

6. “แม่วัยรุ่น” เรื่องใหญ่ที่ยังป้องกันและแก้ไขกันแบบเล็กๆ¹

โครงการการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

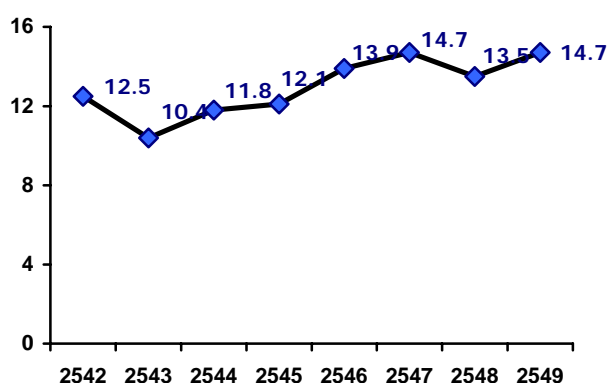
(คำโปรย) ตลอดทั้งปี 2552 หลายฝ่ายนำเสนอข้อมูลและสถิติเพื่อส่งสัญญาณเตือนสังคมถึงประเด็น “แม่วัยรุ่น” ในฐานะระเบิดเวลาลูกใหม่ของสังคมไทย รัฐบาลสนองตอบปัญหาอย่างรวดเร็ว แต่น่าเสียดายที่กลับกำหนดปฏิบัติการในพื้นที่ขนาดเล็กจนไม่สามารถที่จะก่อผลกระทบที่ดีต่อสภาพปัญหาในภาพรวม

ปี 2552 เป็นปีที่สัดส่วนแม่วัยรุ่นพุ่งสูงที่สุดในรอบสิบปี

ปี 2552 เป็นปีที่สถานการณ์การตั้งครรภ์ของผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้รับความสนใจมากเป็นพิเศษ โครงการติดตามสภาวะการตั้งครรภ์และเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch Project) ระบุว่าตั้งแต่ต้นปีว่า ปัญหาแม่วัยรุ่นเป็นปัญหาซึ่งสังคมพึงจับตามากที่สุดในรอบปี² หากพิจารณาเฉพาะจำนวนแม่ที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์จากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า จำนวนแม่วัยรุ่นที่ไปแจ้งเกิดบุตรตนเองมีจำนวนสูงสุดใน พ.ศ. 2550 คือ 108,496 คน และในปีถัดมามีจำนวนลดลงเหลือ 95,747 คน เพราะจำนวนการแจ้งเกิดรวมทั้งประเทศลดลง³

แต่ถ้าเจาะข้อมูลรายงานการเกิดมีชีพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2542 จนถึง 2549 ซ้ำว่า สัดส่วนของผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คลอดบุตรมีชีพนั้นมีแนวโน้มค่อยๆขยับสูงขึ้น จาก พ.ศ. 2542 ที่สัดส่วนแม่อายุน้อยกว่า 20 ปี ของการคลอดทั่วประเทศ อยู่ที่ร้อยละ 12.5 ไต่ขึ้นมาเป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2549 (ดูรูป)

รูปแสดงสัดส่วนของแม่อายุน้อยกว่า 20 ปีที่คลอดบุตร พ.ศ. 2542 – 2549



ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2550 (อ้างใน <http://anamai.moph.go.th/static.htm>)

¹ บทความนี้อยู่ในส่วนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทย ที่ถูกคัดเลือกเป็นอันดับ 6 ใน พ.ศ. 2553 ตีพิมพ์ใน *สุขภาพคนไทย 2553*. (เรียบเรียง โดย กฤตยา อาชวนิจกุล และณัฐยา บุญภักดี) หนังสือสุขภาพคนไทย เป็นหนังสือออกประจำปี จัดทำโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

² “สภาวะการเด็กไทยในรอบปี 2550-2551” มติชนรายวัน. 7 มกราคม 2552. หน้า 23.

³ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ <http://childpregnancy.m-society.go.th/origin1.php> (ประมวลผลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

ข้อมูลล่าสุดจากระบบรายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวชี้ว่าในปีงบประมาณ 2552 อัตรานี้พุ่งขึ้นไปถึงร้อยละ 17.2 กล่าวได้ว่าสถานการณ์แม่วัยรุ่นกำลังอยู่ในช่วง “ขาขึ้น” อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม สถิตินี้ นับว่าต่ำกว่าสถานการณ์จริง เพราะเป็นสัดส่วนของการท้องที่นำไปสู่การเกิดมีชีพเท่านั้น ไม่ได้รวมการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่จบลงด้วยการตายคลอด หรือการแท้งเอง หรือไปทำแท้ง หรือการคลอดเองแล้วทิ้งทารกหรือไม่ได้แจ้งการคลอดกับสถานพยาบาลและสำนักทะเบียนท้องถิ่น

นอกเหนือจากสถิติระดับประเทศแล้ว ข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ก็ขานรับไปในแนวทางเดียวกัน เมทินี พงษ์เวช ผู้อำนวยการสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ หรือบ้านพักฉุกเฉินให้ข้อมูลว่า ปัญหาแม่วัยรุ่นเป็นปัญหาที่หนักมากเมื่อเทียบกับ 6 ปีที่แล้ว เพราะมีอัตราส่วนสูงขึ้นทุกปี ในบ้านพักฉุกเฉินมีแม่วัยรุ่นมากถึงร้อยละ 30 ของผู้หญิงที่มาขอพัก โดยส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นไปจนถึงระดับมหาวิทยาลัย⁴

เช่นเดียวกับคลินิกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งพบว่าร้อยละ 20 ของผู้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่อายุระหว่าง 10-24 ปี และในจำนวนนี้เป็น การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมไม่ได้ตั้งใจมากถึงร้อยละ 80 และมีการทำแท้งอยู่ที่ร้อยละ 30⁵ สอดคล้องกับข้อมูลภาคสนามของแผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ที่จัดประชุมสัญจรเรื่องสุขภาพทางเพศไปใน 4 ภูมิภาคของประเทศในช่วงเดือนมกราคม 2553 มีตัวแทนผู้ปฏิบัติงานทั้งภาคราชการและองค์กรพัฒนาเอกชนจาก 53 จังหวัดมาเข้าร่วมประชุมก็ได้ข้อสรุปตรงกันในประเด็นสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นวัยเรียน ว่ากำลังเกิดขึ้นโดยทั่วไป และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจนกลายเป็นความวิตกร่วมกันของที่ประชุม⁶

ผลกระทบกว้างขวางตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับประเทศ

พาดหัวข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ตลอดปี 2552 บ่งบอกถึงผลกระทบที่ติดตามมาจากสถานการณ์แม่วัยรุ่น โดยเฉพาะเรื่องของการทอดทิ้งทารกและคุณภาพชีวิตของทั้งแม่และลูก “แม่ 18 เสพยากลั้งแทงลูก 7 เดือนดับ”⁷ คงเป็นข่าวที่สะเทือนใจคนจำนวนมาก และยิ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่รวบรวมจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบข้อเท็จจริงประการหนึ่งว่าแม่ที่อายุน้อยมีแนวโน้มใช้สารเสพติดมากกว่าแม่ที่อายุมากกว่า⁸ อาจเนื่องมาจากสภาพความกดดันหลายด้านที่ต้องแบกรับ นอกจากนี้ข่าวการทิ้งทารกไว้ในที่สาธารณะยังมีให้เห็นอยู่อย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งปี⁹ ภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี ของแม่วัยรุ่น เป็นอีกหนึ่งมิติที่สำคัญ ข้อมูลจากโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในปีงบประมาณ 2551 พบว่าจำนวนแม่วัยรุ่นอายุ 15-20 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20.8 โดยอัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ของแม่วัยรุ่นกลุ่มนี้อยู่ที่ร้อยละ 1.9 ซึ่งสูงถึง 2.5 เท่าของอัตราการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปทั้งประเทศ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 0.75¹⁰

⁴ “ท้องไร่เดียวสา 1 ปีให้ลมหายใจกว่า 7 หมื่นชีวิต” มติชนรายวัน. วันที่ 23 มกราคม 2552 หน้า 25.

⁵ “ท้องไร่เดียวสา 1 ปีให้ลมหายใจกว่า 7 หมื่นชีวิต” มติชนรายวัน. วันที่ 23 มกราคม 2552 หน้า 25.

⁶ รายงานผลการประชุมสัญจรเรื่องสุขภาพทางเพศ โดย มูลนิธิสร้างสุขเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง เดือนมีนาคม 2552.

⁷ “แม่ 18 เสพยากลั้งแทงลูก 7 เดือนดับ” คมชัดลึก. วันที่ 12 เมษายน 2552 หน้า 12

⁸ Adolescent Pregnancy. World Health Organization (WHO) เข้าดูข้อมูลที่ www.who.int/making_pregnancy_safer เมื่อ 26 มกราคม 2553

⁹ “แม่วัยรุ่นข่มเด็กทารกมาทิ้ง” เดลินิวส์. 23 เมษายน 2552 หน้า 15, “ปาฏิหาริย์แห่งชีวิต ทิ้งทารกในบิ๊ม ปตท.” คมชัดลึก. 6 พฤศจิกายน 2552 หน้า 2

¹⁰ กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนเมืองพัทยา. ฉบับรับรองตามมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนของเมืองพัทยา. วันที่ 26 พ.ค. 2552 เวลา 9.00 -12.00 น. ณ ห้องประชุม131 ศาลาว่าการเมืองพัทยา. หน้า 2.

ขณะที่การต้องออกจากสถานศึกษาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อตัวแม่วัยรุ่น ครอบครัว และชุมชนอีกด้วย¹¹ เพราะโอกาสที่จะกลับเข้าสู่สถานศึกษาอีกครั้ง เป็นเรื่องที่ห่างไกลความเป็นจริงของคนที่ต้องทำหน้าที่แม่และเมียตั้งแต่อายุน้อย บ่อยครั้งบุคลากรครูในระดับพื้นที่จึงสะท้อนให้ได้ยินว่าเมื่อนักเรียนหญิงตั้งครรภ์ก็มักออกจากโรงเรียนและไม่กลับมาเรียนอีกเลย¹² กลายเป็นจุดหักเหของอนาคตที่น่าเสียดาย

ผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่เกิดในวงกว้างและเป็นผลกระทบระยะยาวต่อสังคม คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ดังที่ นพ.ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนก่อน ออกมาระบุว่าเด็กไทยมีแนวโน้มพัฒนาการลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับตั้งแต่ปี 2547 จนถึง 2550 โดยปัญหาแม่วัยรุ่นได้ส่งผลให้ประเทศไทยประสบปัญหาเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมประมาณร้อยละ 8 หรือคิดเป็นจำนวน 64,000 คน โดยในจำนวนนี้เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนดถึง 40,000 คน¹³ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำ และการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ส่งผลต่อการตายของทารก และเกิดผลเชิงลบในระยะยาวต่อสุขภาพของเด็กด้วย¹⁴

ที่น่าสนใจในเชิงนโยบายสุขภาพทางเพศอย่างยิ่งคือ ในกลุ่มแม่วัยรุ่นนี้ จำนวนหนึ่งเป็นแม่ที่ยังอยู่ในช่วงวัย ‘แรกเริ่ม’ เท่านั้น ตัวเลขจากสำนักบริหารการทะเบียนที่อ้างถึงข้างต้น ชี้ว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง 2551 จำนวนแม่วัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์) มีประมาณ 3,000 คนต่อปี¹⁵

แม้ยังไม่มีการศึกษาที่มาและผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยเยาว์ แต่ข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากมติสุขภาพทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และ เรื่องเพศกับโรค เอชไอ / โรคติดต่อ ที่เสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก (ปี 2551) ชี้ชัดว่า ประเด็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นนี้ จำนวนมากเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพราะเป็นผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้คุมกำเนิด และหลายกรณีเป็นผลมาจากการถูกละเมิดทางเพศ สถิติของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2547-2550 ได้ข้อสรุปชัดเจนว่า เด็กผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและเข้ามาใช้บริการที่ศูนย์พึ่งได้ ประมาณหนึ่งในสามถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ขณะที่รายงานวิจัยระดับประเทศก็ชี้ว่า ร้อยละ 46 ของเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี มีเซ็กส์ครั้งแรกโดยการถูกบังคับ¹⁶

¹¹ Adolescent Pregnancy. World Health Organization (WHO) เข้าดูข้อมูลที่ www.who.int/making_pregnancy_safer เมื่อ 26 มกราคม 2553

¹² รายงานผลการประชุมสัมมนาเรื่องสุขภาพทางเพศ โดยมูลนิธิสร้างสุขหัวใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง เดือนมีนาคม 2552

¹³ “วัยรุ่นตั้งครรภ์เพิ่ม” คอลัมน์ส่องโรคไขสุขภาพ มติชนรายวัน 1 กรกฎาคม 2552 หน้า 10

¹⁴ WHO, อ้างแล้ว

¹⁵ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ <http://childpregnancy.m-society.go.th/origin1.php>

¹⁶ กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณารักษ์). 2552. *ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข... ความรุนแรงทางเพศ... เอชไอและท้องไม่พร้อม...* กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล.

การป้องกันและแก้ไขทำในระดับเล็ก ยากที่จะส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ในภาพรวม

“เปิดตัวโครงการแม่วัยใส 16 มิ.ย.นี้”¹⁷

“ผูกโครงการแม่วัยใสป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม”¹⁸

“ลุยโครงการแม่วัยใส”¹⁹

“พม.คลอดโครงการแม่วัยใสสกัดท้องไม่พร้อม”²⁰

“พม.เปิดแม่วัยใสลดใจท้องก่อนวัย”²¹

พาดหัวข่าวจำนวนมากในช่วงกลางปี 2552 สะท้อนถึงความคึกคักของหน่วยงานภาครัฐในการตอบสนองต่อปัญหาแม่วัยรุ่น นางนวลพรรณ ล่ำซำ ผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กล่าวถึงความสำคัญของเรื่องนี้ว่า “สถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับสถิติการออกจากโรงเรียนกลางคัน และผู้สมัครเรียนต่อมหาวิทยาลัยลดลง ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ มีโครงการแม่วัยใสโดยร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ เป็นโครงการระดับประเทศเปิดตัวในเดือนพฤษภาคมนี้ ครอบคลุมทั้งในครอบครัวและในโรงเรียน ให้ความรู้โดยวิทยากรที่ได้ศึกษาสนใจในเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด”²² อย่างไรก็ตาม ชาวที่ออกมาอย่างต่อเนื่องในภายหลังชี้ให้เห็นว่าโครงการดังกล่าวเป็นเพียง “โครงการนำร่อง” เท่านั้น โดยโรงเรียนสุวรรณสุทธารามวิทยา ในสังกัดกรุงเทพมหานครได้รับเลือกเป็นพื้นที่ปฏิบัติการโดยมีการจัดงานรณรงค์สร้างกระแสโครงการแม่วัยใสแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนดังกล่าว²³

มีบางข่าวรายงานเชิงลึกว่า โครงการนำร่องนี้อาจหาแนวทางดูแลแม่วัยรุ่นไว้ในระบบโรงเรียน ทำให้ในอีกด้านหนึ่ง โครงการถูกทิ้งวางทิ้งจากอดีตวุฒิสมาชิกที่ทำงานด้านเด็กอย่าง “ครูยุ่น” นายมนตรี ลินทวิชัย ที่เกรงว่ากระแสการรณรงค์เชิงบวกให้โรงเรียนดูแลแม่วัยใสไว้ในระบบโรงเรียนนี้เป็นการชี้โพรงให้กระรอก “โครงการบางอย่างไม่จำเป็นต้องป่าวประกาศ เป็นนโยบายเงียบก็ได้ การออกมาพูดอาจทำให้เรื่องท้องก่อนวัยหรือท้องไม่พร้อมกลายเป็นเรื่องปกติในสังคม”²⁴ แต่ก็เห็นด้วยว่า “โครงการต่างๆที่ออกมาควรมีขั้นตอน มีแนวทางแก้ไขที่ชัดเจน และช่วยฟื้นฟูดูแลเด็กได้จริง รวมถึงควรจัดกลุ่มบุคลากรที่สามารถแนะนำหรือช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ได้ เด็กบางคนอาจท้องเพราะพลาดหรือถูกกระทำ”²⁵ อนาคตของโครงการนำร่องนี้ยังไม่เป็นเรื่องที่ชัดเจนนัก หลังนางนวลพรรณลาออกจากตำแหน่งผู้ช่วยรัฐมนตรี

อย่างไรก็ตาม การรวมคลัสต์สถานการณืแม่วัยรุ่น คงมิใช่เรื่องของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกภาคส่วนทั้งกระทรวง กรม ที่เกี่ยวข้องทางการศึกษา การพัฒนา การบริการ องค์การปกครองท้องถิ่น รวมถึงองค์การพัฒนาเอกชนด้วย ดังคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกต่อสถานการณ์แม่วัยรุ่น (ดูล้อมกรอบ)

¹⁷ “เปิดตัวโครงการแม่วัยใส 16 มิ.ย. นี้” ASTVผู้จัดการรายวัน, 11 พฤษภาคม 2552 หน้า 14

¹⁸ “ผูกโครงการแม่วัยใสป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม” ข่าวสด, 14 พฤษภาคม 2552 หน้า 25

¹⁹ “ลุยโครงการแม่วัยใส” ไทยรัฐ, 15 กรกฎาคม 2552 หน้า 12

²⁰ “พม.คลอดโครงการแม่วัยใสสกัดท้องไม่พร้อม” ไทยรัฐ, 25 เมษายน 2552 หน้า 15

²¹ “พม.เปิดแม่วัยใสลดใจท้องก่อนวัย” ข่าวสด, 27 เมษายน 2552 หน้า 30

²² “พม.เปิดแม่วัยใสลดใจท้องก่อนวัย” ข่าวสด, 27 เมษายน 2552 หน้า 30

²³ “เปิดตัวโครงการแม่วัยใส 16 มิ.ย. นี้” ASTVผู้จัดการรายวัน, 11 พฤษภาคม 2552 หน้า 14

²⁴ “ครูยุ่นติงโครงการแม่วัยใสอย่าชี้โพรง” ไทยโพสต์, 14 พฤษภาคม 2552 หน้า 2

²⁵ “ครูยุ่นติงโครงการแม่วัยใสอย่าชี้โพรง” ไทยโพสต์, 14 พฤษภาคม 2552 หน้า 2

นโยบายและมาตรการเพื่อคลี่คลายสถานการณ์แม่วัยรุ่น

คงปฏิเสธได้ยากว่า จำนวนแม่วัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทย โดยเฉพาะมุมมองในเรื่องเพศของเยาวชนที่เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นการเรียนรู้ของคนรักกัน หรือเพื่อนที่ถูกใจกัน ซึ่งต่างไปจากมุมมองเชิงจารีตที่ดีตราเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน หรือเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ว่าล้วนคือเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรทั้งสิ้น²⁶ การจะคลี่คลายสถานการณ์ดังกล่าว จึงไม่ควรชี้นิ้วว่าแม่วัยรุ่นคือตัวปัญหา เพราะแท้จริงแล้วตัวแม่วัยรุ่นเองคือผลผลิตของความคิด ความเชื่อเรื่องเพศที่เปลี่ยนแปลงไป แนวทางแก้ไขควรเน้นเน้นไปที่การลดขนาดของปัญหา ผ่านกระบวนการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเยาวชน และแนวทางการคุ้มครองและเสริมสร้างระบบบริการต่อสุขภาพทางเพศของเยาวชน โดยเฉพาะในประเด็นวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม²⁷

(1) **รณรงค์และสร้างค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมไทยให้ได้** คือ เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง ต้องมาจากความสมัครใจ ไม่บังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือผลที่ไม่ต้องการคือ ท้องไม่พร้อม นั่นคือเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมีฐานมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆด้วย

(2) **จัดให้มีการสอนเพศศึกษารอบด้านให้สอดคล้องเหมาะสมกับนักเรียนทุกชั้น** เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพทางเพศ เนื้อหาหลักสูตรต้องสอดแทรกการเรียนรู้เรื่องเนื้อตัวร่างกายตนเอง เรื่องเพศกับเอดส์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และทักษะการจัดการความสัมพันธ์กับผู้อื่น ครูผู้สอนทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้าน เพื่อแก้ปัญหาการนำครูที่ไม่มีทักษะและไม่มีใจเรื่องเพศศึกษารอบด้านมาสอน และกำหนดให้การจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้านในโรงเรียน เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของการประกันคุณภาพการศึกษาของทุกโรงเรียน

(3) **สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการให้การปรึกษา** โดยเน้นการสร้างเสริมกระบวนการให้การปรึกษาก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre - post counseling) ปรับทัศนคติและฐานคิดของผู้ให้คำปรึกษาให้คำนึงถึงความแตกต่างทางอาชีพ ศาสนา วัย ความหลากหลายทางเพศ ชาติพันธุ์ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อการตั้งท้องของวัยรุ่นทั้งที่เป็น การตั้งใจท้อง หรือเป็นท้องที่ไม่พร้อม รวมถึงปัญหาความรุนแรงทางเพศ ลดการระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ บุคลากร/หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาสำคัญ ๆ คือ ครู/อาจารย์แนะแนวในสถานศึกษาทุกระดับ สถาบันที่ทำงานด้านสุขภาพจิต บริการให้การปรึกษาขององค์กรภาคประชาสังคม การให้การปรึกษาในงานโรงพยาบาลชุมชน ที่ควรเน้นการปรึกษาทักษะชีวิตก่อนมีชีวิตคู่ และช่วงการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนระบบการปรึกษาโดยกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มผู้เผชิญปัญหาเดียวกัน รวมถึงพัฒนาเครือข่ายผู้ให้การปรึกษาและการส่งต่อ

(4) **จัดให้มีศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับเยาวชน** ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชนอย่างครอบคลุม ครอบคลุม เพียงพอ โดยมีบริการที่ดีและเข้าถึงได้ โดยให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิดของวัยรุ่น และการบริการแม่วัยรุ่นตั้งแต่ระหว่างท้อง - ก่อนคลอด - หลังคลอด ทั้งในด้านสุขภาพ และจิตใจเพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์สามารถช่วยตนเองได้ ในกรณีที่เป็นนักเรียน / นักศึกษา สถานศึกษาควรมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ดำเนินงานได้จริง เพื่อให้สามารถศึกษาต่อได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรมและปัญหานามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนเพียงพอเป็นผู้ให้บริการ

²⁶ กฤตยา อาชวนิจกุล และพริสสา แซ่ก้วย. 2551. ‘การควบคุมเรื่องเซ็กส์กับเพศวิถีที่เปลี่ยนไป’ ใน มิติ ‘เพศ’ ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ): 80-95. เอกสารวิชาการหมายเลข 346. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

²⁷ ปรับจากข้อเสนอของมติสุขภาพทางเพศ ใน กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2552. อ้างแล้ว.

(5) สร้างเสริมเครือข่ายการทำงานเรื่องแม่วัยรุ่นระหว่างองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) กับองค์กรชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขสถานการณ์จากทรัพยากรของ อปท. ทั้งนี้ต้องสร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชนด้วยพื้นฐานสำคัญคือ ชุมชนต้องสามารถเป็นที่พึ่งในเบื้องต้นได้ และอาจส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามต่อไป ถ้ากรณีที่เกิดขึ้นรุนแรงมากเกินไปกว่าชุมชนจะเยียวยาได้

(6) รัฐควรมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อป้องกันและลดปัญหาของแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในทางเดียวกัน บุคลากรสาธารณสุขยอมรับ ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีปัญหาสุขภาพทางกายและทางใจที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามข้อบังคับแพทยสภา(ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 118 ง ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2548) โดยจัดให้มีบริการที่ปลอดภัยอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีบริการปรึกษาก่อนและหลังยุติการตั้งครรภ์ด้วย

(ล้อมกรอบ)

คำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกต่อสถานการณ์แม่วัยรุ่น

World Health Organization. 2006. Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope.

- **ภาคนโยบายและกฎหมาย :** ต้องปรับปรุงกฎหมายหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อวัยรุ่นสามารถตั้งครรภ์ได้โดยไม่สูญเสียโอกาสทางการศึกษาหรืออาชีพการงาน , กฎหมายเกี่ยวกับการรับบุตรบุญธรรมต้องได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมบุตรที่เกิดจากแม่วัยรุ่น , กฎหมายและนโยบายต้องไม่เอื้อต่อการจำหน่ายบุตรและเครื่องดื่มนมแอลกอฮอล์แก่วัยรุ่น
- **ภาคสาธารณสุข :** การบริการสุขภาพแก่แม่วัยรุ่นต้องมีความละเอียดอ่อนเป็นพิเศษเพื่อให้สามารถดูแลความต้องการของแม่วัยรุ่นได้อย่างแท้จริง , แม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 15 ปีต้องได้รับการดูแลระดับประคองเป็นพิเศษ
- **ภาคส่วนอื่น ๆ (ได้แก่ การศึกษา สวัสดิการสังคม วัฒนธรรม สื่อ ศาสนา แรงงาน พรรคการเมือง องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาสังคมต่างๆ) :** ต้องถือว่าสถานการณ์แม่วัยรุ่นเป็นเรื่องที่สังคมต้องรับผิดชอบร่วมกันและจำเป็นต้องมีแนวทางเชิงบูรณาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหา, ควรมีการศึกษาปัญหาความยากจนเชื่อมโยงกับปัญหาแม่วัยรุ่น , การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นควรถูกมองให้ครบด้านว่าเป็นประเด็นหญิงชาย , แม่วัยรุ่นต้องได้รับการคุ้มครองจากการถูกเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิ, ภาคส่วนที่ไม่ใช่สาธารณสุขต้องร่วมกันจัดมาตรการเชิงคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ของแม่วัยรุ่น