาบาลเด็กหลังคลอด เนื่องจากการใช้สิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ใช้เวลารอนานมาก ทำให้ต้องตัดสินใจไปรับการรักษาแบบจ่ายเองซึ่งค่าใช้จ่ายสำหรับทารกมีค่าใช้จ่ายสูงมาก และอยากให้มีสถานที่รับดูแลเด็กเล็กที่ได้สามารถไว้ใจได้ดูแลด้วยความปลอดภัย มีมาตรฐานที่ดี และโรงเรียนที่ค่าใช้จ่ายไม่แพง เพื่อให้พ่อแม่ได้ไปทำงานด้วยความสบายใจ นอกจากนี้ระหว่างการตั้งครรภ์จะมีภาวะความเครียดกันมาก อยากให้มีที่ระบาย รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำที่เข้าถึงได้ง่ายและมากกว่านี้

สิ่งที่อยากบอกบทเรียนให้กับรุ่นน้อง คือ *“มีแต่คนมาถามว่าเหนื่อยไหม หนูจะบอกว่าเหนื่อยมาก เวลาที่มีน้องๆ มาปรึกษาจะบอกว่าไม่มีใครมารับผิดชอบตัวเราได้ดีเท่าตัวเรา มีตัวอย่างให้ดู ดูกรูนี่เป็นตัวอย่างในความผิดพลาด มีแต่ความลำบากในการใช้ชีวิต” “ถ้าอยากจะรักสนุกต้องป้องกันด้วย ควรสนุกไปตามวัย ไม่งั้นก็จะลำบากทั้งตนเองและครอบครัว” “มันเป็นความสนุกไม่กี่ชั่วโมง ที่เหลือมันคือความรับผิดชอบทั้งชีวิต”*

4.5 สรุปมาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและแก้ปัญหาแม่วัยรุ่น

จากการพิจารณามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่นตลอดช่วงระยะเวลาสามทศวรรษ (ปี 2535–2561) ประกอบกับการให้ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้ขับเคลื่อนนโยบาย และสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของจำนวนอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นตลอดระยะเวลาดังกล่าวพบว่า การลดลงของอัตราการคลอดในวัยรุ่นตั้งแต่ปี 2555 (ในรูป 4.1) สอดคล้องกับความตื่นตัวที่เพิ่มขึ้นในเรื่องนี้อย่างมีนัยสำคัญ เช่น มีการจัดทำ**ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม (พ.ศ.2553 - พ.ศ.2557)** ซึ่งริเริ่มกรอบการดำเนินงานโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกอบกับการจัดทำ**ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1** ในช่วงปีเดียวกันโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่าย การจัดทำกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่สถานการณ์เกือบจะสูงที่สุดนับตั้งแต่ปี 2535

การดำเนินงานทั้งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในอีกหลายหน่วยงานได้ทำให้เกิดมาตรการที่สำคัญและคาดว่าเป็นสาเหตุให้อัตราการคลอดในช่วงทศวรรษที่สามมีจำนวนที่ลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ประกอบกับในช่วงทศวรรษที่สามกลไกการจัดทำยุทธศาสตร์และ พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีการเตรียมการมาตั้งแต่ พ.ศ.2554 ได้มีความเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่การประกาศใช้**พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559** ซึ่งเป็นก้าวที่สำคัญในการบูรณาการและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างครบวงจรและมีผลบังคับใช้ตามกฎหมายในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการดำเนินงานของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ สะท้อนความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วนซึ่งไม่ใช่หน้าที่หรือพันธกิจของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งในสังคม หากแต่ต้องมีความร่วมมือและประสานงานอย่างเป็นระบบ นับตั้งแต่ภายในสถานศึกษาจนถึงชุมชนโดยรอบตัวของเด็ก ผ่านกลไกการปกครองในระดับท้องถิ่น นอกจากนั้นแล้วการดำเนินงานที่เกิดขึ้นควบคู่กับการผลักดัน พ.ร.บ. ฉบับนี้ คือ**การจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ ปี 2560-2569** เพื่อเป็นเครื่องมือและแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีแนวคิดที่สำคัญคือการยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง (teenage centered) และมีพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของร่วมกันในการดำเนินการตามแนวทางที่จัดทำขึ้น

ผลจากการผลักดันและประกาศใช้ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับ พ.ร.บ. ยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานทำให้เกิดโครงการหรือมาตรการที่ทำหน้าที่ในการป้องกันและจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำนวนมาก ทั้งนี้จากการศึกษามาตรการในหัวข้อที่ 4.2 และการสัมภาษณ์เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบายและขับเคลื่อน (หัวข้อที่ 4.3) รวมทั้งการทบทวนบริบทที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า มาตรการที่สำคัญและน่าจะมีผลทำให้การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตรในแม่วัยรุ่นลดลงประกอบด้วย 6 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เป็นมาตรการที่สำคัญในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในลักษณะองค์รวม กล่าวคือการกำหนด พ.ร.บ. ฉบับนี้มีการบูรณาการหน่วยงานหลากหลายภาคส่วนเข้ามาร่วมมือในการผลักดันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่นที่มีความซับซ้อนและแง่มุมในหลากมิติ ซึ่งโดยปกติแล้วหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียวจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด การเกิด พ.ร.บ. ฉบับนี้ยังคงช่วยแก้ไขปัญหาความล้มเหลวในการประสานงาน (coordination failure) ซึ่งเกิดจากจากกำหนดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานภายใต้ พ.ร.บ. ยังมีการให้อำนาจแก่รัฐมนตรีทั้ง 5 กระทรวงที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกกฎกระทรวงเพื่อการบังคับใช้ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ พร้อมทั้งมีการกำหนดกลไกระดับชาติในการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรี รวมถึงมีหน้าที่แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องและให้ความเห็นเกี่ยวกับการออกกฎกระทรวง

นอกจากนั้น ภายใต้การดำเนินงานของ พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าว มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ มาตรการที่สำคัญของแต่ละหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การตั้งครรภ์รุ่น ดังต่อไปนี้

1) สถานศึกษา ต้องดำเนินการจัดสอนเพศวิถีศึกษาที่เหมาะสมกับวัย คุ้มครองวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้สามารถศึกษาได้อย่างต่อเนื่องและต้องมีระบบส่งต่อไปยังบริการอนามัยเจริญพันธุ์อื่นๆ
2) สถานบริการสาธารณสุข ต้องดำเนินการให้ความรู้การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มีการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน และมีระบบส่งต่อไปสู่บริการสวัสดิการสังคมอื่นๆ
3) สถานประกอบกิจการ ต้องดำเนินการให้ข้อมูลและส่งเสริมการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์แก่ลูกจ้าง รวมถึงต้องมีบริการส่งต่อไปสู่สวัสดิการสังคมอื่นๆ
4) หน่วยงานสวัสดิการสังคม ต้องดำเนินการฝึกอาชีพแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์ และจัดหาครอบครัวทดแทนให้วัยรุ่นที่ไม่สามารถดูแลบุตรได้เอง
5) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการออกบัญญัติท้องถิ่นในการแก้ปัญหาตามแต่บริบทของแต่ละพื้นที่

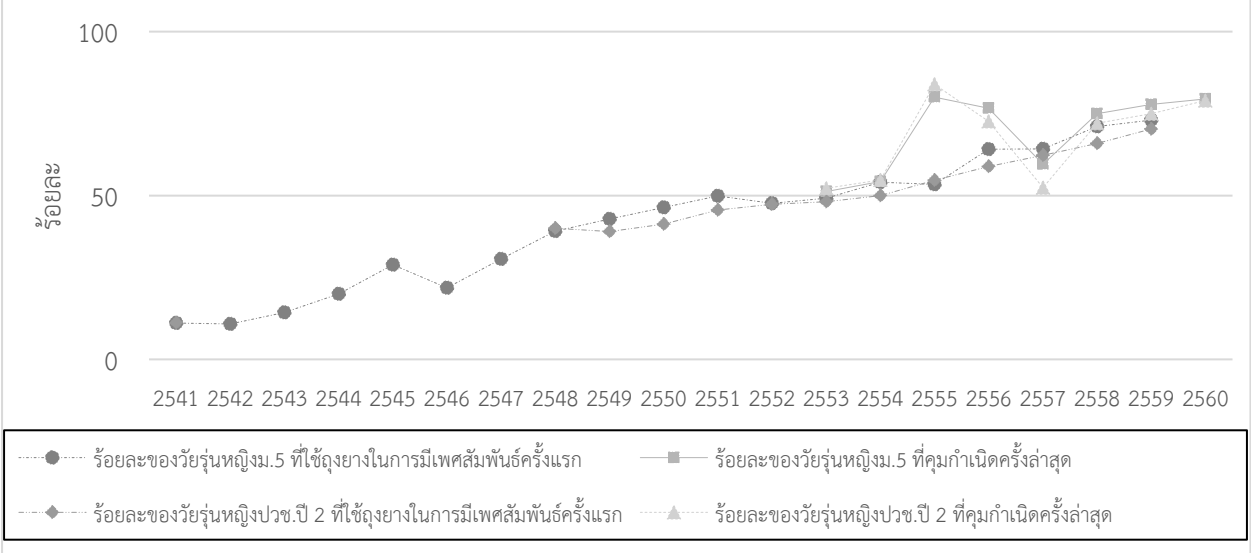
2. มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย โดยมาตรการกลุ่มนี้มีการดำเนินการมาตั้งแต่ในช่วง พ.ศ.2535 จากการรณรงค์โครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์ โดยในช่วงเวลานั้นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของโครงการคือกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศซึ่งยังไม่ใช่กลุ่มนักเรียน นักศึกษาโดยตรง การรณรงค์ในกลุ่มวัยรุ่นมีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้นนับตั้งแต่ปี 2545 ผ่านโครงการที่มีการทำกิจกรรมทั้งในภายในและภายนอกโรงเรียน อาทิ โครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ (Teenpath) โครงการเลิฟแคร์ “กล้ารัก กล้าเช็ค” หรือผ่านภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนทั้งในแง่องค์ความรู้ การสอนเพศศึกษา การให้คำปรึกษาต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนี้

ผลการผลักดันที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนทำให้สถิติการใช้ถุงยางครั้งแรกเป็นไปในทิศทางเพิ่มขึ้นและเป็นไปในทิศทางเดียวกับอัตราการคุมกำเนิดครั้งล่าสุดของนักเรียนชั้น ม.5 และ ปวช.ปี 2 ในระหว่างปี 2541-2559 (**รูปที่ 4.9**) ซึ่งจะเห็นได้ว่า อัตราการใช้ถุงยางในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและครั้งล่าสุดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในนักเรียนทั้งสองกลุ่ม โดยในข้อมูลปีล่าสุดเด็กประมาณร้อยละ 70 มีการใช้ถุงยางในการคุมกำเนิดทั้ง

ในครั้งแรกและครั้งล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์เป็นที่น่าสังเกตว่า ตั้งแต่ปี 2556 นักเรียนหญิงชั้น ม.5 มีอัตราการคุมกำเนิดสูงกว่านักเรียนหญิงชั้น ปวช.ปี 2

แม้จำนวนการใช้ถุงยางอนามัยที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมาจะมีผลดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ในข้อเท็จจริงทางการแพทย์พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยยังคงมีข้อจำกัดในแง่ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงเป็นเหตุให้แนวโน้มของการอัตราการคลอดในวัยรุ่นมีทิศทางที่แตกต่างจากแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีทิศทางเพิ่มสูงขึ้นแสดงว่าการใช้ถุงยางอนามัยอาจจะไม่ใช่ปัจจัยโดยตรงในการที่อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นลดลง

รูปที่ 4.9 สัดส่วนการใช้ถุงยางครั้งแรกเปรียบเทียบกับอัตราการคุมกำเนิดครั้งล่าสุดของนักเรียนชั้น ม.5 และ ปวช.ปี2 (ปี 2541–2560)



ที่มา: การสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย, 2562

3. การดำเนินงานของเครือข่ายให้คำปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น สืบเนื่องจากการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ทำให้เกิดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการรับเด็กที่ตั้งครรภ์เข้าสู่กระบวนการดูแลทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ อาทิ เครือข่ายแพทย์ R-SA (Referral System for Safe Abortion) เครือข่ายภายใต้โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service; YFHS) รวมทั้งโครงการที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิ PATH2Health เป็นต้น โดยโครงการและเครือข่ายข้างต้นมักจะมีการใช้สายด่วนในการเป็นช่องทางติดต่อประสานงานกับตัวกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการคำปรึกษา เช่น สายด่วน 1663 เป็นต้น

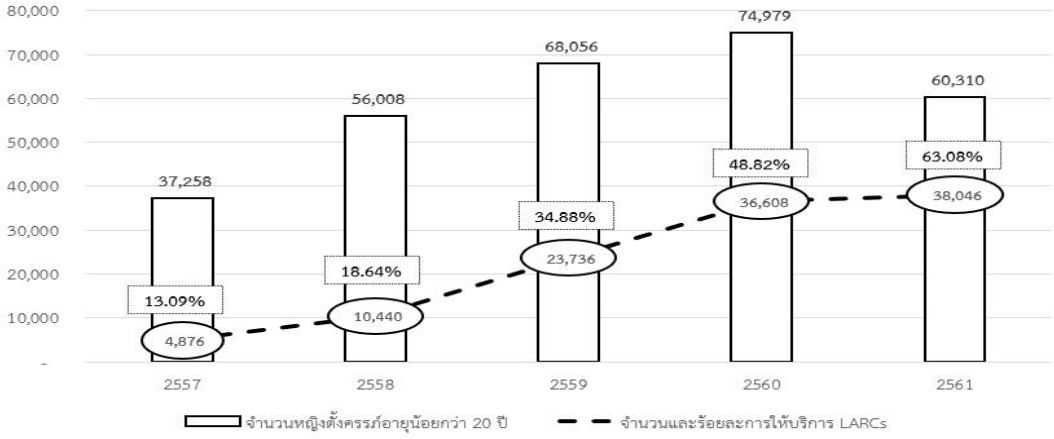
การดำเนินงานของเครือข่ายดังกล่าวได้รับการออกแบบจากปัญหาบางอย่างของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ขาดข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลของสถานบริการ สถานบริการอยู่ห่างไกลไม่สะดวกต่อการรับบริการ ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ไม่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เป็นต้น จึงเป็นผลให้โครงการดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายที่จะลดข้อจำกัดเหล่านี้ลง ด้วยการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ให้มีคุณภาพและสามารถเข้าถึงได้ โดยผลการดำเนินงานของโครงการในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ในกรณีของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS มี

จำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นทิศทางต่อการให้คำปรึกษาและดูแลกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบริการทางการแพทย์

4. โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เป็นโครงการที่มีจุดมุ่งเน้นในการลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น สืบเนื่องจากข้อค้นพบว่าอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำก่อให้เกิดวงจรของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานศึกษาในต่างประเทศที่ระบุว่าการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวแบบกึ่งถาวร (Long-acting reversible contraception; LARC) สามารถช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นได้ โครงการนี้ดำเนินการภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีกลไกการดำเนินงานหลักคือการสนับสนุนให้สถานบริการในเครือข่ายของ สปสช.ทั่วประเทศให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยไม่คิดมูลค่า

ข้อมูลผลการดำเนินที่ผ่านมาของโครงการแสดงถึงความสำเร็จของโครงการในด้านของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอย่างเด่นชัด ในปี 2557 มีวัยรุ่นหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เข้ารับบริการการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอดหรือหลังแท้งจำนวน 37,258 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปีทั้งหมด และสัดส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561 มีวัยรุ่นมารับบริการคุมกำเนิดมากถึงร้อยละ 63.1 (**รูปที่ 4.10**)

รูปที่ 4.10 จำนวนและสัดส่วนการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรต่อจำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี



ที่มา: กรมอนามัย, 2562b

5. การผลักดันการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (เมดาบอน) ภายใต้ความร่วมมือของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขคณะแพทย์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ และการสนับสนุนจาก Concept Foundation และองค์การอนามัยโลก ในการศึกษาวิจัยระบบการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา และการผลักดันยาให้ขึ้นทะเบียนในปี 2557 และบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติในปี 2558 เพื่อใช้ในบริการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายและข้อบังคับแพทยสภา ทั้งนี้การใช้ยาดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้การรับรองดูแลของแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์

อย่างไรก็ตามจากสถิติในช่วงปี 2558-2559 พบว่ามีผู้ใช้ยาเมดาบอนจำนวน 2,858 คน เป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพียง 632 คน ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนแม่วัยรุ่นที่มีถึง 90,000 คนต่อปี ทั้งนี้ในทางปฏิบัติพบว่าวัยรุ่นมีทางเลือกในการสั่งซื้อยาชนิดดังกล่าวจากต่างประเทศผ่านเว็บไซต์ เช่น Women on Web เป็นต้น แต่พบว่าการสั่งยาทางระบบออนไลน์อาจเกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นและความเสี่ยงที่จะได้รับยาปลอม ดังนั้นจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาเกี่ยวกับการใช้มาตรการดังกล่าวว่าเพราะเหตุใดสถิติการใช้ยาชนิดดังกล่าวถึงยังคงมีอยู่อย่างจำกัด

6. การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ เนื่องจากโรงเรียนเป็นสถานที่สำคัญที่วัยรุ่นใช้เวลาส่วนมากในแต่ละวันทำกิจกรรมและเรียนรู้ ดังนั้นการปรับปรุงข้อบังคับและหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาของการประกาศ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่ได้มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของกระทรวงศึกษาธิการที่ค่อนข้างชัดเจนและเป็นระบบ นับตั้งแต่การปรับปรุงหลักสูตรจากวิชา “ชีวิตและครอบครัวศึกษา” มาสู่ “วิชาเพศศึกษา” และ “เพศวิถีศึกษา” ซึ่งมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งในแง่ทักษะความรู้ทางวิชาการ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สุขภาพ และทักษะชีวิต (life skill)

ไม่เพียงแต่การปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ของสังคมเท่านั้น กระทรวงศึกษาธิการยังมีความพยายามในการปรับทัศนคติมุมมองเกี่ยวกับเรื่องเพศของครู อาจารย์ ผู้สอนในชั้นเรียนให้มีความเข้าใจในปัญหาและนำมาสู่การกำหนดแนวทางในการจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ของนักเรียนภายในโรงเรียน ซึ่งมีแนวทางการจัดการที่ชัดเจน เช่น การให้คำปรึกษา การให้เรียนจากที่บ้านในช่วงที่ใกล้ครบกำหนดคลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตามกระบวนการดังกล่าว ยังคงต้องมีการติดตามและประเมินผลในทางปฏิบัติต่อไป เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและมุมมองต่อปัญหาของแต่ละโรงเรียน

กลุ่มมาตรการข้างต้นทั้ง 6 กลุ่มซึ่งมีการดำเนินงานที่หลากหลายมิติและมีจุดเริ่มต้นการทำงานที่เป็นระบบ แบ่งหน้าที่การรับผิดชอบที่ชัดเจน ส่วนหนึ่งมาจากการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้อัตราการตั้งคลอดในวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้นอกเหนือจากมาตรการที่สำคัญข้างต้นแล้ว การดำเนินงานของหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอาทิ กระทรวงมหาดไทยภายใต้การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในเรื่องของการดูแลและคุ้มครองสิทธิสวัสดิภาพของวัยรุ่นตั้งแต่การตั้งครรภ์และภายหลังการคลอด เป็นอีกส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนและทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

บทที่ 5
บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 ต้นทุนทางเศรษฐกิจของปัญหาแม่วัยรุ่น

การประเมินต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในการศึกษานี้ เป็นการคำนวณ “ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น” วัดจากรายได้ที่ลดลงหรือสูญเสียไปเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ**วัดจากความแตกต่างของรายได้ตลอดชีวิต (ซึ่งคิดจากช่วงวัยทำงาน คือ อายุ 15-60 ปี) ระหว่างกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เทียบกับกลุ่มควบคุม คือหญิงที่มีอายุ มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้ตั้งครรภ์และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้** โดยใช้วิธี Propensity Score Matching (PSM) กับข้อมูล SES เพื่อหาปัจจัยร่วมของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (AP) และคำนวณความต่างของรายได้ตลอดชีวิต (Lifetime Income) ของกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (AP) เทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า **กลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีลักษณะพ้องอยู่ 2,811 บาทต่อคนต่อเดือน**

นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มรุ่นใหม่ คือหญิง อายุ 15-30 ปี ที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เพื่อให้เห็นภาพที่เป็นปัจจุบันชัดเจนขึ้น โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีการกลับเข้าเรียนเมื่อคลอดบุตรแล้ว (APS_R) และกลุ่มที่ออกจากโรงเรียนโดยถาวร (APS_D) รวมทั้งกลุ่มออกจากระบบการศึกษาก่อน**ตั้งครรภ์ (APO) เมื่อทดสอบด้วยแบบจำลอง PSM พบว่า กลุ่มที่ออกจากโรงเรียนโดยถาวรจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้มีการลดลงของรายได้ (4,582 บาทต่อคนต่อเดือน) สูงกว่ากลุ่มที่กลับเข้าเรียน (3,936 บาทต่อคนต่อเดือน)** ในขณะที่กลุ่มที่ออกจากระบบการศึกษาก่อนที่จะตั้งครรภ์ ความแตกต่างของรายได้เทียบกับกลุ่มที่ไม่ตั้งครรภ์จะไม่มากนัก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ตัดสินใจออกจากระบบการศึกษาอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่หากพิจารณาในกลุ่มที่ไม่มีลักษณะพ้องกับกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่ได้ตั้งครรภ์ ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่อาจจะจำเป็นต้องออกจากระบบการศึกษาด้วยปัจจัยอื่น เช่น ต้องออกมาช่วยหาเลี้ยงครอบครัว จะมีการลดลงทางรายได้ซึ่งคิดเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจมากที่สุด (6,073 บาทต่อคนต่อเดือน) ผลในส่วนนี้แสดงถึงนัยทางนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญกับการพยายามให้วัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษาและได้เรียนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ โดยเฉพาะกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรต้องได้กลับเข้าเรียนในระบบการศึกษาโดยไม่มีอุปสรรคในการกลับเข้าเรียนในโรงเรียนเดิมและได้เรียนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อให้สามารถทำงานและมีรายได้ที่เหมาะและสมควรกับความรู้ความสามารถ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการศึกษานอกระบบให้มีคุณภาพเพื่อรองรับผู้ที่ไม่พร้อมที่จะกลับเข้าเรียนในระบบ ให้สามารถพัฒนาความรู้และทักษะความสามารถให้เท่าเทียมกับผู้ที่เรียนในระบบ

เมื่อนำความแตกต่างของรายได้ของทั้งสามกลุ่มอายุมาคำนวณความต่างของรายได้ตลอดชีวิต โดยนำไปคูณกับจำนวนปีในการทำงาน และจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (incident) ในประเทศไทย และประชากรหญิงในกลุ่มช่วงอายุทั้งสามกลุ่ม

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่น = การลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิตของกลุ่มผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นผลมาจากการมีบุตรเร็ว อยู่ที่ประมาณ 8.3 แสนล้านบาท คิดเป็น 5.1% ของ GDP และ

เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมฉากทัศน์ในอนาคตที่รายได้มีแนวโน้มจะแตกต่างกันมากขึ้นในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในรุ่นถัดไปจะสูงขึ้นถึง 1.2 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็น 7.2% ต่อ GDP

5.2 มาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผลจากการผลักดันมาตรการตาม พ.ร.บ. ยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า มาตรการสำคัญที่คาดว่าได้ผลจะประกอบด้วย

1. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เป็นส่วนสำคัญของมาตรการทั้งหมดในช่วงหลัง พ.ศ.2556 ซึ่งการเกิดขึ้นของ พ.ร.บ. ฉบับนี้เป็นการแสดงถึงทิศทางการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในลักษณะขององค์รวม จากการสร้างการมีส่วนร่วมของกระทรวงทั้ง 5 กระทรวงได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย รวมทั้งการตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งการกำหนดบทบาทหน้าที่ในลักษณะของ พ.ร.บ. เป็นพื้นฐานสำคัญของการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

2. มาตรการส่งเสริมกับการใช้ถุงยางอนามัย มีการผลักดันที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และพบความสอดคล้องของสถิติการใช้ถุงยางครั้งแรกเปรียบเทียบกับอัตราการคุมกำเนิดครั้งล่าสุดของนักเรียนชั้น ม.5 และ ปวช.ปี 2 ในระหว่างปี 2541-2559 พบว่าข้อมูลปีล่าสุดมีเด็กประมาณร้อยละ 70 ใช้ถุงยางในการคุมกำเนิดทั้งในครั้งแรกและครั้งล่าสุดในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามแม้จำนวนการใช้ถุงยางอนามัยจะเพิ่มมากขึ้นซึ่งส่งผลดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ในข้อเท็จจริงทางการแพทย์พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยยังคงมีข้อจำกัดในแง่ของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การป้องกันโรคเริม หูดหงอนไก่ เป็นต้น จึงเป็นเหตุให้แนวโน้มของการอัตราการคลอดในวัยรุ่นมีทิศทางที่แตกต่างจากแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยอาจจะไม่ใช่ปัจจัยหลักในการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3. การดำเนินงานของเครือข่ายให้คำปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่ออกแบบจากปัญหาบางอย่างของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ขาดข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลของสถานบริการ สถานบริการอยู่ห่างไกลไม่สะดวกต่อการรับบริการ ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ไม่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เป็นต้น โครงการจึงมีจุดมุ่งหมายในการลดข้อจำกัดเหล่านี้ด้วยการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ให้มีคุณภาพและสามารถเข้าถึงได้ และมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4. โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โดยการฝังยาคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวแบบกึ่งถาวร (LARC) สามารถช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นได้ โครงการนี้ดำเนินการภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีกลไกการดำเนินงานหลักคือการสนับสนุนให้สถานบริการในเครือข่ายของ สปสช. ทั่วประเทศ ให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์หลังคลอดโดยไม่คิดมูลค่า ผลการดำเนินที่ผ่านมาแสดงถึงความสำเร็จของโครงการในด้านของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอย่างเด่นชัด

5. การผลักดันการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (เมดาบอน) ภายใต้ความร่วมมือของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทย์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ และการสนับสนุนจาก Concept Foundation และ

องค์การอนามัยโลก ในการศึกษาวิจัยระบบการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา และการผลักดันยาให้ขึ้นทะเบียนในปี พ.ศ.2557 และบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติในปี พ.ศ.2558 เพื่อใช้ในบริการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายและข้อบังคับแพทยสภา ทั้งนี้การใช้ยาดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้การรับรองดูแลของแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์

6. การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ เนื่องจากโรงเรียนเป็นสถานที่สำคัญที่วัยรุ่นใช้เวลาส่วนมากในแต่ละวันทำกิจกรรมและเรียนรู้ นอกจากมีการปรับปรุงหลักสูตรจากวิชา “ชีวิตและครอบครัวศึกษา” มาสู่ “วิชาเพศศึกษา” และ “เพศวิถีศึกษา” ซึ่งมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งในแง่ทักษะความรู้ทางวิชาการ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สุขภาพ และทักษะชีวิต (life skill) เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ของสังคมแล้ว กระทรวงศึกษาธิการยังได้ปรับทัศนคติมุมมองเกี่ยวกับเรื่องเพศของครู อาจารย์ ผู้สอนในชั้นเรียกให้มีความเข้าใจในปัญหาและนำมาสู่การกำหนดแนวทางในการจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ของนักเรียนภายในโรงเรียนมากขึ้น อย่างไรก็ตามกระบวนการดังกล่าว ยังคงต้องมีการติดตามและประเมินผลในทางปฏิบัติต่อไป เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและมุมมองต่อปัญหาของแต่ละโรงเรียน

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์และมาตรการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย โดยเฉพาะตั้งแต่ พ.ศ.2545 เป็นต้นมา ทำให้นำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายใน 2 ประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวเนื่องกับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาและชั้นรายได้ทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีนัยยะสำคัญต่อการเป็นแม่วัยรุ่น ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วัดจากรายได้ที่ลดลงหรือสูญเสียไปเนื่องจากการเป็นแม่วัยรุ่น และต้นทุนในส่วนนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อการเป็นแม่วัยรุ่นทำให้ไม่สามารถกลับเข้าในระบบการศึกษาและศึกษาได้จบในระดับที่ตั้งใจไว้ ผลในส่วนนี้แสดงถึงนัยยะทางนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญกับการพยายามให้วัยรุ่นอยู่ในระบบการศึกษาและได้เรียนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ โดยเฉพาะกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรต้องได้กลับเข้าเรียนในระบบการศึกษา โดยไม่มีอุปสรรคในการกลับเข้าเรียนในโรงเรียนเดิมและได้เรียนจบในระดับการศึกษาตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อให้สามารถทำงานและมีรายได้และศักยภาพที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ อย่างไรก็ดี มีแม่วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่ไม่พร้อมที่จะกลับเข้าเรียนในระบบและเลือกที่จะเข้าสู่การศึกษานอกระบบ การพัฒนาคุณภาพของการศึกษานอกระบบจึงเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่จะทำให้แม่วัยรุ่นสามารถเรียนต่อและได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะความสามารถที่เหมาะสมต่อการทำงานเพื่อโอกาสในการสร้างรายได้อย่างเท่าเทียมกับผู้ที่เรียนในระบบ

ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์วัยรุ่นจากการลดลงของรายได้ตลอดช่วงชีวิต ในศึกษานี้เป็นเพียงขั้นต้นทุนขั้นต่ำ ซึ่งยังไม่ได้รวมต้นทุนทางอ้อมอื่นๆ เช่น ต้นทุนด้านสุขภาพ ต้นทุนด้านสวัสดิการ เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม ต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มประชากรรุ่นใหม่ หรือกล่าวอักนัยหนึ่งคือ ต้นทุนค่าเสียโอกาสดังกล่าวจะสูงขึ้นมากในอนาคต เนื่องจากความแตกต่างของรายได้ที่มากขึ้นจากระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมากขึ้นระหว่างกลุ่มตั้งครรภในวัยรุ่นและไม่

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การลดจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงต้องเข้มข้นและต่อเนื่องที่จะช่วยลดต้นทุนและการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศลงได้

ดังนั้นการออกแบบนโยบายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยุติวงจรความยากจน สนับสนุนความเป็นอยู่ของประชากรกลุ่มเป้าหมายยังเป็นอีกทางเลือกที่สำคัญของผู้กำหนดนโยบาย เนื่องจาก**ฐานะทางเศรษฐกิจมีนัยสำคัญต่อการเป็นแม่วัยรุ่นและครอบครัวที่มีแม่วัยรุ่นส่วนมากจะมีแม่ที่เคยเป็นแม่วัยรุ่นเช่นเดียวกัน** โดยการสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายที่มีความยากจนสามารถทำได้ในหลายช่วงวัย หลายกลุ่มประชากร โดยสามารถมีจุดเริ่มต้นจากกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีโดยตรงผ่าน**นโยบายเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด** ซึ่งนโยบายดังกล่าวเป็นทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแม่วัยรุ่นในอนาคตและเป็นการบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากค่าเสียโอกาสของแม่วัยรุ่น

นอกจากการออกแบบนโยบายที่ให้ความสำคัญไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยตรงแล้วนั้น การออกนโยบายที่แก้ปัญหาสังคมในภาพรวมอย่างการแก้ปัญหาความยากจน ยังเป็นอีกมิติที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งนโยบายที่ใช้เพื่อการแก้ไขปัญหาความยากจนมีได้ในหลายรูปแบบผ่านการคุ้มครองทางสังคม (social protection) ซึ่งประกอบด้วย การจัดบริการทางสังคม (social services) การประกันสังคม (Social Insurance) การส่งเสริมหุ้นส่วนทางสังคม (social partnership support) รวมทั้งการออกมาตรการการช่วยเหลือทางสังคม (social assistance) ซึ่งมักจะมีการกำหนดเกณฑ์ผู้ที่จะได้รับการช่วยเหลือ (mean-testing) จากรัฐที่ชัดเจน ไม่เพียงเท่านั้นการออกนโยบายที่มีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางเศรษฐกิจยังเป็นอีกส่วนหนึ่งที่สามารถช่วยลดความยากจนในภาพรวมของสังคมได้เช่นเดียวกัน

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้ขับเคลื่อนมาตรการที่เกี่ยวข้อง

สืบเนื่องจากการดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปัจจุบัน มีความเกี่ยวเนื่องกับหลายภาคส่วนในสังคม ทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคประชาสังคม รวมทั้งภาคประชาชน ดังนั้นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจะให้ความสำคัญกับกลุ่มมาตรการที่มีความใกล้เคียงและสอดคล้องกับผลการศึกษาในบทที่แล้ว โดยมีทั้งสิ้น 7 ประการ ดังต่อไปนี้

ประการแรก ควรเพิ่มช่องทางในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับทักษะชีวิตและสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่นให้หลากหลาย โดยไม่จำกัดอยู่เพียงในห้องเรียนเท่านั้น ปัจจุบันการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน อาทิ สสส. ภาคีเครือข่าย ได้มีความพยายามในการจัดทำสื่อในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการหยิบยกประเด็นดังกล่าวสอดแทรกในสื่อออนไลน์ ภาพยนตร์ละครโทรทัศน์ รวมทั้งซีรีย์ที่เป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่น จะเป็นอีกช่องทางในการสื่อสารเรื่องเพศที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

ประการที่สอง ควรปรับปรุงกฎระเบียบ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถหรือต้องการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดโดยเฉพาะการฝังยาคุม การยุติการตั้งครรภ์หรือบริการอื่นที่เกี่ยวข้องแก่วัยรุ่นมากยิ่งขึ้น โดยอาจมีการเพิ่มค่าตอบแทนพิเศษต่อครั้ง แก้ไขกฎระเบียบให้คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนสามารถทำได้ รวมทั้งเพิ่มเติมการอบรมและอนุญาตให้พยาบาลสามารถที่จะทำหัตถการดังกล่าวได้ (ข้อเสนอแนะนี้มาจากการสัมภาษณ์แพทย์ที่เกี่ยวข้อง)

ประการที่สาม ควรเร่งฝึกทักษะชีวิตที่นอกเหนือจากองค์ความรู้วิชาการ หรือที่เรียกว่า life skill education เป็นอีกแง่มุมที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สามารถนำมาใช้เป็นแกนหลักในการออกแบบหลักสูตร แนวทางการอบรม รวมทั้งแนวทางการสอน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญสุดคือให้วัยรุ่นเกิดทักษะชีวิตที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้

ประการที่สี่ ควรมีนโยบายหรือมาตรการที่มุ่งไปที่บทบาทของผู้ชายด้วย จากการทบทวนมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่ามาตรการส่วนมากจะมีกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่นหญิงเป็นหลัก ทั้งในแง่การป้องกันและการแก้ไขหลังการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม บทบาทของวัยรุ่นชายในเรื่องนี้ก็เป็นอีกมิติที่สำคัญ เนื่องจากวัยรุ่นชายสามารถมีบทบาทในการลดปัญหาและป้องกันได้เช่นเดียวกัน ตั้งแต่การรู้จักและควบคุมอารมณ์ของตนเอง การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การเป็นที่ปรึกษาที่ดีต่อวัยรุ่นหญิงในการคุมกำเนิดในวิธีต่างๆ รวมทั้งในกรณีหลังการตั้งครรภ์ ที่วัยรุ่นชายสามารถเข้ามามีบทบาทและบรรเทาสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นการปลูกฝังและการออกแบบโครงการที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณาถึงบทบาทระหว่างวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิงด้วยเช่นเดียวกัน

ประการที่ห้า ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ทั้งในเชิงปฏิบัติและในเชิงกฎหมายเกี่ยวกับกระบวนการจ่ายยายุติการตั้งครรภ์ที่สามารถทำได้ในรูปแบบออนไลน์หรือระบบอื่นๆ ผ่านระบบการยืนยันตัวตนที่เป็นมิตรต่อการใช้บริการของกลุ่มเป้าหมาย

ประการที่หก ให้ความสำคัญกับมุมมองและประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายนโยบาย (user experience) เช่น กลุ่มวัยรุ่นได้ใช้ช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลและความช่วยเหลือ มีประสบการณ์และทักษะชีวิตอย่างไร และใช้แนวทางเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมายอื่นเช่น กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครอง กลุ่มครูอาจารย์และชุมชน วิธีการที่เน้นมุมมองและประสบการณ์กลุ่มเป้าหมายมีหลายวิธี ตัวอย่างเช่นการใช้ Design Thinking เป็นต้น การทำเช่นนี้จะทำให้สามารถออกแบบมาตรการที่สอดคล้องกับความต้องการ ความจำเป็นและข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

ประการที่เจ็ด ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เนื่องการดำเนินงานมีการประสานความร่วมมือหลายภาคส่วน และมีการจัดทำกฎระเบียบเพิ่มเติมในลักษณะของกฎกระทรวงในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาดังนั้นจึงควรดำเนินการทบทวนกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ พร้อมทั้งพิจารณาบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานหลังมีการดำเนินงานมาในระยะ 3 หรือ 5 ปี เพื่อให้การบังคับใช้กฎระเบียบยังคงมีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหา รวมทั้งพิจารณาการมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นนอกจากคณะกรรมการและหน่วยงานเดิมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหากมีความจำเป็น

ประการที่แปด ควรมีการบูรณาการระบบติดตามการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ให้ความสำคัญทั้งเป้าหมายสุดท้ายของการดำเนินงาน (อัตราการคลอดของวัยรุ่น) และเป้าหมายระหว่างการดำเนินงาน (outcome path) ที่สามารถสะท้อนผลการดำเนินงานและมาตรการ ทั้งนี้เพื่อให้มีข้อมูลในการประเมินผลการดำเนินงานและปรับปรุงยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป โดยตัวชี้วัดที่ควรมีการเก็บเพิ่มเติม เช่น

- สถิติจำนวนการใช้บริการสายด่วน 1323 สายด่วน 1300 และสายด่วน 1663
- สถิติจำนวนโรงพยาบาลในเครือข่ายและการใช้บริการจำแนกตามประเภทการรับบริการ
- สถิติจากการสำรวจการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่น
- สถิติจำนวนและสัดส่วนการให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรจำแนกตามประเภทกลุ่มเป้าหมาย

- ปริมาณการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (เมดาบอน) เป็นต้น

การทำตามข้อเสนอแนะข้างต้นน่าจะส่งผลให้สามารถแก้ปัญหาแม่วัยรุ่นได้ดียิ่งขึ้นกว่าความสำเร็จที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามและประเมินผลมาตรการต่าง ๆ เป็นระยะ โดยร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

เอกสารอ้างอิง

Aherrera, Celina., Davis, Linette, Gardinier, Sarah. Kim, Neung Lyuk, Paisancharoenwong, Pavares, Pongprajakkul, Cherry, Rondinone, Kevin, Tantisilapanon, Sakulrat (2015). *Preventing Thai Teen Pregnancy through Digital Media.* An Interactive Qualifying Project Report Submitted to the Faculty of Worcester Polytechnic Institute and Chulalongkorn University in cooperation with Thammasat University, School of Global Studies. From https://web.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-030615-003026/unrestricted/BKK15_GHealth_Report.pdf

AKimemia, K., & Mugambi, M. M. (2016). *Social Media and Teenage Pregnancy among Students In Secondary Schools In Imenti North Sub-County*, Meru County, Kenya. *International Journal of scientific research and management (IJSRM),* *4*(09). doi:10.18535/ijsrm/v4i9.18

Ananat, E. O., & Hungerman, D. M. (2012). *The Power of the Pill for the Next Generation: Oral Contraception's Effects on Fertility, Abortion, and Maternal & Child Characteristics*. *The review of economics and statistics*, *94*(1), 37–51. doi:10.1162/REST_a_00230.

Areemit, Rosawan, Thinkhamrop, Jadsada, Kosuwon, Pensri, Kiatchoosakun, Pakaphan, Sutra, Sumitr, and Thepsuthammarat, Kaewjai (2012). *Adolescent Pregnancy: Thailand's National Agenda.* J Med Assoc Thai Vol. 95 Suppl. 7 2012.

Baird, S. J., Chirwa, E., Mcintosh, C., Ozler, B. (2010). *The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women*. Health Economics, 19(Suppl.), 55-68. 10.1002/hec.1569.

Bialik, K., & Fry, R. (2020, May 14). *Millennial life: How young adulthood today compares with prior generations*. Retrieved from https://www.pewresearch.org/social-trends/2019/02/14/millennial-life-how-young-adulthood-today-compares-with-prior-generations-2/

Bosworth, Barry, Gary Burtless and Eugene Steuerle (1999). *Lifetime Earnings Patterns, The Distribution Of Future Social Security Benefits, And The Impact Of Pension Reform.* Working paper CRR WP 1999-06, Center for Retirement Research at Boston College, Brooking Institute.

Buckles, Kasey and Hungerman, Daniel M., *The Incidental Fertility Effects of School Condom Distribution Programs* (June 2016). NBER Working Paper No. w22322. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=2794728

Dearden, Lorraine, Emla Fitzsimons, Alissa Goodman and Greg Kaplan (2006*). Estimating Lifetime Earnings Distributions Using Copulas, researchgate*. From https://www.researchgate.net/publication/264872149_Estimating_Lifetime_Earnings_Distributions_Using

Durrace, C. D. (2012). *The effects of increased access to emergency contraception on sexually transmitted disease and abortion rates*. *Economic inquiry, 51*(3), 1651-1914. Doi: 10.1111/j.1465-7295.2012.00498.

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

Gale, W. G., Gelfond, H., Fichtner, J., & Harris, B. H. (2020). *The Wealth of Generations, With Special Attention to the Millennials.* Economic Studies at BROOKINGS. Retrieved from https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2020/05/Generations-Working-Paper-2.pdf

Girma, Sourafel & Paton, David, 2011. *The impact of emergency birth control on teen pregnancy and STIs*. Journal of Health Economics, Elsevier, vol. 30(2), pages 373-380, March.

Guest, P. (1995). *Declining of fertility in Thailand: determinants and consequences*. (K. Soonthornthada, Ed.) *The Turning Point of Population Policy in Thailand*, 17-95.

Guldi M. (2008). *Fertility effects of abortion and birth control pill access for minors*. *Demography*, *45*(4), 817–827. doi:10.1353/dem.0.0026.

Herrin, Alejandro N. (2016**).** *Education, Earnings and Health Effects of Teenage Pregnancy in the Philippines.* July 2016. From https://philippines.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Education%2C%20Earnings%20and%20Health%20Effects%20of%20Teenage%20Pregnancy%20in%20the%20Philippines.pdf

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

Katz, K.S., Rodan, M., Milligan, R. *et al*. Efficacy of a Randomized Cell Phone-Based Counseling Intervention in Postponing Subsequent Pregnancy Among Teen Mothers. *Matern Child Health J* **15,** 42–53 (2011). https://doi.org/10.1007/s10995-011-0860-3

Lindo, Jason M. and Packham, Analisa, *How Much Can Expanding Access to Long-Acting Reversible Contraceptives Reduce Teen Birth Rates? (June 2015).* NBER Working Paper No. w21275. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=2618663.

Markham, C. M., Tortolero, S. R., Peskin, M. F., Shegog, R., Thiel, M., Baumler, E. R., ... Robin, L. (2012). Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 50(3), 279–288. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.07.010.

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu A., Ehiri, J. E. (2016) Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD005215. doi: 10.1002/14651858.CD005215.pub3.

Percheski, C., & Kimbro, R. (2020, January 20). *How did the Great Recession affect fertility?* Retrieved from Institute for Research on Poverty: https://www.irp.wisc.edu/publications/focus/pdfs/foc302g.pdf

Raymond, E. G., Stewart, F., Weaver, M., Monteith, C., Van Der Pol, B. (2006). *Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial*. Obstetrics & Gynecology, 06, 1098-1106.

Sieving, R. E., McMorris, B. J., Beckman, K. J., Pettingell, S. L., Secor-Turner, M., Kugler, K., ... Bearinger, L. H. (2011). Prime Time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 49(2), 172–179. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.12.002.

Sonfield, A., Kost, K., Gold, R. B., & Finer, B. L. (2011, 43(2)). The Public Costs of Births Resulting from Unintended Pregnancies: National and State- Level Estimates. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*.

Sriyasak, Atcharawadee (2016). *Becoming a Thai Teenage Parent.* Mälardalen University Press Dissertations No. 209. School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalen University Sweden.

UNESCO. (2014). *Comprehensive sexuality education: The challenges and opportunities of scaling-up. Paris, France: Author.* Retrieved from http://unesdoc.unesco.org/

UNFPA and Nossal Institute for Global Health (undated). *Research Proposal For A Multi-Country Study On The Social Determinants And Economic Impact Of Adolescent Pregnancies.*

United Nations Population Fund (UNFPA) (2017). *The Economic Cost Of Pregnancy In Girls And Adolescents.* El Salvador 2017, First edition, September 2017. From https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EconomicCostPregnancy.UNFPAElSalvador2017%281sheets%29.pdf

Wilde, Elizabeth Ty, Batchelder, Lily and Ellwood, David T (2010). *The Mommy Track Divides: The Impact Of Childbearing On Wages Of Women Of Differing Skill Levels.* Working Paper 16582. From http://www.nber.org/papers/w16582 NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH 1050 Massachusetts Avenue Cambridge, MA 02138 December 2010.

World Bank. (2543). *การติดตามสถานการณ์ทางสังคมของประเทศไทย : การแก้ปัญหาเอดส์ของไทย "สานต่อความสำเร็จมุ่งสู่อนาคต.* กรุงเทพฯ: World Bank. เรียกใช้เมื่อ 20 January 2020 จาก http://documents.worldbank.org/curated/pt/271271468118138382/pdf/237830THAI02000nov01PUBLIC1.pdf

3C4TEEN. (2560). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569.* สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2562, จาก http://3c4teen.org/?p=13274

iLaw (2559). *ยุติการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ยาอย่างปลอดภัย : อีกทางเลือกหนึ่งสำหรับ 'ผู้หญิงท้องไม่พร้อม'.* สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2562, จาก https://ilaw.or.th/node/4297

กฤตยา อาชวนิจกุล. (2554). *ประชากรและสังคม 2554. ไทย.* สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2562, จาก http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-03.pdf

กรมอนามัย. (2561). รายงานประจำปี 2561 สานักอนามัยการเจริญพันธุ์. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=263

กรมอนามัย. (2562a). โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2562, จาก http://rhold.anamai.moph.go.th/all_file/yfhs/project_58.pdf

กรมอนามัย. (2562b). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569). สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2562, จาก http://www.rbpho.moph.go.th/download-doc.php?url=upload-file/doc/files/31012019-093313-7331.pptx&filename=31012019-093313-7331.pptx&title=อ.บุญฤทธิ์&no=1562

กลุ่มงานคณะกรรมาธิการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มชาติพันธุ์ และผู้มีความหลากหลายทางเพศ. (4 พฤศจิกายน 2563). *สรุปผลการประชุม.* เข้าถึงได้จาก สำนักกรรมาธิการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร: https://www.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/25_people/ewt_dl_link.php?nid=409&filename=index

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2554). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย.* (แกวิน โจนส์, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.

กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). *หลักสูตรแกนกลาง การศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551*. กรุงเทพ: ผู้เขียน.

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *Safe Abortion การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2562 จาก http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=safe_abortion

ข่าวสด. วันที่ 7 ธันวาคม 2553. (ชี้พ่อแม่-ครูร่วมสอนเซ็กส์ปลอดภัย)

เครือข่ายอาสา. (ม.ป.ป.). *การสอนเพศวิถีในประเทศไทย.* สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2562, จาก https://www.rsathai.org/wp-content/uploads/2018/11/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%96%E0%B8%B5%E0%B8%A8%E0%B8%B6%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2-17-%E0%B8%9E.%E0%B8%A2.61.pdf

ชัยยศ ยงค์เจริญชัย. (5 กุมภาพันธ์ 2564). *แก้ไขกฎหมายทำแท้ง ความเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในรอบ 60 ปีที่หลายฝ่ายยังมีข้อกังวล*. เข้าถึงได้จาก บีบีซีไทย: https://www.bbc.com/thai/thailand-55940721

ไทยโพสต์. วันที่ 27 พฤศจิกายน 2553. (สะกิด รร. ‘เลิกอ้ำ อึ้ง’ สอนเรื่องเพศ)

แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557. (2557). *ประกาศแพทยสภา*. การประชุมแพทยสภาครั้งที่ 9/2557 วันที่ 11 กันยายน 2557.

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙. (2559, 31 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม ๑๓๓ ตอนที่ ๓๐ ก หน้า 1.

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (19 สิงหาคม 2542). *116(74ก)*. ราชกิจจานุเบกษา. เรียกใช้เมื่อ 20 มกราคม 2563 จาก http://www.moe.go.th/moe/nipa/ed_law/p.r.g.edu1.pdf

มนสิการ กาญจนะจิตรา และ เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2562). *รายงานฉบับสมบูรณ์ แม่วัยรุ่น ในประเทศไทย การบูรณาการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายฐานข้อมูล ในระดับประเทศและระดับพื้นที่*. สืบค้นจาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-582.pdf

มติชนรายวัน. วันที่ 26 พฤศจิกายน 2553. (ผู้ปกครองเห็นด้วยกว่า 90% สอนเพศศึกษาสกัดทำ แท้ง)

ราชกิจจานุเบกษา. (5 กุมภาพันธ์ 2563). *พระราชบัญญัติ.* เข้าถึงได้จาก ราชกิจจานุเบกษา: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/010/T_0001.PDF

เลิฟแคร์ (ม.ป.ป.). *แนวทางการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่*ปลอดภัย. สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2562, จาก https://www.lovecarestation.com/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A0%E0%B9%8C/

วีระเดช คชเสนีย์. (2561). *กรมอนามัยผลักดันเครือข่าย (RSA: Referral System for Safe Abortion) ช่วยวัยรุ่น-หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเข้าถึงบริการ.* สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2562, จาก http://thainews.prd.go.th/th/website_th/news/print_news/WNSOC6103080010080

ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา ยมาภัย, ยศ ตีละวัฒนานนท์, ชลัญธร โยธาสมุทร, อภิญญา มัตเดช, ณัฐจรัส เองมหัสสกุล. (2556). *สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556.* นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอดวานส์ปริ้นติ้ง จำกัด. เข้าถึงได้จาก https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State%2 0 of%2 0 Thailand%2 0 Population%2 0 report%2 0 2 0 1 3 - MotherhoodinChildhood_th.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ.2549.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2561). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561*

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2561). *รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2561*

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). *สรุปผลการดำเนินงานโครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ.* สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2562, จาก http://resource.thaihealth.or.th/library/11608

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). *1663 สายด่วนปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม.* สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2562, จาก https://www.thaihealth.or.th/Content/14123-1663 สายด่วนปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม.html

แสงจันทร์ เมธาตระกูล. (2557). *ก้าวที่เปลี่ยนแปลงของสถานศึกษาต้นแบบ-บทเรียนการสอนเพศศึกษาจากโครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ.* สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2562, จาก http://3c4teen.org/ ?p=394

องค์การแพธ (PATH). (2550). *แนวทางการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษาสำหรับผู้บริหารสถานศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเออร์เจนท์แทค จำกัด.

องค์การยูนิเซฟ. (2559). *รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย.* สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2562, จาก https://www.unicef.org/thailand/media/1106/file/รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย.pdf

อนุพงศ์ ชิตวรากร และคณะ. (2558). *ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) พ.ศ. 2558 – 2562.* กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.

ภาคผนวก ก
ผลจากแบบจำลอง PSM

1) ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มหญิง อายุ 15-30 ปี เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน

```
Probit regression                                 Number of obs     =      6,894
                                                  LR chi2(6)        =     598.33
                                                  Prob > chi2       =     0.0000
Log likelihood =  -2654.416                       Pseudo R2         =     0.1013
```

ap	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
yearedu	-.0147238	.0062928	-2.34	0.019	-.0270575	-.0023902
sc1	.6847205	.0632331	10.83	0.000	.5607858	.8086552
sc3	.2695355	.0629463	4.28	0.000	.1461629	.392908
sc6	-.4831408	.0986359	-4.90	0.000	-.6764637	-.2898179
area1	-.2534605	.0411475	-6.16	0.000	-.3341081	-.172813
C04	-.0011847	.0001595	-7.43	0.000	-.0014973	-.0008721
_cons	-.3606959	.0576559	-6.26	0.000	-.4736995	-.2476923

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
A15	Unmatched	5491.92715	11277.9188	-5785.99164	273.348828	-21.17
	ATT	5491.92715	8302.69536	-2810.76821	907.977119	-3.10

Note: S.E. does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2: Treatment assignment	psmatch2: Common support On suppor	Total
Untreated	5,837	5,837
Treated	1,057	1,057
Total	6,894	6,894

2) ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มหญิง อายุ 31-45 ปี เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน

```
Probit regression                                 Number of obs     =     25,720
                                                  LR chi2(4)        =     643.67
                                                  Prob > chi2       =     0.0000
Log likelihood = -6765.7495                       Pseudo R2         =     0.0454
```

ap	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
yearedu	-.0365953	.0044076	-8.30	0.000	-.0452341	-.0279565
C04	-.0009349	.0001242	-7.53	0.000	-.0011784	-.0006914
sc4	.0474489	.0244042	1.94	0.052	-.0003825	.0952804
diffage	.0016989	.0002995	5.67	0.000	.0011118	.0022859
_cons	-.8408705	.0301909	-27.85	0.000	-.9000436	-.7816975

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
A15	Unmatched	6565.57362	10913.5742	-4348.00057	374.299384	-11.62
	ATT	6565.57362	8231.7337	-1666.16008	463.870134	-3.59

Note: S.E. does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2: Treatment assignment	psmatch2: Common support On suppor	Total
Untreated	23,696	23,696
Treated	2,024	2,024
Total	25,720	25,720

3) ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มหญิง อายุ 46-60 ปี เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน

```
Probit regression                                 Number of obs     =     14,393
                                                  LR chi2(5)        =     167.45
                                                  Prob > chi2       =     0.0000
Log likelihood = -2375.5422                       Pseudo R2         =     0.0340
```

ap	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
yearedu	-.0496508	.0083889	-5.92	0.000	-.0660927	-.0332088
C04	-.0005062	.0002369	-2.14	0.033	-.0009704	-.0000419
sc4	.182406	.0420007	4.34	0.000	.1000861	.2647259
diffasset	1.40e-08	3.91e-09	3.58	0.000	6.34e-09	2.17e-08
diffage	.001016	.0003664	2.77	0.006	.000298	.0017341
_cons	-1.411343	.0480907	-29.35	0.000	-1.505599	-1.317087

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
A15	Unmatched	7087.63837	10946.4296	-3858.79122	789.277682	-4.89
	ATT	7087.63837	8645.28353	-1557.64516	879.146022	-1.77

Note: S.E. does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2: Treatment assignment	psmatch2: Common support On suppor	Total
Untreated	13,804	13,804
Treated	589	589
Total	14,393	14,393

4) ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มหญิง อายุ 15-30 ปี ตั้งครรภ์ในระหว่างเรียน โดยออกจากโรงเรียนแล้วกลับเข้าเรียน APS_R (dropout and return to school) เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน

```
Probit regression                                 Number of obs     =      5,937
                                                  LR chi2(5)        =      33.83
                                                  Prob > chi2       =     0.0000
Log likelihood = -490.61652                       Pseudo R2         =     0.0333
```

aps_r	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
yearedu	.0531218	.0119136	4.46	0.000	.0297716	.0764721
sc1	.3858488	.1485767	2.60	0.009	.0946439	.6770537
sc3	.2054878	.1625217	1.26	0.206	-.113049	.5240245
sc6	-.3259363	.1461475	-2.23	0.026	-.61238	-.0394925
area1	-.1612242	.0901747	-1.79	0.074	-.3379633	.0155148
_cons	-2.644469	.1612664	-16.40	0.000	-2.960545	-2.328392

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
A15	Unmatched	7074.74	11277.9188	-4203.17879	836.891559	-5.02
	ATT	7074.74	11010.56	-3935.82	1558.33552	-2.53

Note: S.E. does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2: Treatment assignment	psmatch2: Common support On suppor	Total
Untreated	5,837	5,837
Treated	100	100
Total	5,937	5,937

5) ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มหญิง อายุ 15-30 ปี ตั้งครรภ์ในระหว่างเรียน โดยออกจากโรงเรียนถาวร APS_D (dropout permanently) เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน

```
Probit regression                                 Number of obs     =      5,979
                                                  LR chi2(5)        =      48.01
                                                  Prob > chi2       =     0.0000
Log likelihood =   -647.402                       Pseudo R2         =     0.0358
```

aps_p	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
sc1	.3428593	.1219263	2.81	0.005	.103888	.5818305
sc3	.0234669	.1290664	0.18	0.856	-.2294986	.2764324
sc6	-.4026647	.1738258	-2.32	0.021	-.743357	-.0619724
area1	-.2501027	.0767677	-3.26	0.001	-.4005647	-.0996408
C04	-.0005147	.0002115	-2.43	0.015	-.0009292	-.0001003
_cons	-1.627693	.0997196	-16.32	0.000	-1.82314	-1.432246

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
A15	Unmatched	6023.26761	11277.9188	-5254.65119	703.848428	-7.47
	ATT	6023.26761	10605.4718	-4582.20423	1894.92667	-2.42

Note: S.E. does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2: Treatment assignment	psmatch2: Common support On suppor	Total
Untreated	5,837	5,837
Treated	142	142
Total	5,979	5,979

6) ความแตกต่างของรายได้ในกลุ่มหญิง อายุ 15-30 ปี ตั้งครรภ์ในระหว่างเรียน ออกจากโรงเรียนแล้วจึงตั้งครรภ์ APO (outside school) เมื่อ control ลักษณะบุคคล และครัวเรือน

```
Probit regression                                 Number of obs     =      6,652
                                                  LR chi2(8)        =     720.75
                                                  Prob > chi2       =     0.0000
Log likelihood = -2113.6065                       Pseudo R2         =     0.1457
```

apo	Coef.	Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
yearedu	-.0486254	.0067251	-7.23	0.000	-.0618065	-.0354444
sc1	.5988222	.0689455	8.69	0.000	.4636915	.7339528
sc3	.2184954	.0673818	3.24	0.001	.0864294	.3505613
sc6	-.5813522	.1333938	-4.36	0.000	-.8427992	-.3199051
area1	-.2700209	.046504	-5.81	0.000	-.361167	-.1788748
C04	-.0009497	.0001659	-5.73	0.000	-.0012747	-.0006246
reg1	-.2101047	.0909304	-2.31	0.021	-.3883251	-.0318844
reg2	-.3842203	.0490392	-7.83	0.000	-.4803354	-.2881051
_cons	-.12801	.0679307	-1.88	0.060	-.2611517	.0051318

Variable	Sample	Treated	Controls	Difference	S.E.	T-stat
A15	Unmatched	5205.13988	11277.9188	-6072.77892	309.367345	-19.63
	ATT	5205.13988	6991.32025	-1786.18037	765.235893	-2.33

Note: S.E. does not take into account that the propensity score is estimated.

psmatch2: Treatment assignment	psmatch2: Common support On suppor	Total
Untreated	5,837	5,837
Treated	815	815
Total	6,652	6,652

ภาคผนวก ข
ลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมาย

ในกระบวนการศึกษานอกจากการให้ความสำคัญกับการทบทวนมาตรการจากข้อมูลทุติยภูมิและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง (key informants) ยังได้ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่มีประสบการณ์ตรงกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผ่านการจัดการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จำนวน 7 คน โดยทั้งหมดอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และการพูดคุยสนทนากลุ่มครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้และการเข้าถึงบริการต่างๆ ทั้งก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังการคลอดบุตร รวมทั้งความช่วยเหลือหรือบริการที่ต้องการได้รับเพิ่มเติม โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากรที่สำคัญดังต่อไปนี้

ตารางที่ ข.1 ตารางแสดงลักษณะทางประชากรของกลุ่มเป้าหมาย

ลำดับ	อายุเมื่อตั้งครรภ์	อายุเด็ก (ปัจจุบัน)	ระดับชั้นเมื่อตั้งครรภ์	สถานการณ์เรียนหลังจากตั้งครรภ์
คนที่ 1	14 ปี	3 ปี	ม.2	ลาออกจากโรงเรียน ย้ายมาอยู่กับแม่ (ครูรู้เรื่อง) และไปเรียนกศน.ต่อภายหลังจนจบ ม.3
คนที่ 2	18 ปี	2 ปี 11 เดือน	ม.6	เรียนต่อที่โรงเรียนจนจบ ม.6
คนที่ 3	18 ปี	2 ปี	ม.6	เรียนต่อที่โรงเรียนจบ ม.6 (ไม่มีใครรู้) ปัจจุบันกำลังเรียนปริญญาตรี
คนที่ 4	17 ปี	2 ปี	ม.3	เรียนต่อที่โรงเรียนจนจบ ม. 3
คนที่ 5	16 ปี	5 เดือน	ม.3	เรียนต่อที่โรงเรียนจนจบ ม. 3 ปัจจุบันเรียน ปวช.
คนที่ 6	16 ปี	8 เดือน	ม.4	ลาออกจากโรงเรียนและเรียนกศน.
คนที่ 7	15 ปี	10 เดือน	ม.2	แม่ไปลาออกจากโรงเรียน (โรงเรียนไม่รู้เรื่องท้อง) คิดว่าจะกลับไปเรียนหลังลูกครบ 1 ขวบ

ภาคผนวก ค
บทความสำหรับการเผยแพร่

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับที่สูง สะท้อนจากสถิติอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกันพันคน แม้ว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวจะมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2556 โดยลดจาก 53.4 ต่อพันคนในปี 2555 เหลือ 29.1 ต่อพันคนในปี 2563 แต่เมื่อเทียบกับตัวเลขที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดมาตรฐานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทยก็ยังอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง และมีความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อบูรณาการการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จนนำมาสู่การออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569

ทั้งนี้มีหลักฐานที่แสดงชัดเจนว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าการตั้งครรภ์ของหญิงที่เป็นผู้ใหญ่มากมายหลายด้าน เช่น ความเสี่ยงทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ต้นทุนทางเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ได้ในระดับบุคคล ระดับครัวเรือนและระดับชาติ ต้นทุนอาจอยู่ในรูปของการสูญเสียทางเศรษฐกิจในอนาคตจากการออกจากโรงเรียน หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของทารกแรกเกิด และอาจมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ เช่น การสูญเสียผลิตภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้มีความพยายามประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการออกจากโรงเรียน (school dropout) เนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยจำแนกกลุ่มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy: AP) และประเมินรายได้ตลอดชีวิตของแต่ละกลุ่มเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมคล้ายคลึงกัน แต่ไม่ตั้งครรภ์และเรียนต่อจนจบระดับการศึกษาตามที่วางแผนไว้ โดยวิธี Propensity Score Matching (PSM) พบว่าต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของการเป็นแม่วัยรุ่นอยู่ที่ 8.3 แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของ GDP

การวิเคราะห์มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการบรรเทาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายหลักและผู้สนับสนุนตามมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการจัดสนทนากลุ่มร่วมกับแม่วัยรุ่น พบว่ามาตรการที่เกิดขึ้นจากแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมนับตั้งแต่ปี 2553 มีส่วนสำคัญในการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยสามารถจำแนกเป็น 5 กลุ่มมาตรการ ได้แก่ มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย การดำเนินงานของเครือข่ายให้คำปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การผลักดันการใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (เมดาบอน) และการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ามาตรการในการเรื่องนี้ไม่สามารถพิจารณาหรือดำเนินการอย่างแยกส่วนกันได้ เนื่องจากแต่ละมาตรการข้างต้นมีกลุ่มเป้าหมายและการดำเนินการที่แตกต่างกัน

การศึกษายังพบช่องว่างในการปรับปรุงมาตรการที่จะช่วยให้การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ผลสัมฤทธิ์เพิ่มขึ้น เช่น การเพิ่มช่องทางในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับทักษะชีวิตและสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่นผ่านช่องทางที่หลากหลายไม่จำกัดอยู่เพียงในห้องเรียน รวมทั้งการเร่งฝึกทักษะชีวิตที่นอกเหนือจากองค์

ความรู้วิชาการ หรือที่เรียกว่า life skill education ให้กับวัยรุ่น การปรับปรุงกฎระเบียบเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีแรงจูงใจในการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด (ฝังยาคุม) มากยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ทั้งในเชิงปฏิบัติและในเชิงกฎหมายเกี่ยวกับกระบวนการจ่ายยายุติการตั้งครรภ์ที่สามารถทำได้ในรูปแบบออนไลน์หรือระบบอื่นๆ ผ่านระบบการยืนยันตัวตนที่เป็นมิตรต่อการใช้บริการของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งควรมีนโยบายหรือมาตรการที่มุ่งไปที่บทบาทของผู้ชายมากขึ้นด้วย