

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ประสิทธิผลของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566

ปญญา ตั้งเทอดชนะกิจ พ.บ.

โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ติดต่อผู้เขียน: ปญญา ตั้งเทอดชนะกิจ Email: punyach.nina@gmail.com

วันรับ:	10 ต.ค. 2567
วันแก้ไข:	27 เม.ย. 2569
วันตอบรับ:	11 พ.ค. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยและพัฒนาจัดทำในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ระหว่างปีงบประมาณ 2562-2566 มีวัตถุประสงค์หลักแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เพื่อศึกษาขนาดปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น การกระจายการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ไปพร้อมกับการพัฒนาโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรสำหรับวัยรุ่น และส่วนที่ 2 เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรสำหรับวัยรุ่น ซึ่งรวมวิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรและแบบชั่วคราวไว้ด้วยกัน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอด หรือแท้ง ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 414 คน หากวัยรุ่นตั้งหลายครั้งเก็บข้อมูลจากครรภ์สุดท้ายถือเป็นครรภ์สังเกต ประเมินความชุกการตั้งครรภ์ซ้ำเร็ว และความครอบคลุมของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรเป็นร้อยละวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในครรภ์สังเกตของวัยรุ่นโดยใช้สถิติโคสแควร์ การทดสอบ Fisher exact test การวิเคราะห์ logistic regression ผลการศึกษาส่วนที่ 1 พบการตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกตร้อยละ 2.2 (9/414 คน) เป็นการตั้งครรภ์ซ้ำเร็วร้อยละ 0.96 (4/414 คน) ครรภ์สังเกตของวัยรุ่นเป็นครรภ์ที่สองขึ้นไปร้อยละ 12.1 (50/414 คน) ปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกต คือ การฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกต โดยวัยรุ่นที่ฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกตพบการตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้ฝังยาคุมร้อยละ 97.9 (OR=0.021, 95%CI: 0.001, 0.404, $p<0.05$) ผลการศึกษาส่วนที่ 2 พบโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรทำได้ครอบคลุมวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการร้อยละ 64.7 วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับปรึกษาเพิ่มรูปแบบตามโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร มีแนวโน้มตัดสินใจฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกต 2.4 เท่าเปรียบเทียบกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น (OR=2.44, 95%CI: 1.04, 5.70, $p<0.05$) และมีแนวโน้มที่จะเริ่มคุมกำเนิดทันทีตั้งแต่ก่อนออกจากโรงพยาบาล 3.2 เท่าเปรียบเทียบกับ การเลื่อนการคุมกำเนิดออกไป (OR=3.20, 95%CI: 1.66, 6.15, $p<0.05$) การศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจของวัยรุ่นมากขึ้น เพื่อเติมเต็มช่องว่างในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ซ้ำ; วัยรุ่น; สาเหตุ; ปัจจัยเสี่ยง; การคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร

บทนำ

องค์การสหประชาชาติกำหนดการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น เป็นหนึ่งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี⁽¹⁾ สถิติการคลอดของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2561-2564 มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนจาก พ.ศ. 2555⁽²⁾ อัตราการคลอดด้วยวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 35.0 เหลือ 24.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ส่วนกลุ่มอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 1.2 เหลือ 0.9 อย่างไรก็ตามยังพบการคลอดซ้ำของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 0.4 ใน พ.ศ. 2564 และกลุ่มอายุที่มีการคลอดซ้ำสูงสุดคือกลุ่มอายุ 18-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.2 สะท้อนปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังมีความสำคัญ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในวัยรุ่นตั้งครรภ์⁽³⁾ เช่น ครรภ์พิษ ชักระหว่างตั้งครรภ์ น้ำเดินก่อนกำหนด ภาวะช็อค โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มอัตราการตายของมารดา การคลอดก่อนกำหนด^(4,5) ทารกน้ำหนักน้อย และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ปัจจุบันกำหนดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การแต่งงานหรือความสัมพันธ์ที่มั่นคง คู่สมรสอายุมากกว่า การขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและการวางแผนคุมกำเนิด ระดับการศึกษาต่ำ ภาวะซึมเศร้าและขาดความมั่นใจ ความยากจน การใช้สารเสพติด แรงกดดันทางสังคมและปัญหาครอบครัว⁽⁶⁾ จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะในประเทศไทยได้ต่ำถึงปานกลาง ประมาณหนึ่งในสามถึงสองในสามเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน⁽⁷⁾ แม้ทั่วโลกมีการศึกษาการตั้งครรภ์แรกของวัยรุ่นในเรื่องของภาวะสุขภาพ และความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจสังคมอย่างกว้างขวาง⁽⁸⁻¹⁰⁾ แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นซึ่งหมายถึงการตั้งครรภ์ที่ตามมาภายหลังการเคยคลอดหรือแท้งยังมีข้อจำกัด การตั้งครรภ์ซ้ำส่งผลกระทบสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพจิต และอุปสรรคการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับ

วัยรุ่นคล้ายกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ^(11,12) ช่องว่างสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอยู่ที่การดูแลคุมกำเนิดในช่วงหลังคลอดหรือหลังแท้ง⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดในวัยรุ่นมีความซับซ้อน รับอิทธิพลจากหลายมิติ ทั้งวุฒิภาวะระดับบุคคล^(13,14) อิทธิพลของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ⁽¹⁵⁾ โดยผู้ที่มียุทธศาสตร์ต่อการตัดสินใจมักเป็นมารดาของวัยรุ่น เพื่อน และญาติผู้ใหญ่ที่ลูกน้อง มากกว่าสามี บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน โดยให้ข้อมูลและทางเลือกคุมกำเนิดที่ทันสมัยและครอบคลุมปัจจัยด้านการเรียนรู้ ซึ่งครอบคลุมความรู้ที่ถูกต้อง การเข้าถึงข้อมูล และการให้สุขศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าใจทางเลือกและตัดสินใจอย่างมีข้อมูล ในขณะเดียวกัน ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ (autonomy) เป็นหลักจริยธรรมที่สำคัญที่รับรองว่าวัยรุ่นมีสิทธิในการเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยตนเอง โดยปราศจากการบังคับหรือแรงกดดันจากภายนอก⁽¹⁶⁾

ต่างประเทศมีการให้ความรู้และเสนอวิธีการคุมกำเนิดฟรีแก่วัยรุ่นหลังคลอดโดยอาจมีรูปแบบที่แตกต่างจากเดิมเล็กน้อยในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบวัยรุ่นยอมรับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรมากขึ้น และอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำลดลงสัมพันธ์กับการติดตามดูแลต่อเนื่อง^(17,18) การศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำเร็วหมายถึงการที่มีช่วงห่างการตั้งครรภ์ใน 24 เดือน โดยไม่คำนึงถึงผลของการตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน⁽¹²⁾ พบการตั้งครรภ์ซ้ำเร็วในวัยรุ่นร้อยละ 3.7⁽¹⁹⁾ ขณะที่ประเทศไทยมีการทดลองจัดคลินิกครอบครัววัยรุ่น แต่ประสบปัญหาการขาดการติดตาม เหลือกลุ่มที่ให้ศึกษาครบระยะ 2 ปี เพียงไม่ถึง 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ให้ความยินยอมในเบื้องต้น ผลการศึกษาพบมารดาวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอดทันทีที่ไม่แตกต่างกัน กลุ่มที่เข้าโปรแกรมมีการเลือกวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร ได้แก่ การใส่ห่วงอนามัย และการฝังยาคุมเพิ่มขึ้นในระหว่างช่วงติดตาม 6 สัปดาห์หลังคลอด และมีการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 2 ปี ในทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นอัตรา

ตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 6.67 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁰⁾

วัยรุ่นไทยมักขาดอิสระในการตัดสินใจด้านสุขภาพเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดมักขึ้นกับครอบครัวมากกว่าตัววัยรุ่นเอง การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาบริการโดยเคารพต่อสิทธิตัดสินใจของวัยรุ่น ไม่ใช้การบังคับ แต่ใช้การให้คำปรึกษาเชิงเสริมพลังพร้อมเชิญครอบครัวหรือผู้ที่วัยรุ่นไว้วางใจเข้าร่วมรับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ เชื่อว่าหากวัยรุ่นได้ใช้สิทธิตัดสินใจเองในการเลือกวิธีคุมกำเนิดภายใต้การให้คำปรึกษาแบบสร้างเสริมพลัง จะทำให้วัยรุ่นมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรฟรี สำหรับวัยรุ่นไทยที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ได้แก่ การใส่ห่วงอนามัยและการฝังยาคุม ใน 775 สถานบริการทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 86.2 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในวัยรุ่นไทยลดลงจาก 44,154 ครั้งใน พ.ศ. 2562 เป็น 22,302 ครั้งใน พ.ศ. 2563⁽²⁾ อีกทั้งประเทศไทยยังขาดรูปแบบบริการที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องและสามารถประยุกต์ใช้ได้ในระดับประเทศ ผู้ศึกษาจึงมุ่งพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

การศึกษาเฉพาะในไทยสรุปสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นไว้ 8 สาเหตุหลัก⁽²⁰⁻²⁶⁾ ได้แก่

1. ขาดความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ซ้ำ⁽²²⁻²⁵⁾
2. ขาดความรู้เกี่ยวกับรูปแบบวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่^(22,23)
3. การไม่ได้รับการปรึกษาอย่างสมบูรณ์เกี่ยวกับการเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับแต่ละปัจเจกบุคคล^(20,22)
4. การไม่ได้รับการวางแผนคุมกำเนิดก่อนออกจาก

โรงพยาบาล^(20,22,23)

5. เกิดผลข้างเคียงจากวิธีการคุมกำเนิดทำให้เกิดความล้มเหลวในการใช้การคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง^(22,23)

6. ขาดความตระหนักในผลเสียทางด้านสุขภาพสังคม และเศรษฐศาสตร์ ของแม่วัยรุ่นและบุตร^(22,24-26)

7. ได้รับอิทธิพลจากสามีและครอบครัวที่ต้องการมีบุตรเพิ่ม^(21,22,24-26)

8. ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ว่าการมีบุตรเร็วหรือมีบุตรเพิ่มเป็นเรื่องปกติ^(21,22,24-26) โรงพยาบาลปากเกร็ดจึงพัฒนาและปรับปรุงบริการเพื่อจัดอุปสรรคดังกล่าว

การศึกษาในประเทศไทยยังขาดการศึกษาที่สังเกตปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นต่อเนื่องระยะยาว การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เพื่อศึกษาขนาดปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น การกระจายการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ในระยะเวลาประมาณ 5 ปี ควบคู่กับการพัฒนาโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรสำหรับวัยรุ่นภายในโรงพยาบาลปากเกร็ด และส่วนที่ 2 เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว ซึ่งครอบคลุมทั้งวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวรและชั่วคราว

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วิธีการศึกษามี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมบริการ

1. กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่เข้ารับบริการคลอด ผ่าครรภ์ หรือแท้ง ในโรงพยาบาลปากเกร็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 หากวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการคลอดหรือแท้งหลายครั้งจะเลือกครรภ์สังเกต เป็นครรภ์สุดท้ายในช่วงอายุ 10-19 ปี

2. เครื่องมือการศึกษาและการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกการให้คำปรึกษาเสริมพลังเพื่อการตัดสินใจ

คุมกำเนิด โดยเป็นแบบฟอร์มของเขตสุขภาพที่ 4 และเก็บแนบไว้กับเวชระเบียน โดยในส่วนนี้เก็บข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุเมื่อทราบผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของครรภ์สังเกต สัญชาติ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา การทำงาน แหล่งรายได้หลัก น้ำหนัก ส่วนสูง ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การคุมกำเนิดและวิธีคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ความตั้งใจตั้งครรภ์ ที่ปรึกษาเมื่อตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ผลลัพธ์ของครรภ์ ข้อมูลรายได้หลักของวัยรุ่น ถูกนำมาจัดกลุ่มเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึงพิง เพื่อวิเคราะห์ความตั้งใจตั้งครรภ์ในครรภ์สังเกต และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติม

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ข้อมูลจากตัวชี้วัดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาล ผ่านการประชุมปรับปรุงกระบวนการทำงานของคณะกรรมการงานดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสาขาสูตินรีเวชกรรม ของโรงพยาบาลปากเกร็ด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2565 และการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางแบบย้อนหลัง ซึ่งได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการศึกษา เนื่องจากเป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิที่มีการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ความชุกของการตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเบื้องต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะประชากร หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ส่วนสถิติเชิงอนุมานที่ใช้ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณกรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติใช้ independent T-test และใช้ Mann-Whitney U test ในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ สำหรับข้อมูลเชิงเปรียบเทียบใช้ Chi-square test, Fisher's exact test และค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากทำ correlation analysis แล้วจึงนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ logistic regression

4. ผลของการศึกษา คือ โปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรของโรงพยาบาลปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Gibson⁽²⁷⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ของการดำเนินการให้คำปรึกษาอย่างเป็นรูปธรรม คือ

1) ให้วัยรุ่นมีความเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแผนกสูตินรีเวชกรรมของโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลลงไว้ในแบบบันทึกการให้คำปรึกษาเสริมพลังเพื่อการตัดสินใจคุมกำเนิด โดยเป็นแบบฟอร์มของเขตสุขภาพที่ 4 และเก็บแนบไว้กับเวชระเบียน

2) สะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ สอบถามความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นต่อวิธีการคุมกำเนิดแต่ละวิธี พร้อมทั้งให้ความรู้ตามเหมาะสม นอกจากนี้ได้สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแผนกสูตินรีเวชกรรม เรียนรู้ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ในบทเรียนเรื่องการสื่อสารและการให้บริการปรึกษาวัยรุ่นและเยาวชน รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 ชั่วโมงทุกคน

3) นำสู่ทางเลือกการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งบางครั้งกระทำแบบรายบุคคล แต่ถ้าเป็นไปได้จะเชิญที่ปรึกษาขณะตั้งครรภ์มาพบแพทย์พร้อมกันด้วยทุกครั้ง

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ บ่อยครั้งที่การฝังยาคุมกำเนิดส่งผลให้เกิดมีการเลือดออกกะปริดกะปรอยจากช่องคลอดได้ ทีมงานเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกท่านจะถูกสอนให้แจ้งผู้รับบริการเสมอว่าหากมีอาการผิดปกติ สามารถนัดตรวจเพื่อพบแพทย์ได้ เพราะอาการส่วนใหญ่สามารถรักษาให้หายได้ โดยไม่ต้องถอดหรือยุติการคุมกำเนิดวิธีนั้นๆ

ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร

1. กลุ่มตัวอย่าง เวชระเบียนการคลอดหรือแท้งหรือฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่เข้ารับบริการคลอด ฝากครรภ์ หรือแท้ง ในเวลาเดียวกัน เลือกครรภ์สังเกต คือ ครรภ์สุดท้ายในช่วงอายุ 10-19

ปี และตัดผู้ไม่ทราบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์สังเกต หรือ ได้รับการทำหมันออก

2. เครื่องมือการศึกษาเพื่อประเมินผลโปรแกรม บริการ คือแบบบันทึกลักษณะทางประชากรและสังคม และแบบบันทึกประวัติการตั้งครรภ์สังเกตที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

3. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางแบบย้อนหลัง ซึ่งได้รับการยกเว้น การขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการศึกษา เก็บข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ประวัติการตั้งครรภ์ การได้รับคำปรึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน หลายแหล่งทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพื่อวิเคราะห์ ความครอบคลุมของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุม- กำเนิดแบบไม่ถาวรเป็นร้อยละ วิเคราะห์การตัดสินใจคุม กำเนิด วิธีคุมกำเนิดที่เลือกหลังครรภ์สังเกต เวลาที่รับ การคุมกำเนิดนั้น ๆ การตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกต และ ระยะเวลาที่เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกตในช่วง เวลาศึกษา โดยใช้ Chi-square test, Fisher's exact test และค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากทำ correlation analysis แล้วจึงนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติ logistic regression

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ขนาดปัญหา การกระจาย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น

วัยรุ่นที่ใช้ศึกษามี 414 คน เป็นครรภ์แรก 364 คน คิดเป็นร้อยละ 87.9 และเป็นครรภ์ที่สองขึ้นไป จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 12.1 กลุ่มครรภ์แรกทั้งหมด ร้อย- ละ 3.0 มีอายุ 10-14 ปี และร้อยละ 97.0 มีอายุ 15-19 ปี ส่วนกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำหรือเป็นครรภ์ที่สองขึ้นไป ไม่พบวัยรุ่นช่วงอายุ 10-14 ปี ผลลัพธ์ครรภ์สังเกตเป็น แท้ง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 มีการคลอดบุตร 373 คน คิดเป็นร้อยละ 90.1 และพบทารกตายคลอด 1 คน นอกจากนี้พบการตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกตจำนวน 9 คน หรือร้อยละ 2.2 และในจำนวนนี้พบตั้งครรภ์ซ้ำเร็ว

หลังครรภ์สังเกต 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.96

ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่พบมีความสัมพันธ์กับ การตั้งครรภ์ซ้ำในครรภ์สังเกต ได้แก่ อายุเฉลี่ย แหล่ง รายได้หลัก ประวัติเคยมีบุตรที่มีชีวิต ความตั้งใจตั้งครรภ์ ที่ปรึกษาเมื่อตั้งครรภ์ และวิธีคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ โดย พบวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไปมีอายุ 15-19 ปี (อายุ เฉลี่ย 18.0 ± 1.3 ปี) ส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากสามี ร้อยละ 40.0 เคยมีบุตรที่มีชีวิตมาแล้ว ร้อยละ 48.0 มี ความตั้งใจตั้งครรภ์เทียบกับวัยรุ่นครรภ์แรก ร้อยละ 24.0 และ 11.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสามีและแม่สามีเป็นที่ ปรึกษาเมื่อตั้งครรภ์ ร้อยละ 22.0 แตกต่างจาก วัยรุ่นครรภ์แรกส่วนใหญ่ที่มีที่ปรึกษาเป็นมารดาของ ตนเอง คิดเป็นร้อยละ 19.0 และเคยคุมกำเนิดมาก่อน ตั้งครรภ์สังเกตด้วยวิธีกึ่งถาวร คิดเป็นร้อยละ 8.0 ส่วน ภาวะแทรกซ้อนของครรภ์สังเกตนั้นไม่แตกต่างกันทั้งใน กลุ่มวัยรุ่นครรภ์แรกและครรภ์หลัง ดังตารางที่ 1

วัยรุ่นครรภ์แรกและครรภ์หลังมีแหล่งรายได้หลักจาก สามีและครอบครัวสามี ร้อยละ 29.7 และ 40.0 ตาม ลำดับ เมื่อแบ่งกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามี และครอบครัวสามี ดังตารางที่ 2 การศึกษานี้พบวัยรุ่น กลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามีและครอบครัวสามีทั้งหมด ร้อยละ 62.8 วัยรุ่นที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามีและครอบครัว สามีสำเร็จการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น ร้อยละ 27.7 ไม่มี อาชีพ ร้อยละ 76.9 ไม่มีแผนศึกษาต่อ ร้อยละ 58.5 ตั้งใจ ตั้งครรภ์ ร้อยละ 30.0 มีที่ปรึกษาเมื่อตั้งครรภ์เป็นสามีและ แม่สามี ร้อยละ 42.3 คุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์สังเกต ร้อยละ 50.8 ฝากครรภ์ ร้อยละ 97.7 และคลอดสำเร็จ ร้อยละ 99.2 มากกว่ากลุ่มที่มีแหล่งรายได้หลักแบบอื่น การวิเคราะห์สหสัมพันธ์บนนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัย เหล่านี้ ได้แก่ วัยรุ่นกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่า มัธยมต้น กลุ่มที่ไม่มีอาชีพ การมีความตั้งใจตั้งครรภ์ใน ครรภ์สังเกต พบวัยรุ่นที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น ขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงสามีและ ครอบครัวสามีน้อยกว่ากลุ่มที่สำเร็จการศึกษาระดับ ต่ำกว่ามัธยมต้น ร้อยละ 61.5 (OR=0.385, 95%CI:

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566

ปัจจัย		ครรภ์แรก		ครรภ์หลัง		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนรวม		364	100.0	50	100.0	
อายุ (ปี)	เฉลี่ย	17.4±1.4		18.0±1.3		<0.001
ช่วงอายุ (ปี)	10-14	11	3.0	0	0.0	0.238
	15-19	353	97.0	50	100.0	
ระดับการศึกษาที่สำเร็จ	ประถมต้น	2	0.5	1	2.0	0.532
	ประถมปลาย	34	9.3	4	8.0	
	มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	97	26.6	12	24.0	
	มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	40	11.0	8	16.0	
	สูงกว่า ม.6	1	0.3	0	0.0	
	ไม่ได้เรียน	6	1.6	0	0.0	
แหล่งรายได้หลัก	สามี	84	23.1	20	40.0	0.048
	ครอบครัวตนเอง	49	13.5	6	12.0	
	ตนเอง	25	6.9	2	4.0	
	ครอบครัวสามี	24	6.6	0	0.0	
ประวัติเคยมีบุตรที่มีชีวิต	ไม่เคยมีบุตรที่มีชีวิต	364	100.0	26	52.0	<0.001
	เคยมีบุตรที่มีชีวิต	0	0.0	24	48.0	
ประวัติการคลอด	เคยคลอดที่อื่น	0	0.0	21	42.0	
	เคยคลอดที่โรงพยาบาลปากเกร็ด	0	0.0	3	6.0	
ประวัติการแท้ง	เคยแท้งจากที่อื่น	0	0.0	21	42.0	
	เคยแท้งที่โรงพยาบาลปากเกร็ด	0	0.0	9	18.0	
ความตั้งใจตั้งครรภ์	ไม่ตั้งใจ	140	38.5	15	30.0	0.018
	ตั้งใจ	42	11.5	12	24.0	
ที่ปรึกษาเมื่อตั้งครรภ์	มารดา	72	19.8	5	10.0	0.032
	สามีและแม่สามี	55	15.1	11	22.0	
	อื่นๆ	9	2.5	0	0.0	
	เพื่อน	5	1.4	0	0.0	
	ไม่ได้ปรึกษาใคร	2	0.5	1	2.0	
วิธีคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์สังเกต	แบบชั่วคราว	77	21.2	7	14.0	<0.001
	แบบถาวร	0	0.0	4	8.0	
ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์สังเกต	โลหิตจาง	6	1.6	0	0.0	0.440
	เลือดออกจากช่องคลอดก่อนคลอด	20	5.5	9	18.0	0.002
	ตกเลือดหลังคลอด	3	0.8	0	0.0	0.664
	ครรภ์เป็นพิษ	6	1.6	1	2.0	0.617
	ภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบ	2	0.5	0	0.0	0.762
	ซึมเศร้า	3	0.8	2	4.0	0.123
	ซิฟิลิส	13	3.6	0	0.0	0.166
	เอชไอวี	3	0.8	0	0.0	0.664
	ตายคลอด	0	0.0	1	2.0	0.135
	คลอดก่อนกำหนด	26	7.1	6	12.0	0.214

ประสิทธิผลของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับภาวะพึงพึงสามมีและครอบครัวสามมี ของวัยรุ่นผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ		ภาวะพึ่งพิงสามมีและครอบครัวสามมี				p-value
		พึ่งพิงสามมีและครอบครัวสามมี		อื่น ๆ		
		จำนวน (n=130)	ร้อยละ	จำนวน (n=77)	ร้อยละ	
ปัจจัยส่วนบุคคล						
ระดับการศึกษาที่สำเร็จ	ม.ต้น หรือเทียบเท่า	92	70.8	65	84.4	0.025
	ต่ำกว่า ม.ต้น	36	27.7	11	14.2	
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	100	76.9	44	57.1	0.003
	มีอาชีพ	30	23.1	33	42.9	
แผนการศึกษาต่อ	ไม่ศึกษาต่อ	76	58.5	38	49.4	0.011
	ศึกษาต่อ กศน.	18	13.8	6	7.8	
	ศึกษาต่อในระบบ	24	18.5	29	37.7	
ประวัติเคยมีบุตรที่มีชีวิต	ไม่เคยมีบุตรที่มีชีวิต	120	92.3	75	97.4	0.111
	เคยมีบุตรที่มีชีวิต	10	7.7	2	2.6	
พฤติกรรมสุขภาพ						
ความตั้งใจมีครรภ์	ไม่ตั้งใจ	87	66.9	64	83.1	0.006
	ตั้งใจ	39	30.0	10	13.0	
ที่ปรึกษาเมื่อมีครรภ์	สามีและแม่สามี	55	42.3	11	14.3	0.001
	มารดา	46	35.4	31	40.3	
	เพื่อน	2	1.5	3	3.9	
	อื่นๆ	7	5.4	2	2.6	
	ไม่ได้ปรึกษาใคร	0	0.0	3	3.9	
คุมกำเนิดก่อนครรภ์สังเกต	คุม	66	50.8	26	33.8	0.036
	ไม่คุม	53	40.8	40	51.9	
วิธีคุมกำเนิดก่อนครรภ์สังเกต						0.068
	ยาเม็ดคุมกำเนิด	53	40.8	21	27.3	
	ถุงยางอนามัย	5	3.8	3	3.9	
	ยาฝังคุมกำเนิด	4	3.1	0	0.0	
	ยาคุมฉุกเฉิน	2	1.5	1	1.3	
	ยาฉีดคุมกำเนิด	2	1.5	1	1.3	
การฝากครรภ์	ฝากครรภ์	127	97.7	67	87.0	0.003
	ไม่ฝากครรภ์	3	2.3	10	13.0	
ผลลัพธ์ครรภ์สังเกต	คลอด	129	99.2	71	92.2	0.011
	แท้ง	1	0.8	6	7.8	
วิธีคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกต						0.088
	ยาฝังคุมกำเนิด	124	95.4	68	88.3	
	ยาฉีดคุมกำเนิด	1	0.8	4	5.2	
	ไม่คุมกำเนิด	5	3.8	5	6.5	
การตั้งครรภ์ซ้ำ	ตั้งครรภ์ซ้ำ	3	2.3	2	2.6	
	ไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ	127	97.7	75	97.4	

0.18–0.83, $p < 0.05$) วัยรุ่นที่ไม่มีอาชีพมีแนวโน้มอยู่ในภาวะพึ่งพิงสามีและครอบครัวสามี 2.6 เท่าเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีอาชีพ ($OR = 2.60$, 95%CI: 1.38–4.87, $p < 0.05$) และวัยรุ่นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสามีและครอบครัวสามีมีแนวโน้มตั้งใจมีครรภ์สังเกต ผักครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ และคลอดบุตรในครรภ์สังเกต มากกว่ากลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงแบบอื่น 2.9, 6.3 และ 10.9 เท่า ดังตารางที่ 3

วิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกต วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกตมักเป็นกลุ่มที่ตั้งใจตั้งครรภ์ในครรภ์สังเกต ร้อยละ 33.3 เลือกไม่คุมกำเนิด หลังครรภ์สังเกต คิดเป็นร้อยละ 55.6 และเลือกฝังยาคุม

หลังครรภ์สังเกตเพียงร้อยละ 22.2 ตามตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกต คือ การฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกต โดยวัยรุ่นที่ฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกตพบการตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้คุมกำเนิด หรือเลือกวิธีการคุมกำเนิดแบบอื่นหลังครรภ์สังเกต ร้อยละ 97.9 ($OR = 0.021$, 95%CI: 0.001–0.404, $p < 0.05$)

ส่วนที่ 2 การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรสำหรับวัยรุ่น เดิมโรงพยาบาลปากเกร็ดเน้นให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเฉพาะวัยรุ่นที่มาคลอด ทำให้วัยรุ่นที่แท้งหรือไม่ได้พบสูติแพทย์เฉพาะทาง อาจไม่ได้รับการดูแล

ตารางที่ 3 ภาวะพึ่งพิงสามีและครอบครัวสามี กับปัจจัยที่พบว่ามีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มีนัยสำคัญ	Adjusted odds ratio	Cox & Snell R^2	Overall percentage	p-value	95%CI
สำเร็จการศึกษา ม.ต้น ขึ้นไป	0.385	0.067	66.2	0.015	0.18–0.83
ไม่มีอาชีพ	2.60	0.067	66.2	0.003	1.38–4.87
ความตั้งใจมีครรภ์สังเกต	2.87	0.040	75.5	0.004	1.33–6.17
คุมกำเนิดก่อนครรภ์สังเกต	1.92	0.024	57.3	0.036	1.04–3.53
การฝากครรภ์	6.32	0.043	93.7	0.003	1.68–23.74
การคลอดครรภ์สังเกต	10.90	0.035	96.6	0.007	1.29–92.35

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ของครรภ์สังเกตที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกตในวัยรุ่น ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562–2566

พฤติกรรมสุขภาพ		การตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกต				p-value
		ตั้งครรภ์ซ้ำ		ไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ		
		จำนวน (n=9)	ร้อยละ	จำนวน (n=405)	ร้อยละ	
ความตั้งใจมีครรภ์ในครรภ์สังเกต	ตั้งใจ	3	33.3	47	11.6	0.045
	ไม่ตั้งใจ	1	11.1	156	38.5	
ผลลัพธ์ครรภ์สังเกต	คลอด	7	77.8	366	90.4	0.221
	แท้ง	2	22.2	39	9.6	
การคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกต	คุม	4	44.4	370	91.4	0.001
	ไม่คุม	5	55.6	35	8.6	
วิธีคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกต	ยาฝังคุมกำเนิด	2	22.2	349	86.2	0.020
	วิธีอื่น	2	22.2	21	5.2	

ประสิทธิผลของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อเนื่อง ผู้ศึกษาเป็นประธาน กรรมการงานดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วย สาขาสูติเวชกรรมของโรงพยาบาลปากเกร็ด ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2561 ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเป็นผู้นำการขับเคลื่อนการพัฒนาโปรแกรมบริการ ส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัด นนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 ขยายงานเป็น ระบบการให้คำปรึกษาสร้างเสริมพลังแก่ผู้รับบริการ วัยรุ่นและครอบครัว ที่มารับบริการรวมการฝากครรภ์ การคลอด และการแท้ง

บริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการ ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 ทำได้ ครอบคลุมร้อยละ 64.7 ผลของโปรแกรมทำให้มีข้อมูล

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมซึ่งมักไม่มีข้อมูล บันทึก เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้หลัก แผนการศึกษาต่อ ความตั้งใจตั้งครรภ์ในครรภ์สังเกต ที่ปรึกษาเมื่อมีครรภ์สังเกต การคุมกำเนิดและวิธีคุมกำเนิด ก่อนครรภ์สังเกต เป็นต้น ข้อมูลเพียงพอสรุปความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับปรึกษาและไม่มี บันทึกปรึกษา เช่น เชื้อชาติไทยมักมีบันทึกได้รับ ปรึกษามากกว่าเชื้อชาติอื่น คิดเป็นร้อยละ 95.9 กลุ่มที่ แท้งในครรภ์สังเกตมักไม่มีบันทึกการได้รับปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.1 กลุ่มที่ได้รับปรึกษาตามโปรแกรม มักฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกตมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 95.1 และกลุ่มที่ได้รับปรึกษาตามโปรแกรมมักเริ่มคุม กำเนิดหลังครรภ์สังเกตทันทีก่อนออกจากโรงพยาบาลคิด เป็นร้อยละ 92.2 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับการได้รับปรึกษาตามโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุม กำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วง ปีงบประมาณ 2562-2566

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ		การให้คำปรึกษาส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร				p-value
		มีบันทึกได้รับปรึกษา		ไม่มีบันทึกได้รับปรึกษา		
		จำนวน (n=268)	ร้อยละ	จำนวน (n=146)	ร้อยละ	
ปัจจัยส่วนบุคคล						
อายุเฉลี่ย (ปี)		17.3±1.4		17.6±1.5		0.059
ช่วงอายุ	10-14 ปี	5	1.9	6	4.1	0.206
	15-19 ปี	263	98.1	140	95.9	
จัดกลุ่มเชื้อชาติ	ไทย	257	95.9	112	76.7	<0.001
	อื่นๆ	10	3.7	33	22.6	
ระดับการศึกษาที่สำเร็จ	มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	108	40.3	1	0.7	<0.001
	มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	42	15.7	6	4.1	
	ประถมปลาย	37	13.8	1	0.7	
	ประถมต้น	3	1.1	0	0	
	สูงกว่า ม.6	1	0.4	0	0	
	ไม่ได้เรียน	3	1.1	3	2.1	
	ไม่มีข้อมูล	74	27.6	135	92.5	
	จัดกลุ่มระดับการศึกษาที่สำเร็จ					
	น้อยกว่า ม.ปลาย	151	56.3	5	45.5	
	ม.ปลายหรือเทียบเท่า	43	16.0	6	54.5	

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับการได้รับปรึกษาตามโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ		การให้คำปรึกษาส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร				p-value
		มีบันทึกได้รับปรึกษา		ไม่มีบันทึกได้รับปรึกษา		
		จำนวน (n=268)	ร้อยละ	จำนวน (n=146)	ร้อยละ	
อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	140	52.2	5	3.4	<0.001
	มีอาชีพ	55	20.5	8	5.5	
	ไม่มีข้อมูล	73	27.3	133	91.1	
แหล่งรายได้หลัก	สามี	99	36.9	6	4.1	<0.001
	ครอบครัวตนเอง	52	19.4	2	1.4	
	ครอบครัวสามี	25	9.3	0	0	
	ตนเอง	19	7.1	5	3.4	
	ไม่มีข้อมูล	74	27.6	133	91.1	
	แหล่งรายได้หลัก	สามีและครอบครัวสามี	124	46.3	6	
อื่นๆ	70	26.1	7	4.8		
แผนการศึกษาต่อ	ไม่ศึกษาต่อ	103	38.4	13	8.9	<0.001
	ศึกษาต่อในระบบ	52	19.4	1	0.7	
	ศึกษาต่อ กศน.	24	9.0	0	0	
	ยังไม่ตัดสินใจ	16	6.0	0	0	
	ไม่มีข้อมูล	73	27.2	132	90.4	
จัดกลุ่มสิทธิการรักษา	ไม่ต้องชำระเงิน	212	79.1	95	65.1	0.002
	ชำระเงิน	56	20.9	51	34.9	
พฤติกรรมสุขภาพ						
ความตั้งใจมีครรภ์	ไม่ตั้งใจ	147	54.9	10	6.8	<0.001
	ตั้งใจ	45	16.8	5	3.4	
	ไม่มีข้อมูล	76	28.4	131	89.7	
ที่ปรึกษาเมื่อมีครรภ์	มารดา	77	28.7	0	0.0	<0.001
	สามีและแม่สามี	66	24.6	0	0.0	
	เพื่อน	5	1.9	0	0.0	
	อื่นๆ (บิดา พี่สาว พี่ชาย ย่า อา น้ำ ญาติ ครู)	9	3.4	0	0.0	
	ไม่ได้ปรึกษาใคร	3	1.1	0	0.0	
	ไม่มีข้อมูล	108	40.3	146	100.0	
	คุมกำเนิดก่อนครรภ์สังเกต	คุม	89	33.2	4	
	ไม่คุม	89	33.2	6	4.1	
	ไม่มีข้อมูล	90	33.6	136	93.2	
วิธีคุมกำเนิดก่อนครรภ์สังเกต						<0.001
	ยาเม็ดคุมกำเนิด	72	26.9	2	1.4	
	ถุงยางอนามัย	8	3.0	0	0.0	
	ยาฝังคุมกำเนิด	4	1.5	0	0.0	
	ยาคุมฉุกเฉิน	2	0.7	2	1.4	
	ยาฉีดคุมกำเนิด	3	1.1	0	0.0	
	ไม่มีข้อมูล	180	67.2	142	97.3	

ประสิทธิผลของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับการได้รับปรึกษาตามโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร เพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ		การให้คำปรึกษาส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร				p-value
		มีบันทึกได้รับปรึกษา		ไม่มีบันทึกได้รับปรึกษา		
		จำนวน (n=268)	ร้อยละ	จำนวน (n=146)	ร้อยละ	
การฝากครรภ์	ฝากครรภ์	244	91.0	124	84.9	0.968
	ไม่ฝากครรภ์	20	7.5	10	6.8	
ผลลัพธ์ครรภ์สังเกต	คลอด	252	94.0	121	82.9	<0.001
	แท้ง	16	6.0	25	17.1	
วิธีคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกต						<0.001
	ยาฝังคุมกำเนิด	255	95.1	96	65.8	
	ยาฉีดคุมกำเนิด	12	4.5	8	5.5	
	ยาเม็ดคุมกำเนิด	0	0.0	3	2.1	
	ไม่คุมกำเนิด	1	0.4	39	26.7	
เริ่มคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกต						0.001
	ทันทีก่อนออกจากโรงพยาบาล	247	92.2	85	58.2	
	เลื่อนออกไป	20	7.5	20	13.7	
การตั้งครรภ์ซ้ำ	ตั้งครรภ์ซ้ำ	4	1.5	5	3.4	0.174
	ไม่ตั้งครรภ์ซ้ำ	264	98.5	141	96.6	
การตั้งครรภ์ซ้ำเร็ว	ตั้งครรภ์ซ้ำเร็ว	1	0.4	3	2.1	0.700
	ตั้งครรภ์ซ้ำไม่เร็ว	3	1.1	2	1.4	

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า เชื้อชาติเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับปรึกษาตามโปรแกรม พบวัยรุ่นตั้งครรภ์เชื้อชาติไทยมีโอกาสได้รับปรึกษาส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรมากกว่าวัยรุ่นเชื้อชาติอื่น 7.6 เท่า (OR=7.57, 95%CI: 3.61-15.90, p<0.05) โปรแกรมบริการสัมพันธ์กับการตัดสินใจคุมกำเนิด วิธีคุมกำเนิด และช่วงเวลาที่เริ่มคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกตในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยวัยรุ่นที่ได้รับคำปรึกษาตามโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกตมากกว่าไม่คุมกำเนิด 97.3 เท่า วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับปรึกษาตามโปรแกรม มีแนวโน้มที่ตัดสินใจฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกต 2.4 เท่าเปรียบเทียบกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น (OR=2.44, 95%CI: 1.04-5.70, p>0.05) และมีแนวโน้มที่จะเริ่มคุมกำเนิดทันทีที่ตั้งแต่ก่อนออกจากโรงพยาบาล 3.2 เท่า

เปรียบเทียบกับการเลื่อนการคุมกำเนิดออกไป (OR=3.20, 95%CI: 1.66-6.15, p>0.05) (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

โปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ของโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2562-2566 เน้นการให้ความรู้และคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือแก่ผู้รับบริการ สามมี และบุคคลในครอบครัวที่ผู้รับบริการไว้วางใจ เพิ่มการสนับสนุนด้านจิตสังคมและครอบครัวตามข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่ผ่านมา^(22,25,28,29) สามารถพิชิตปัจจัยกำหนดการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น ได้แก่ การขาดความตระหนักเรื่องตั้งครรภ์ซ้ำ การขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกและถดถอยพหุของโปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวร กับปัจจัยที่พบว่า มีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มีนัยสำคัญ	Adjusted odds ratio	Cox & Snell R ²	Overall percentage	p-value	95%CI
เชื้อชาติไทย	7.57	0.081	70.4	<0.001	3.61-15.90
การคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกต	97.32	0.176	90.3	<0.001	13.20-717.33
วิธีคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกต		0.194	84.8	<0.001	
- ผังยาคุม	103.59				6.63-516.07
- ฉีดยาคุม	58.50				14.03-764.51
- กินยาคุม	4.91				4.90-4.91
การฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกต (เทียบกับการคุมวิธีอื่น)	2.44	0.011	93.9	0.044	1.04-5.70
การเริ่มคุมกำเนิดทันที	3.20	0.031	88.8	0.001	1.66-6.15

สมัยใหม่ การไม่ได้รับคำปรึกษาอย่างสมบูรณ์ การไม่มีแผนคุมกำเนิดก่อนออกจากโรงพยาบาล ผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด การขาดความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐศาสตร์ รวมถึงอิทธิพลจากครอบครัวและวัฒนธรรมเกี่ยวกับการมีบุตรเร็ว⁽²⁰⁻²⁶⁾ โปรแกรมช่วยลดช่องว่างการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือแท้ง สนับสนุนการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อย่างเหมาะสม โดยพบวัยรุ่นที่ฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกต ตั้งครรภ์ซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ฝังยาคุม ร้อยละ 97.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾ วัยรุ่นที่ได้รับคำปรึกษาตามโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจคุมกำเนิดหลังครรภ์สังเกตมากกว่าไม่คุม 97.3 เท่า และมีแนวโน้มเลือกฝังยาคุมหลังครรภ์สังเกตมากกว่าวิธีอื่น 2.4 เท่า ดีกว่าการศึกษาอื่นที่เริ่มดำเนินการส่งเสริมการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่นในช่วงหลังคลอด^(18,20)

ผลการศึกษาที่ดำเนินในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนนทบุรี เขตสุขภาพที่ 4 พบวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกที่มีอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.0 และ 97.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ^(2,24,30) พบการตั้งครรภ์ที่สองขึ้นไป ร้อยละ 12.1 และไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มอายุ 10-14 ปี ซึ่งบรรลุเป้าหมายระดับชาติ ที่กำหนดให้น้อยกว่าร้อยละ 13^(2,30) อายุวัยรุ่นที่มี

การตั้งครรภ์ซ้ำสูงที่สุด คือ อายุ 18 ปี สอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ^(2,30) การติดตามต่อเนื่องพบอัตราตั้งครรภ์ซ้ำหลังครรภ์สังเกต ร้อยละ 2.2 และอัตราตั้งครรภ์ซ้ำเร็ว ร้อยละ 0.96 ต่ำกว่าการศึกษาอื่นที่พบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 5.5 และอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำเร็ว ร้อยละ 6.67 และ 3.7 ตามลำดับ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ สะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เคารพต่อสิทธิการตัดสินใจของวัยรุ่นและส่งเสริมการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง การดำเนินโปรแกรมนี้นำให้เข้าถึงวัยรุ่นกลุ่มแท้งได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.9 เมื่อเปรียบเทียบกับงานแบบเดิมของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2561

วัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 75.5 และวัยรุ่นครรภ์ที่สองขึ้นไปส่วนใหญ่เป็นคนไทยที่เคยคลอดหรือแท้งจากพื้นที่อื่น สอดคล้องกับข้อมูลการย้ายถิ่นของประชากรวัย 15-24 ปี^(31,32) การศึกษานี้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพได้ ร้อยละ 50.2 วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 69.7 และถือว่าอยู่ในภาวะพึ่งพิง⁽²¹⁾ วัยรุ่นที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามมีและครอบครัวสามมีมักปรึกษาสามมีและแม่สามมีเมื่อตั้งครรภ์มากกว่าปรึกษามารดาตนเอง แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ⁽¹⁵⁾ แต่อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นกลุ่มนี้ยังสามารถตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดหรือแท้ง และมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มี

ภาวะพึงพิงแบบอื่น บ่งชี้ความสำเร็จของโปรแกรมในการสร้างความตระหนักด้านการคุมกำเนิด

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกในการศึกษานี้ เช่น ภาวะช็อค โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การคลอดก่อนกำหนด ครรภ์พิษ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น ไม่แตกต่างกันในวัยรุ่นครรภ์แรกและครรภ์หลัง และไม่แตกต่างจากการศึกษาอื่น⁽⁴⁻⁶⁾ แม้การศึกษาแบบวิเคราะห์ภาคตัดขวางไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ แต่ช่วยประเมินความชุกของการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นของหลากหลายปัจจัยที่มีได้ โดยลดอคติการจำข้อมูลด้วยการใช้การเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียน

โปรแกรมบริการส่งเสริมการคุมกำเนิดแบบไม่ถาวรทำให้เกิดการบันทึกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจทำนายการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในอนาคต แม้ว่าข้อมูลไม่เพียงพอที่สรุปผลของโปรแกรมต่อการลดการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากจำนวนผู้ตั้งครรภ์ซ้ำมีน้อยและดำเนินการศึกษาในเวลาจำกัด แต่การศึกษานี้ชี้ให้เห็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำปรึกษาเชิงเสริมพลัง โดยเคารพสิทธิการตัดสินใจคุมกำเนิดของวัยรุ่น เพื่อช่วยเลือกวิธีคุมกำเนิดหลังคลอดหรือแท้งอย่างเหมาะสม โปรแกรมยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมเพียงร้อยละ 64.7 ส่วนใหญ่เป็นคนไทยและกลุ่มมีการคลอดที่มีจำนวนครั้งการติดตามมากกว่ากลุ่มแท้ง หากสามารถขยายให้ครอบคลุมวัยรุ่นไทยและต่างชาติ ทั้งกลุ่มคลอดและแท้ง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีความชำนาญในการให้คำปรึกษา อาจลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำและภาวะแทรกซ้อนของมารดาวัยรุ่นและทารกได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์อนุกุล เอกกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด ที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษานี้ภายในโรงพยาบาล ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สำหรับการรับรองโครงการวิจัย ตามเอกสารรับรองเลขที่ 43/2566 และคณะทำงานด้านสูตินรีเวชกรรมของโรงพยาบาลทุกท่านที่ทุ่มเททำงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Weiland S, Hickmann T, Lederer M, Marquardt J, Schwindenhammer S. The 2030 agenda for sustainable development: transformative change through the sustainable development goals? Politics and Governance 2021; 9(1):90-5.
2. ปิยรัตน์ เอี่ยมคง, อาริรัตน์ จันทร์ลำภู. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2564.
3. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG 2014;121 (Suppl 1):40-8.
4. ปญญา ตั้งเทอดชนะกิจ. ระบาดวิทยาการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวผู้คลอดที่โรงพยาบาลชุมชนเขตเมือง (โรงพยาบาลปากเกร็ด) จังหวัดนนทบุรี ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 2564;11(2): 79-92.
5. Ozdemirci S, Kasapoglu T, Cirik DA, Yerebasmaz N, Kayikcioglu F, Salgur F. Is late adolescence a real risk factor for an adverse outcome of pregnancy? J Matern Fetal Neonatal Med 2016;29(20):3391-4.
6. Maheshwari MV, Khalid N, Patel PD, Alghareeb R, Hussain A. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy: a narrative review. Cureus 2022;14(6):1-10.
7. Enuameh Y, White S, Adjei G, Abokyi L, Owusu-Agyei S, Pearson A. Perceived facilitators and barriers to interventions aimed at reducing unintended pregnancies

- among adolescents in low and middle income (developing) countries: a systematic review of qualitative evidence. JBI Library of Systematic Reviews 2012;10(52):3338–413.
8. Steenland MW, Pace LE, Sinaiko AD, Cohen JL. Medicaid payments for immediate postpartum long-acting reversible contraception: evidence from South Carolina. Health Aff (Millwood) 2021;40(2):334–42.
9. Luca DL, Stevens J, Rotz D, Goesling B, Lutz R. Evaluating teen options for preventing pregnancy: impacts and mechanisms. J Health Econ 2021;77:1–22.
10. Rodrigues-Martins D, Lebre A, Santos J, Braga J. Association between contraceptive method chosen after induced abortion and incidence of repeat abortion in Northern Portugal. Eur J Contracept Reprod Health Care 2020;25(4):259–63.
11. Wungrath J, Phrommasen P, Ritthimon W. Addressing the teen mom situation in Thailand: a systematic review on challenges, initiatives and recommendations for improvement. Jurnal Keperawatan Indonesia 2024;27(3): 129–45.
12. Maravilla JC, Betts KS, Couto ECC, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2017;217(5):527–45.
13. McCarty S. Going beyond abstinence only: a bioethical analysis on educating adolescents on birth control and other contraceptives [Scholar Theses]. Greencastle, Ind: DePauw University; 2020.
14. Diekema DS. Adolescent brain development and medical decision-making. Pediatrics 2020;146(Suppl 1): S18–24.
15. Roque CL, Morello LE, Arora KS. Postpartum contraceptive decision-making of parous teens – a qualitative study. J Pediatr Adolesc Gynecol 2022;35(3):329–35.
16. Todd N, Black A. Contraception for adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2020;12(Suppl 1):28–40.
17. Smith H, Ashby B, Tillema S, Xiong S, Sheeder J. Interconception care for adolescent women during the COVID-19 pandemic. Matern Child Health J 2023; 27(9):1570–7.
18. Smith H, Sheeder J, Ehmer A, Hasbrouck S, Scott S, Ashby B. Implementing interconception care in a dyadic adolescent mother-child clinic. Matern Child Health J 2021;25(11):1670–6.
19. Qasba NT, Stutsman JW, Weaver GE, Jones KE, Daggy JK, Wilkinson TA. Informing policy change: a study of rapid repeat pregnancy in adolescents to increase access to immediate postpartum contraception. J Womens Health (Larchmt) 2020;29(6):815–8.
20. Talungchit P, Kwadkweang S, Limsiri P. Mother-role development program and postpartum health-service utilization by adolescent mothers: a randomized, controlled trial. J Obstet Gynaecol Res 2021;47(2):653–60.
21. เกตย์สิริ ศรีวิไล. การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3(3): 142–52.
22. Tumchuea S, Kongvattananon P, Hsu YYA. Adolescents' and families' needs to prevent repeated adolescent pregnancy: a qualitative study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2024;28(1):38–52.
23. Nawae F, Ueranantasun A, Dureh N. A repeated teenage pregnancy in Southernmost of Thailand. Proceedings of The International Halal Science and Technology Conference 2022;15(1):225–31.
24. Arayajaru P. Experiences of repeat pregnancy in Thai adolescent mothers [Doctoral Thesis]. Yorkshire: University of Hull; 2022. 316 p.

25. ขวัญตา สิงห์นิกร, อัจฉรา คงสมฤทธิ, สุภาวดี กัญญาบุญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 4. วารสารการศึกษา สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม 2567;9(4):142-9.
26. อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล. สาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น: การทบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบในบริบทประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2567;35(2):247-62.
27. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing 1995;21(6):1201-10.
28. Frederiksen BN, Rivera MI, Ahrens KA, Malcolm NM, Brittain AW, Rollison JM, et al. Clinic-based programs to prevent repeat teen pregnancy: a systematic review. Am J Prev Med 2018;55(5):736-46.
29. Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: a review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. Glob Health Sci Pract 2017; 5(4):547-70.
30. ปิยรัตน์ เอี่ยมคง, ธัชณัท พันตรา, อารีรัตน์ จันทร์ลาภ. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2566.
31. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240308121915_47837.pdf
32. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/8e?set_lang=en

Effectiveness of Reversible Contraceptive Promotion for Repeated Pregnancy Reduction among adolescents at Pakkred Hospital, Nonthaburi in Fiscal Year 2019–2023

Punyacha Tangterdchanakit, M.D.

Pakkred Hospital, Nonthaburi Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(5):883–98.

Corresponding author: Punyacha Tangterdchanakit, Email: punyach.nina@gmail.com

Abstract: This research and development study was conducted at Pakkred Hospital between 2019 to 2023. There were two main objectives. Part 1 aimed to explore the scale of adolescent pregnancy problem, the distribution of adolescent repeat pregnancies, and the factors significantly associated to adolescent repeat pregnancies. Part 2 aimed to evaluate the effectiveness of a reversible contraceptive promotion service system among adolescents, which included semi-permanent and temporary contraceptive methods. Both main objectives were performed by collecting secondary data from 414 medical records of pregnant adolescents who had received antenatal care, delivery, or abortion services at the hospital during that period. If an adolescent had multiple pregnancies, the data which collected from last pregnancy were considered an observed pregnancy. The prevalence of rapid repeated pregnancies and the coverage of reversible contraceptive promotion services were assessed as percentages. Factors associated with repeated pregnancies in observed adolescents were analyzed using the Chi-square test, Fisher exact test, correlation analysis, and logistic regression. The first part of the study found that 2.2% (9/414) of adolescents had repeat pregnancies after observation, with 0.96% (4/414) being early repeat pregnancies. 12.1% (50/414) of adolescent observation pregnancies were second or subsequent pregnancies. A significant factor contributing to repeat pregnancies after observation was the use of contraceptive implants. Adolescents who received post-observation contraceptive implants had a 97.9% lower rate of repeat pregnancies than those who did not (OR=0.021, 95%CI: 0.001–0.404, p=0.05). The second part of the study revealed that the reversible contraceptive promotion service system reached 64.7% of pregnant adolescents receiving the service. Pregnant adolescents who received full counseling through the reversible contraceptive promotion service system were 2.4 times more likely to decide to have a post-observation contraceptive implant compared to other contraceptive methods (OR=2.44, 95%CI: 1.04–5.70, p<0.05), and 3.2 times more likely to start contraception immediately before leaving the hospital compared to postponing contraception (OR=3.20, 95%CI: 1.66–6.15, p=0.05). This study leads to the idea of developing a reversible contraceptive promotion service system for pregnant adolescents to include more family members who play a role in the adolescents' decision-making, in order to fill the gap in preventing repeat pregnancies among adolescents.

Keywords: repeat pregnancy; adolescent; cause; risk factor; reversible contraception