

# การศึกษาเปรียบเทียบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

นรุตม์ นิวัฒน์กาญจนา

กลุ่มงานบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

## Comparative Study of Pregnancies between Teenagers and Adults in Wichian Buri Hospital

Narut Niwatanakanjana

Wichian Buri Hospital, Phetchabun Province, Thailand

**หลักการและวัตถุประสงค์:** การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลพื้นฐานของภาวะนี้เพื่อหาแนวทางในการป้องกันต่อไป

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาไปข้างหน้า สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปีกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกอายุ 20-30 ปีทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557

**ผลการศึกษา:** ในช่วงที่ศึกษามีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมดจำนวน 87 รายและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกอายุ 20-30 ปีทั้งหมด 35 ราย อายุเฉลี่ย  $17.1 \pm 1.50$  ปีและ  $23.9 \pm 3.45$  ปีตามลำดับ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 82.8 และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีร้อยละ 94.3 หยุดการเรียนแล้วตั้งแต่อ่อนตั้งครรภ์ โดยร้อยละ 76.4 และร้อยละ 39.4 มีการศึกษาสูงสุดไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ 3 ตามลำดับ ( $p < 0.001$ ) รายได้ ของหญิงตั้งครรภ์และของผู้ปกครองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันในกลุ่มตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่าบิดา ( $p = 0.015$ ) หรือมารดา ( $p = 0.018$ ) ประกอบอาชีพรับจ้างมากกว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเท่ากับ  $15.7 \pm 1.39$  ปีซึ่งน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี ( $20.0 \pm 3.36$  ปี,  $p = 0.008$ ) และไม่ได้คุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 60.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 34.3,  $p = 0.008$ )

**สรุป:** เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการศึกษาสูงสุดต่ำกว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วกว่า แต่ใช้การคุมกำเนิดน้อยกว่า

**คำสำคัญ:** การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, ชนบท, วัยรุ่นและการตั้งครรภ์

**Background and objectives:** Teenage pregnancy incidence in Thailand is increasing. The aims of this study is to determine its characteristics for future appropriate preventive strategies.

**Methods:** This is a prospective descriptive study comparing pregnant women under the age of 20 with the controls group with primigravidas aged 20-30 years. All eligible cases were attending the antenatal clinic of Wichian Buri hospital from December 2013 to March 2014.

**Results:** During the study period, there were 87 cases of teenage pregnancy and 35 cases of controls. The mean ages  $\pm$  standard deviation were  $17.1 \pm 1.50$  and  $23.9 \pm 3.45$  years, respectively. The majority, 82.8% of cases and 94.3% of controls, had left school before pregnancy, at grade 9 or lower in 76.4% and 39.4% ( $p < 0.001$ ), of cases and controls, respectively. Incomes of the two groups were not different. However, the occupation is more commonly employee in fathers ( $p = 0.015$ ) and mothers ( $p = 0.018$ ) of the teenage pregnancies group. The average age of the first sexual intercourse was  $15.7 \pm 1.39$  and  $20.0 \pm 3.36$  years in cases and controls, respectively ( $p = 0.008$ ). Contraception was not used in the first sexual intercourses is 60.9%, 34.3% in cases and controls, respectively ( $p = 0.008$ ) partly due to knowledge lacking.

**Conclusions:** Compared with adult pregnancies, teenage pregnancies had lower education, had the first sexual intercourse earlier and used less contraception.

**Key words:** Teenage pregnancy, Rural area, Adolescence and Pregnancy

## บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือการตั้งครรภ์ที่มารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทั่วโลกต่างให้ความสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อทั้งตัวมารดา ทารก และสังคม<sup>1</sup> การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การคลอดบุตรในวัยรุ่นส่งผลต่อภาระงบประมาณประเทศกว่าปีละ 10.9 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ<sup>2</sup> และที่สำคัญคือ ร้อยละ 77-80 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ<sup>2,3</sup> ทำให้เด็กที่เกิดมาอาจไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และส่งผลให้เกิดทารกน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยและอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูง<sup>1,4-12</sup> เมื่อเด็กโตขึ้นพบว่าผลสำเร็จทางการศึกษาค่าต่ำกว่าเด็กทั่วไป และมีปัญหาทางด้านสังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรม การใช้ความรุนแรงและยาเสพติดที่สูงขึ้น<sup>5,13</sup> ตัวมารดาวัยรุ่นก็มีผลกระทบทำให้ขาดโอกาสในการศึกษาต่อความก้าวหน้าในชีวิตและโอกาสการทำงานถูกจำกัดจากระดับการศึกษาที่ต่ำ รวมทั้งมีผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และพบอัตราการหย่าร้างสูง<sup>1,5-7</sup>

ประเทศไทยพบร้อยละของการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อจำนวนการคลอดทั้งหมด (Adolescent fertility proportion) สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือเพิ่มจากร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 16.1 ในปี พ.ศ. 2555<sup>5</sup> รวมถึงอัตราการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทยก็พบว่ามีความเพิ่มขึ้นทุกปี<sup>5</sup> จากข้อมูลของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี พบการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 26.5 ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งสูงกว่ายุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่าไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของการคลอดทั้งหมด<sup>5</sup>

แม้จะมีโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น<sup>5</sup> รวมทั้งมีการศึกษาเพื่อหาแนวทางที่ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น<sup>14</sup> แต่ก็ยังพบว่าผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในแง่ผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีต่อการคลอดภาวะแทรกซ้อน และต่อทารก<sup>4,15-18</sup> การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาลักษณะทางประชากร อายุ ครอบครัวยุทธศาสตร์การศึกษาคุมกำเนิดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี เพื่อมุ่งหาปัจจัยที่สามารถนำมาใช้ประกอบการวางแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า โดยศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี (Case) และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีที่เป็นครรภ์แรก (Control) ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2557

หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการสัมภาษณ์โดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจแบบสอบถามให้ตรงกันมาก่อน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาการกระจายของข้อมูลลักษณะต่างๆที่ทำการศึกษา โดยนำเสนอเป็นอัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในรูปการบรรยาย ตารางหรือแผนภูมิ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม case และ control โดยวิธี univariate analysis คือใช้ Chi square test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และแสดงข้อมูลในรูป Odds ratio และขอบเขตความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval) และใช้ Student's t-test และ Mann Whitney U-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ ค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีนัยสำคัญจาก univariate analysis จะนำมาวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) โดยวิธี Binary logistic regression ต่อไป การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS 16.0

## ผลการศึกษา

ในช่วงเวลา 4 เดือนที่ทำการศึกษามีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรีทั้งสิ้น 87 ราย และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีจำนวนทั้งสิ้น 35 ราย ทั้งสองกลุ่มให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ทุกราย (ตารางที่ 1-3)

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า อายุเฉลี่ยของหญิงวัยรุ่นตั้ง ครรภ์ เท่ากับ 17.1 ปี โดยอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 13 ปี ในจำนวนทั้งหมดมี 15 ราย (ร้อยละ 17.2) ที่ยังคงศึกษาอยู่ในจำนวนนี้ 10 ราย (ร้อยละ 66.7) ต้องพักการเรียนชั่วคราวและยังไม่ได้วางแผนว่าจะกลับไปศึกษาต่อหรือไม่ มี 2 รายที่คิดว่าจะเลิกเรียนไปเลย และอีก 3 ราย ยังคงไปศึกษาต่อตามปกติ โดยตั้งใจว่าจะพักการเรียนชั่วคราวช่วงใกล้คลอด

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนจะตั้งครรภ์ครั้งนี้ โดย 17 ราย (ร้อยละ 19.5) มีความคิดที่จะทำแท้ง และร้อยละ 4.6 ที่ได้ไปซื้อยาทำแท้งมารับประทานแต่ไม่สำเร็จ ร้อยละ 71.3 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและร้อยละ 74.3 ของหญิงตั้งครรภ์วัย 20-30 ปี ยอมรับว่ามีความเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ส่วนการยอมรับการตั้งครรภ์

ครั้งนี้ พบว่าร้อยละ 89.7 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการยอมรับจากครอบครัว ร้อยละ 65.5 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และร้อยละ 54.3 ของหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี ทราบว่าการตั้งครรภ์ที่มารดาอายุน้อยอาจมีผลเสียต่อทารกในครรภ์

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณพบว่าตัวแปรที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดย Student's t-test คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุสามีที่น้อยกว่า ( $p < 0.001$ ) รายได้สามีที่น้อยกว่า ( $p=0.027$ ) อายุที่เริ่มรู้วิธีมีเพศสัมพันธ์ ( $p < 0.001$ ) และอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ( $p < 0.001$ ) ที่น้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีอย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์สถิติโดย Mann Whitney U-test ให้ผลสรุปเหมือนกัน การเริ่มเรียนรู้อายุมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.8 รับรู้จากกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 16.1 สืบค้นด้วยตนเองจากอินเทอร์เน็ต มีเพียงร้อยละ 24.1 ที่เรียนรู้อายุมีเพศสัมพันธ์จากโรงเรียน

การเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพ พบว่าตัวแปรที่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มย่อยที่เลิกการศึกษาแล้วตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมีการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ม.3) ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ การศึกษาสามีไม่เกิน ม. 3 นอกจากนี้ บิดาอาชีพรับจ้าง มารดาอาชีพรับจ้าง การไม่คุม

กำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การไม่จดทะเบียนสมรส การขาดความรู้ในการคุมกำเนิด และการมีความรุนแรงในครอบครัว ก็พบมากกว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ตารางที่ 4)

ปัจจัยที่มีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ต่อแบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่าตัวแปรที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การที่มีอายุน้อย ( $p=0.014$ ) และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย ( $p= 0.002$ )

### วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ในช่วง 4 เดือน จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมดมีมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีที่เป็นครรภ์แรกทั้งหมดถึง 2.5 เท่า (87 รายและ 35 ราย ตาม ลำดับ) ซึ่งบ่งชี้ว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาล วิเชียรบุรี ยังอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญของชุมชนที่ต้องการการดูแล และวางแผนป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ในจำนวน 87 รายของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจร้อยละ 60.9 ในสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตรา อยู่ที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์และสามีทั้ง 2 กลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (87 ราย)	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (35 ราย)
ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์		
1. อายุค่าเฉลี่ย $\pm$ SD(พิสัย)	17.1 $\pm$ 1.50 ปี (13-19 ปี)	23.9 $\pm$ 3.45 ปี (20-29 ปี)
2. ศาสนาพุทธ (ร้อยละ)	100	97.1
3. ยังศึกษาอยู่ จำนวน (ร้อยละ)	15 (17.2)	2 (5.7)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด จำนวน (ร้อยละ)		
ประถมศึกษาปีที่ 6	22.2	6.1
มัธยมศึกษาปีที่ 3	54.2	33.3
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช,	23.6	30.3
สูงกว่ามัธยมปลาย	0	30.3
7. อาชีพ (ร้อยละ)		
ว่างงาน	66.7	51.5
รับจ้าง	20.8	21.2
เกษตรกร	2.8	9.1
ค้าขาย	9.7	12.1
รับราชการ	0	6.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(พิสัย)	3,562.5 บาท (0-30,000)	5,757.6 บาท (0-20,000)

SD: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, \*การศึกษาสูงสุดนับเฉพาะคนที่เลิกการศึกษาแล้วตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ ไม่นับคนที่ยังศึกษาอยู่ หรือ คนที่หยุดการศึกษาหลังจากตั้งครรภ์แล้ว, \*\*มีความแตกต่างทางสถิติ  $p < 0.05$  ทั้งโดย Student's t-test และ Mann Whitney U-test

**ตารางที่ 2 ประวัติครอบครัว**

ตัวแปร	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (87 ราย)	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (35 ราย)
<b>1. ประวัติบิดา</b>		
อายุเฉลี่ยขณะมีบุตร ±SD	28.5±6.42 ปี	28.6±6.13 ปี
อาชีพ (ร้อยละ)		
ว่างงาน	1.2	0
รับจ้าง	55.4	31.2
เกษตรกรรม	26.5	50
ค้าขาย	14.5	18.8
รับราชการ	1.2	0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (พิลัย)	11,300 บาท (0-50,000)	9,769.2 บาท (4,000-21,000)
<b>2. ประวัติมารดา</b>		
อายุเฉลี่ยขณะมีบุตร ±SD	25.2±5.77 ปี	24.8±6.10 ปี
อาชีพ (ร้อยละ)		
ว่างงาน	17.6	11.8
รับจ้าง	47.1	23.5
เกษตรกรรม	15.3	50
ค้าขาย	18.8	14.7
รับราชการ	1.2	0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (พิลัย)	8,970 บาท (0-50,000)	8,871.9 บาท (0-30,000)
<b>3. สถานภาพสมรสของบิดามารดา (ร้อยละ)</b>		
อยู่ด้วยกัน	59.8	70.6
แยกกันอยู่	9.2	5.9
หย่าร้าง	31	23.5
<b>4. เคยเห็นความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ)</b>	55.2*	34.3
<b>5. มีประสบการณ์ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ร้อยละ)</b>	8.0	8.6
<b>6. ประวัติการเลี้ยงดูในวัยเด็กโดย (ร้อยละ)</b>		
พ่อและแม่	58.6	65.7
พ่อหรือแม่	20.6	14.3
ปู่ย่าตายาย	18.4	14.3
<b>7. การใช้สารเสพติดในบิดา (ร้อยละ)</b>		
บุหรี่	60.7	73.5
เหล้า	50	52.9
ยาเสพติดอื่นๆ	2.4	0
<b>8. การใช้สารเสพติดในมารดา (ร้อยละ)</b>		
บุหรี่	5.8	11.4
เหล้า	20.9	22.9
ยาเสพติดอื่นๆ	0	0

SD: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, \*มีความแตกต่างทางสถิติ p < 0.05

ประมาณร้อยละ 77-80<sup>2,3</sup> ซึ่งสูงกว่าในการศึกษานี้ แต่ อย่างไรก็ตามการติดตามศึกษาในสหรัฐอเมริกาเป็นการรวบรวม ข้อมูลการตั้งครรภ์ทั้งหมดทั้งที่มาฝากครรภ์และที่สิ้นสุดลง ด้วยการแท้ง ในขณะที่การศึกษานี้ไม่มีข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไปทำแท้งสำเร็จและไม่ได้มาโรงพยาบาล ดังนั้นอัตราที่แท้จริงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจน่าจะมีค่าสูงกว่านี้

อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการศึกษานี้ คือ 17.1 ปี ใกล้เคียงกับผลการศึกษาเมื่อ 23 ปีที่แล้วของวิวัฒน์ ศุภดิษฐ์ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 17.8 ปีและอายุน้อยที่สุดคือ 14 ปีซึ่งพบเพียง 1 ราย จาก 194 ราย<sup>19</sup> ในขณะที่การศึกษานี้พบอายุน้อยที่สุด 13 ปี จำนวน 2 ราย อายุ 14 ปี จำนวน 4 ราย และอายุ 15 ปี จำนวน 6 ราย และ

ตารางที่ 3 ประวัติส่วนตัวของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (87 ราย)	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (35 ราย)
<b>1. การใช้สารเสพติด</b>		
บุหรี่	3.4	2.9
เหล้า	21.8	28.6
ยาเสพติดอื่นๆ	0	2.9
<b>2. การใช้สารเสพติดในสามี</b>		
บุหรี่	66.7	68.6
เหล้า	72.4	88.6
ยาเสพติดอื่นๆ	6.9	2.9
<b>3. อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ <math>\pm</math>SD</b>	13.7 $\pm$ 1.67 ปี*	16.1 $\pm$ 2.08 ปี*
<b>4. อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก <math>\pm</math>SD</b>	15.7 $\pm$ 1.39 ปี*	20.0 $\pm$ 3.36 ปี*
<b>5. การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก</b>		
ไม่ได้คุมกำเนิด	60.9*	34.3*
ถุงยางอนามัย	17.2	31.4
ยาเม็ดคุมกำเนิด	10.3	28.6
ยาคุมฉุกเฉิน	11.5	5.7
<b>6. การคุมกำเนิดที่ใช้เป็นประจำ</b>		
ไม่ได้คุมกำเนิด	36.8	34.3
ถุงยางอนามัย	18.4	5.7
ยาเม็ดคุมกำเนิด	43.7	60
ยาฉีดคุมกำเนิด	1.1	0
<b>7. ตั้งใจมีการตั้งครรภ์นี้</b>	39.1	82.9
<b>8. เคยพยายามทำแท้งในครรภ์นี้</b>	4.6	0

SD: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, \*มีความแตกต่างทางสถิติ  $p < 0.05$

ตารางที่ 4 ตัวแปรเชิงคุณภาพที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปร	Odds Ratio 95% CI	p-values	Adjusted Odds Ratio** 95% CI	p-values
การศึกษาสูงสุดสูงกว่า ม 3*	0.20 (0.08-0.49)	< 0.001	0.27 (0.10-0.78)	0.015
การศึกษาสามี่สูงสุดสูงกว่า ม 3*	0.40 (0.18-0.92)	0.028	0.66 (0.23-1.91)	0.440
บิดาอาชีพรับจ้าง	2.81 (1.20-6.53)	0.015	0.84 (0.23-3.10)	0.789
มารดาอาชีพรับจ้าง	2.87 (1.17-7.03)	0.018	2.08 (0.56-7.78)	0.276
การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	0.34 (0.15-0.76)	0.008	0.48 (0.17-1.39)	0.175
การจดทะเบียนสมรส	NA	0.034	NA	0.999
การขาดความรู้ในการคุมกำเนิด	8.87 (1.14-69.25)	0.014	5.37 (0.55-52.05)	0.147
การมีความรุนแรงในครอบครัว	2.36 (1.04-5.33)	0.037	3.60 (1.28-10.13)	0.015

95%CI: 95% Confidence Interval, NA: Not available,

\*การศึกษาสูงสุดนับเฉพาะคนที่เลิกการศึกษาแล้วตั้งแต่มก่อนการตั้งครรภ์ ไม่นับคนที่ยังศึกษาอยู่ หรือ คนที่หยุดการศึกษาหลังจากตั้งครรภ์แล้ว

\*\*Adjusted odds ratios ใช้ multivariate analysis โดยใช้ตัวแปรทุกตัวในตารางนี้

จากข้อมูลของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้น อายุน้อยกว่า 15 ปีมาคลอดบุตรจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2556 พบร้อยละ 0.35, 0.93, 1.21 และ 1.78 ตามลำดับ ซึ่งยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 0.5 ของการคลอดทั้งหมด<sup>5</sup> การศึกษานี้เลือกอายุของหญิงตั้งครรภ์สองกลุ่มที่แตกต่างกันโดยส่วนต่างของอายุ ระหว่างสามปีและภรรยาของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน คือ ประมาณ 4 ปี แสดงว่าอายุของสามีไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่หยุดการเรียนแล้วตั้งแต่อ่อนการตั้งครรภ์ โดยในกลุ่มย่อยของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามีที่สิ้นสุดการศึกษาแล้ว มีระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี และสามีอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการพยายามส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นคงอยู่ในระบบการศึกษา รวมทั้งการส่งเสริมให้มีงานทำ การมีความหวังในชีวิตเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น<sup>1,3</sup>

ส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยังศึกษาอยู่ พบว่าส่วนใหญ่ต้องพักการเรียนและอีก 2 รายต้องลาออก ทำให้เห็นได้ว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อในด้านลบต่อการศึกษาทำให้โอกาสในการมีอาชีพและหน้าที่การงานที่ถูกต้องจำกัด นอกจากนี้ 2 ใน 3 ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่มีงานทำซึ่งเมื่อพิจารณาทั้งรายได้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามี ก็พบว่าอยู่ในระดับที่ต่ำทั้งคู่ ทำให้คาดได้ว่าน่าจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาและสุขภาพชีวิตที่ดีในอนาคต อาจก่อให้เกิดปัญหาความยากจน ยาเสพติด อาชญากรรม และการตั้งครรภ์วัยรุ่นในอนาคตซ้ำอีก<sup>13,20</sup>

การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะมีมาจากครอบครัวที่มีฐานะไม่ดี<sup>21</sup> แต่การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างรายได้ของบิดามารดาของทั้งสองกลุ่ม แต่ก็พบว่ารายได้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเนื่องจากการเป็นนักศึกษาในเขตชนบทซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยที่ต่ำเป็นพื้นเดิมอยู่แล้ว แต่พบว่าบิดาอาชีพรับจ้างและมารดาอาชีพรับจ้างสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น น่าจะมีเหตุผลจากการที่มีความใกล้ชิดในการดูแลบุตรน้อย ในขณะที่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีมีบิดามารดาอาชีพเกษตรกรรมมากกว่า ทำให้ไม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น มีเวลามากกว่าในการดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด จากการศึกษาของ Kogan และคณะ พบว่าการที่วัยรุ่นได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ให้ความใส่ใจมีส่วนช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นได้<sup>22</sup>

ปัจจุบันพบว่าเด็กวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ซึ่งจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโอกาสการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น<sup>5</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีก็จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศได้ง่ายขึ้น

โนโลยีก็จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศได้ง่ายขึ้น

อัตราการไม่คุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด รวมถึงบางรายที่ทราบวิธีการคุมกำเนิด แต่กลับไม่ใช้ แม้ว่ายังไม่ต้องการมีบุตรจึงควรมีการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด และมีการศึกษาหาวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมในหญิงกลุ่มนี้ต่อไป เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ซึ่งมีการใช้เพียงร้อยละ 11.5 ของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในหญิงวัยรุ่น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการมีขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย อาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของบางปัจจัยที่ศึกษาระหว่างทั้งสองกลุ่ม และอาจทำให้ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร แต่ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาต่อไปในอนาคต

### สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลวิเชียรบุรียังพบได้มาก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่หยุดการเรียนแล้วเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปีพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วกว่า แต่ใช้การคุมกำเนิดน้อยกว่า

### เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล, นิรมล พัจจนสุนทร. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2541;13:112-6.
2. Ventura SJ, Hamilton BE, Mathews TJ. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pregnancy and childbirth among females aged 10-19 years -United States, 2007-2010. MMWR Surveill Summ 2013;62 Suppl 3:71-6.
3. Cox JE. Teenage Pregnancy. In: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care: A Practical Guide. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008:566-78
4. บรรพจน์ สุวรรณชาติ, ประภัสสร เอื้อลลิตชูวงศ์. อายุมารดากับผลของการคลอด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550;22:401-7.
5. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2557
6. อุดม เขาวรินทร์. การตั้งครรภ์วัยรุ่น (Teenage pregnancy). ใน: เยือน ต้นนิรันดร, วรพงศ์ ภูพงค์, เอกชัย โค้ววิสารวัช, บรรณวิภากร. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2556:163-70.

7. ลาวัลย์ ปัจจักษณ์ภักติ. การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น (Teenage Pregnancy, Adolescent Pregnancy). ใน: วรพงศ์ ภูพงค์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555: 45-52
8. วิเศษฐ วัชโรทน. ปัญหาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พุทธชินราชเวชสาร 2553;27:227-32.
9. Fleming N, Ng N, Osborne C, et al. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. J Obstet Gynaecol Can 2013;35:234-45.
10. Tyrberg RB, Blomberg M, Kjolhede P. Deliveries among teenage women – with emphasis on incidence and mode of delivery: a Swedish national survey from 1973 to 2010. BMC Pregnancy Childbirth 2013;13:204.
11. Leppalahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. BMJ Open 2013;3: e003225.
12. Guimaraes AM, Bettiol H, Souza Ld, et al. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? Rev Saude Publica 2013;47:11-9.
13. Coyne CA, Langstrom N, Lichtenstein P, D'Onofrio BM. The association between teenage motherhood and poor offspring outcomes: a national cohort study across 30 years. Twin Res Hum Genet. 2013;16:679-89.
14. ชัชชนัย ดิยะไพธาดา, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรม สุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28:146-54.
15. ฐนบดีนทร์ คชเสนี. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการเกิดทารก แรกเกิด น้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ. แพทยสารทหารอากาศ 2541;14:1-14.
16. วิศิษฐ์ สนิปี. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วิธีคลอด และผลของการตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสวรวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2546-2548. พุทธชินราชเวชสาร 2549;23:21-31.
17. มัลลิกา สุวรรณศิริ. อุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในสตรีอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 2551;33:199-204.
18. สลักจิตต์ วรณะโกษิตย์. การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ใน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่มาคลอดในโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555;29:283-92.
19. วิวัฒน์ ศุภดิษฐ์, บัทรจวี ลีละพัฒนะ, บัณฑิต จันทร์ยานี. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. เวชสารแพทย์ทหารบก 2536;46:71-5.
20. Ferraro AA, Cardoso VC, Barbosa AP, et al. Childbearing in adolescence: intergenerational deji-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. BMC Pregnancy Childbirth 2013;13:149.
21. Penman-Aguilar A, Carter M, Snead MC, Kourtis AP. Socioeconomic disadvantage as a social determinant of teen childbearing in the U.S. Public Health Rep 2013;128 Suppl 1:5-22.
22. Kogan SM, Cho J, Allen K, et al. Avoiding adolescent pregnancy: a longitudinal analysis of African-American youth. J Adolesc Health 2013;53:14-20.

