

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

มอดูลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ พ.บ.*

ธีรณรงค์ สกลศรี ปร.ด.**

เอมพร รตินทร ปร.ด.****

เบญจา ชูโต วท.ม.*****

กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ ปร.ด.*****

บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ พ.บ.*****

ภัทรวัลย์ ตรึงจิตร ปร.ด.*****

สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ พ.บ.*****

จิราภรณ์ อรุณาการ พ.บ.*

พัชรินทร์ เสรี ปร.ด.***

อาภา ภัคิญาญู ปร.ด.*****

อมรา สุนทรธาดา ปร.ด.**

สุวัฒน์ ศรีสรณ์ ปร.ด.*****

สุภิญญา อินอิว พ.บ.*****

สุพร อภินันทเวช พ.บ.*****

ฤดี ปุ่บงากระตี ปร.ด.****

* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

*** สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

**** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

***** กองแผน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ:	17 ต.ค. 2562
วันแก้ไข:	20 ธ.ค. 2562
วันตอบรับ:	27 ธ.ค. 2562

บทคัดย่อ มอดูลโมเดล เป็นการนำงานวิจัยของ 7 คณะ/สถาบัน ของมหิดลมาสร้างรูปแบบการปฏิบัติจริงในพื้นที่เทศบาลตำบล ศาลายา เพื่อให้เกิดการบูรณาการเชื่อมโยงเสริมพลังซึ่งกันและกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนี้ (1) ฐานครอบครัว ได้นำผลงานวิจัย เรื่องการสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัว มาทำการศึกษาแบบ RCT ใน 168 ครอบครัวที่มีลูกอายุ 10-18 ปี 179 คน ครอบครัวในกลุ่มศึกษาได้รับคู่มือครั้งละเล่มทุก 2 สัปดาห์ รวม 5 เล่ม เพื่อแนะนำและบันทึกกิจกรรมร่วมกับลูกวัยรุ่น พบว่า กลุ่มศึกษามีความสัมพันธ์ที่ดีและสื่อสารกับลูก มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.004$) มีความตระหนักในพฤติกรรมของลูกและมีการดูแลที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ (2) ฐานชุมชน พัฒนากลุ่มอาสาสมัคร 79 คน ใน 11 ชุมชนจัดตั้งเป็น 'ศูนย์พัฒนาครอบครัวชุมชน' 4 ศูนย์ เพื่อเฝ้าระวังและให้การดูแลปกป้อง เสริมพลังวัยรุ่นในชุมชน สำรวจพื้นที่ดีและเสี่ยงในชุมชน รวมทั้งทำโครงการเพื่อพัฒนาวัยรุ่นในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลศาลายาในการจัดกิจกรรมเพื่อความยั่งยืน (3) ฐานโรงเรียน พัฒนาคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน ตามระบบเดิมของกระทรวงศึกษาธิการ คือ ระบบคัดกรองระบบการดูแลช่วยเหลือเน้นในทุกสาระวิชา และระบบส่งต่อ เพื่อให้ครูและนักเรียนมีความรู้เรื่องเพศศึกษา นักเรียนมีความนับถือตนเอง และทักษะชีวิตในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ สร้างระบบส่งต่อภายนอกกับ

โรงพยาบาลพุทธมณฑล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และ (4) ฐานโรงพยาบาลอบรมให้อาสาสมัครสาวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาวัน ดำเนินการเชิงรุกในการเยี่ยมบ้านเรื่องการคุมกำเนิดแก่กลุ่มเสี่ยง ชักชวนให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์เร็วขึ้นรวมถึงการเยี่ยมบ้านหลังคลอด พร้อมกับพัฒนาคลินิกแม่วัยรุ่นในโรงพยาบาลพุทธมณฑล ให้ดูแลวัยรุ่นตั้งครรถ้อย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย จิต และเศรษฐกิจสังคม รวมทั้งจัดสวัสดิการค่าเลี้ยงดูลูกของแม่วัยรุ่นแบบมีเงื่อนไข กล่าวคือ ต้องฝากครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง คุมกำเนิดกึ่งถาวร เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพาลูกมาตรวจสุขภาพครบตามกำหนดนัด โดยร่วมมือกับร้านสะดวกซื้อในชุมชน มอบบัตรเติมเงินส่วนบุคคล เดือนละ 700 บาท (เดือนที่ 1-3) และ 1,000 บาท (เดือนที่ 4 ขึ้นไป) กำหนดรายการสินค้าที่จำเป็นเฉพาะอุปกรณ์ที่ใช้เกี่ยวกับเด็ก พบว่า แม่วัยรุ่นในโครงการมีการฝากครรภ์คุณภาพ คลอดครบกำหนด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวร และพาลูกไปตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนครบตามนัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยสรุปโมเดลสามารถเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำงานเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นระดับตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การตั้งครรถ์ในวัยรุ่น; บูรณาการในพื้นที่

บทนำ

การเข้าสู่ภาวะหนุ่มสาวทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรถ์⁽¹⁾ ในขณะที่วัยรุ่นยังขาดความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจ วุฒิภาวะ ฯลฯ การตั้งครรถ์ในวัยรุ่นจึงเป็นปัจจัยบั่นทอนคุณภาพประชากรไทย ดังที่กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติได้ให้ข้อสรุปที่สำคัญว่า การตั้งครรถ์ในวัยรุ่นเป็นปัจจัยคุกคามคุณภาพประชากรในระยะยาว โดยขณะที่อัตราเกิดของประชากรโดยรวมลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 แต่กลับมีอัตราการคลอดในกลุ่มแม่วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เกิดปรากฏการณ์ “เกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ”⁽²⁾ ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรถ์ในวัยรุ่นจึงเป็นภารกิจที่สำคัญเพื่อให้การเกิดน้อยนี้มีคุณภาพที่ดีขึ้นให้ได้

จากรายงานอัตราการคลอดในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีการคลอดทั้งหมด 748,067 ราย เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี 125,371 ราย (ร้อยละ 16.8 ของจำนวนคลอดทุกอายุ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.8 ในปี พ.ศ. 2547)^(3,4) เมื่อคิดจากอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คนในชุมชนเท่ากับ 51.2 ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 2 ในอาเซียน

และสูงเป็น 13 เท่าของสิงคโปร์ (4 ต่อ 1,000)⁽⁵⁾ นอกจากนี้การคลอดซ้ำในแม่วัยรุ่นไทย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.0 เป็น 12.2 ในปี พ.ศ. 2553⁽⁶⁾

กระทรวงสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 18.0 ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีการตั้งครรถ์แล้ว⁽⁷⁾ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะแก้ปัญหาโดยการตัดสินใจยุติการตั้งครรถ์โดยการทำแท้ง ผลสำรวจการทำแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ร้อยละ 24.7 ของผู้ที่ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 24 ปี และมีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา^(8,9) และ พ.ศ. 2556 กรมอนามัยพบว่า สัดส่วนการทำแท้งในกลุ่มอายุ 15-19 ปีมีถึงร้อยละ 28.1 ของผู้ป่วยที่ทำแท้งในสถานพยาบาล^(10,11)

วัยรุ่นที่ตั้งครรถ์มักมีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าแม่วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีการคลอดก่อนกำหนด และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการคลอดสูงกว่าแม่ที่มีอายุเกิน 20 ปี^(12,13) เนื่องจากวัยรุ่นไม่พร้อมต่อการตั้งครรถ์ทั้งทางร่างกายรวมทั้งด้านจิตใจและสังคม สภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการเรียน ครอบครัวและสังคม จึงเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย พบว่าแม่วัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงทั้งก่อนคลอด (ร้อยละ 42.0) และหลังคลอด

(ร้อยละ 14.8-53.0)⁽¹⁴⁾

ผลกระทบทางด้านลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ได้แก่ เกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 18.0 หรือเสียชีวิตหลังคลอด นอกจากนี้ การขาดทักษะในการเลี้ยงดูส่งผลให้มีการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ พัฒนาการล่าช้า และไม่ได้รับวัคซีนครบถ้วน⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ พ่อแม่วัยรุ่นที่แต่งงานหรืออยู่ด้วยกันมักมีปัญหาและลงเอยด้วยการหย่าร้าง มีแม่เลี้ยงเดี่ยวอายุต่ำกว่า 15 ปีเพิ่มขึ้น และที่สำคัญคือขาดโอกาสทางการศึกษา การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2556 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-18 ปีร้อยละ 32.0 ต้องออกจากการศึกษา อนึ่งข้อมูลจากสำนักเลขาธิการสภาการศึกษาพบว่า อัตราการออกจากโรงเรียนกลางคันด้วยเหตุผลสมรสในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ระหว่างปีการศึกษา 2548-2555 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 เป็น 2.7 กลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มจากร้อยละ 5.1 เป็น 6.2 และกลุ่มมัธยมศึกษาตอนปลายเพิ่มจากร้อยละ 4.2 เป็น 6.5⁽¹⁸⁾ การตั้งครรภ์จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นต้องหยุดเรียน ไม่มีวิชาชีพต้องประกอบอาชีพแรงงานที่มีรายได้ต่ำและไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองและลูกให้มีคุณภาพส่งผลให้มารดาที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่เดิม กลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ใช้สารเสพติด ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการทารุณกรรมลูกได้⁽¹⁹⁾

คณะผู้วิจัยจาก 7 คณะ/สถาบันของมหาวิทยาลัยมหิตลได้ตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่าเป็นปัญหาวิกฤตหนึ่งของชาติ จึงร่วมกันระดมสรรพกำลังนำผลการวิจัยที่ดำเนินการแล้วเสร็จมาสู่การปฏิบัติและดำเนินการในพื้นที่เดียวกันเพื่อให้เป็น area-based ต้นแบบ ในการเสริมพลังเชื่อมโยงและบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้จากทุกฐานของงานวิจัย ได้แก่

ฐานครอบครัว โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม จากงานวิจัย Family Matter⁽²⁰⁻²²⁾

ฐานชุมชน โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ซึ่งทำงานสนับสนุนศูนย์พัฒนาครอบครัวระดับจังหวัด ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ฐานโรงเรียน โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อพัฒนาคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียนในการดูแลวัยรุ่นในโรงเรียน^(1,23)

ฐานโรงพยาบาล โดยคณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาต้นแบบ “มหิตลโมเดล” ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่เทศบาลตำบลศาลายาอย่างบูรณาการ เชื่อมโยงระหว่าง (1) ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงของลูกวัยรุ่น (2) ชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานศูนย์พัฒนาครอบครัวชุมชน (ศพคช.) ในเขตเทศบาลตำบลศาลายา (3) โรงเรียน เพื่อเสริมพลังระบบดูแลช่วยเหลือให้นักเรียนให้สามารถคัดกรองและติดตามกำกับพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศของนักเรียน ให้ความรู้เพศวิถีศึกษาแก่นักเรียนแกนนำ และนักเรียนทั่วไปผ่านกระบวนการให้ความรู้ การอบรมและค่ายแกนนำเยาวชน และสร้างความเข้าใจและเสริมสร้างทัศนคติของครูแกนนำให้เข้าใจในเรื่องบทบาททางเพศ แนวปฏิบัติต่อกันระหว่างหญิงชาย และการสอนเพศวิถีศึกษารอบด้าน รวมถึงกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ และ (4) โรงพยาบาล เพื่อพัฒนาคลินิกแม่วัยรุ่น ณ โรงพยาบาลพุทธมณฑล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านศาลาวน

วิธีการศึกษา

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย เดือนธันวาคม 2557 - กันยายน 2560

1. ฐานครอบครัว (Family-based)

1) สำรวจข้อมูลทั่วไปของครัวเรือนในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบ 168 ครัวเรือนที่มีวัยรุ่นอายุ 10-18 ปี ที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่จำนวน 179 คน

2) ดำเนินกิจกรรมแทรกแซง โดยแบ่งกลุ่มชุมชนเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (simple randomized con-

trolled trial) กลุ่มศึกษาจะได้รับการแจกคู่มือครึ่งละเล่ม ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ คู่มือ 5 เล่ม มีดังนี้

ก. ภาพรวมของโครงการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง สะท้อนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อวัยรุ่นด้วยตนเอง

ข. เน้นที่ความเข้าใจวัยรุ่น และการสื่อสารในครอบครัว

ค. เน้นการจัดการกับการใช้แอลกอฮอล์ และยาเสพติดอื่นๆ ของวัยรุ่น

ง. เน้นการทำความเข้าใจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และการป้องกัน

จ. การจัดการเกี่ยวกับอิทธิพลของเพื่อนและสื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมวัยรุ่น

3) หลังจากนั้นอีก 1 ปี ให้ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารในครอบครัว ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงของลูกและพฤติกรรมการควบคุมดูแลลูก

2. ฐานชุมชน (Community-based)

1) รับสมัครและคัดเลือกอาสาสมัครในพื้นที่มาเป็นคนทำงาน ศพคช. จำนวน 78 คน จาก 11 ชุมชน

2) การพัฒนาคนทำงาน ศพคช.

2.1 ประชุมหัวหน้าชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย จำนวน 11 คน

2.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 หัวข้อ ๆ ละ 2 วัน แก่คนทำงาน 78 คน คือ (ก) เรื่องต้นทุนชีวิต (ข) เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศชายหญิงในวัยรุ่น และ (ค) ทักษะการเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษา

2.3 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน 2 วัน

3. ฐานโรงเรียน (School-based)

3.1 กลุ่มเป้าหมาย

1) ครูที่ปรึกษาโรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชบวร-นิเวศศาลายา (ในพระสังฆราชูปถัมภ์) (รร.รสบศ.) จำนวน 78 คน

2) นักเรียนแกนนำเยาวชน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 2 (ม. 1 และ 2) จำนวน 100 คน เพื่อเป็นนักเรียนแกนนำ

3) นักเรียนระดับชั้น ม. 1 ทุกคน จำนวน 305 คน

4) นักเรียนระดับชั้น ม. 5 จำนวน 8 คน เพื่อเป็นพี่เลี้ยง

3.2 สถานที่ทำการวิจัย รร. รสบศ.

3.3 กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย สอดแทรกกิจกรรมเข้าไปในงานประจำตามระบบคัดกรอง ระบบดูแลช่วยเหลือและระบบส่งต่อของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)

3.4 แผนการดำเนินงาน

กิจกรรมสำหรับครู

ปีที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) พัฒนาทักษะครูแกนนำในการสอนเพศศึกษาแก่เยาวชนเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสอนเพศศึกษา ปรับทัศนคติเชิงบวกในการพูดคุย และเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่นักเรียน

2) อบรมสัมมนาเพิ่มศักยภาพครูในการวางแผนการดำเนินการอย่างยั่งยืน ให้มีแผนปฏิบัติการระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน เสนอต่อผู้บริหารจำนวน 8 โครงการ ใน 6 สาระการเรียนรู้

3) การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนทุกคน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น (อนุสิทธิบัตร ว 2135)

ปีที่ 2 จัดกิจกรรมร่วมกับนักเรียนใน 6 สาระวิชา ดังนี้

1) รักปลอดภัย ไว้วางใจเรียน (อบรมเชิงปฏิบัติการการผลิตสื่อภาพยนตร์สั้น) โดยกลุ่มสาระภาษาไทย

2) รักขีวิตใส ... ใส่ใจวัยรุ่น โดย กลุ่มสาระภาษาอังกฤษ

3) พัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษา และวัยเรียนวัยใส รักอย่างไรไม่ให้ตั้งครมโดยกลุ่มสาระคณิตศาสตร์

4) ปลอดภัยไว้ครม (อบรมค่ายเพศศึกษา) และกิจกรรมสร้างสรรค์ วัยรุ่นไทยไม่ท้องก่อนวัยอันควร โดย

กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์

5) รักใสใส หัวใจสีขาว โดยกลุ่มสาระระบบดูแลช่วยเหลือ

6) พัฒนาแกนนำ ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (จัดอบรมแบบเสียงตามสาย) โดยกลุ่มสาระการงาน/สุขศึกษาและพลศึกษา

กิจกรรมสำหรับนักเรียน

ปีที่ 1 และ 2

1) การอบรมและพัฒนาแกนนำนักเรียน ม.1 และ ม.2 ให้เป็นเยาวชนต้นแบบ เพื่อเป็นที่ปรึกษาแก่เพื่อนนักเรียน

2) กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่นักเรียน โดยพยาบาลและนักจิตวิทยา ในการนี้แกนนำเยาวชนร่วมจัดบอร์ดให้ความรู้เรื่อง เพศศึกษา

3) การอบรมเรื่องเพศศึกษาในนักเรียน ม.1 ทุกคน เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาสำหรับใช้ในการดูแลตนเอง

4) การอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่นักเรียน ม. 5 เพื่อเป็นพี่เลี้ยงโดยเสริมเทคนิคและวิธีการให้คำปรึกษา

ปีที่ 3

ขยายผลให้ครูและนักเรียนเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมร่วมกับเทศบาลตำบลศาลายา (ฐานชุมชน) และผู้ปกครอง (ฐานครอบครัว) ดังนี้

1) การประกวดการออกแบบกิจกรรมรณรงค์เรื่องเพศศึกษาของนักเรียน

2) ประชุมสภาแกนนำเยาวชน ชุมชน และนักเรียน รร. รสบศ. ร่วมกับ เทศบาลตำบลศาลายา เพื่อดำเนินการจัดกิจกรรม ‘ถนนเด็กเดิน’

3) โรงเรียนร่วมกับโรงพยาบาลพุทธมณฑล ดำเนินการวางระบบการส่งต่อและคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 ซึ่งกำหนดให้พยาบาลมาบริการรับปรึกษาในโรงเรียน เดือนละ 1 ครั้ง

4) ประชุมเครือข่ายผู้ปกครอง (โรงเรียนพ่อแม่)

5) การจัดอบรมเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว (ครู ก) เพื่อให้ผู้ปกครองมีเทคนิคในการพูดคุยกับลูก ๆ โดย

วิทยาการจาก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6) โครงการจัดตั้ง โรงเรียนพ่อแม่ ณ ศาลายา เซ็นเตอร์ เทศบาลตำบลศาลายา เพื่อแนะนำการเลี้ยงดูบุตรด้วยวินัยเชิงบวก และสอนการใช้ Application Teen’s Mind เพื่อเป็นคู่มือให้ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น

4. ฐานโรงพยาบาล (Hospital-based)

4.1 สัมภาษณ์กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลพุทธมณฑล และ รพ.สต.บ้านศาลาวน เพื่อสำรวจ ปัญหาและความต้องการ

4.2 ฝึกอบรมและการศึกษาดูงานการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ และแม่วัยรุ่นให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงาน 25 คน ผ่านคู่มือ ‘การดูแลแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม’ จัดทำโดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและคณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี⁽²⁴⁾

4.3 จัดตั้งและดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นและแม่วัยรุ่นใน โรงพยาบาลพุทธมณฑล และ รพ.สต.บ้านศาลาวน โดย

1) ปรับพื้นที่ในการให้บริการใหม่ เพื่อให้มีพื้นที่ที่มี ความเป็นส่วนตัวมากขึ้น

2) แยกคลินิกแม่วัยรุ่นจากคลินิกฝากครรภ์ทั่วไปให้ บริการทุกวันอังคารช่วงบ่าย

3) เตรียมแบบบันทึกข้อมูลและขั้นตอนการบริการ ฝากครรภ์และการส่งต่อ

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข MU-CIRM 2014/053.2104

ผลการศึกษา

1. ฐานครอบครัว

สถานการณ์การปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับลูกใน คราวเรือน โดยภาพรวมพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มศึกษามี ปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับลูกในคราวเรือนมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.004$) (ตารางที่ 1)

ผู้ปกครองในกลุ่มศึกษามีความตระหนักในเรื่องของ พฤติกรรมของลูก/หลานเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.832$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 สถานการณ์ปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับลูกในครัวเรือน (Relationship)

ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับลูกในครัวเรือน	กลุ่มศึกษา (%) (n = 119)	กลุ่มควบคุม (%) (n = 59)	ผล	t-test	p-value
1. คุณกับลูก/หลานมักจะนั่งคุยและปรึกษากันถึงปัญหาของเขา	47.8	26.3	↑	3.397	0.004
2. แสดงการสนับสนุนเมื่อลูก/หลานพูดในสิ่งที่ต้องการทำเมื่อเขาโตขึ้น	51.3	31.6	↑		
3. พูดคุยกับลูก/หลาน เสมอๆ เกี่ยวกับค่านิยมและความเชื่อที่ครอบครัวยึดถืออยู่	46.9	28.9	↑		
4. พูดคุยกับลูก/หลาน ในเรื่องการคบเพื่อนและแนวทางที่จะอดกลั้น และทนต่อความกดดันต่างๆ จากเพื่อน	42.0	26.3	↑		
5. คุณกับลูก/หลาน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว	38.9	18.4	↑		
6. จัดสรรเวลาอยู่กับลูก/หลาน หรือหาเวลาอยู่กับ ลูก/หลาน	32.7	15.8	↑		
7. พูดคุยกับลูก/หลานในเรื่อง เกี่ยวกับการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และยาเสพติด	47.3	29.7	↑		
8. พูดคุยกับลูก/หลาน เรื่องเกี่ยวกับการมีแฟน	52.2	44.7	↑		
9. พูดคุยกับลูก/หลาน เรื่องการมีเพศสัมพันธ์	52.2	52.6	↑		

ตารางที่ 2 ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงของลูก (Awareness)

ความตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงของลูก	กลุ่มศึกษา (%) (n = 119)	กลุ่มควบคุม (%) (n = 59)	ผล	t-test	p-value
1. สูบบุหรี่วันละ 1 มวนหรือมากกว่าทุกวัน	17.7	13.2	↑	0.217	0.832
2. สูบกัญชา	2.7	0.0	↑		
3. ลองดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 หรือ 2 แก้ว	11.5	13.2	↓		
4. ดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 หรือ 2 แก้ว เป็นประจำ	8.8	10.5	↓		
5. เสพยาเสพติดประเภทอื่นๆ อาทิ ยาบ้า ยาไอซ์ ฯลฯ	4.4	7.9	↓		
6. มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน	11.5	7.9	↑		

พ่อแม่ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลลูกตนเอง เช่น ทราบว่าลูก/หลานมีพฤติกรรมเป็นแบบไหน และทราบที่อยู่ของลูก/หลานมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.815$) (ตารางที่ 3)

2. ฐานชุมชน

1) ในปี 2 อาสาสมัคร 78 คน รวมกลุ่มเป็นศพคช. 4 กลุ่ม ทำการสำรวจชุมชน (community survey and mapping) เพื่อหาพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ดีของชุมชน

ตนเอง

2) ในปี 3 ศพคช. ทั้ง 4 กลุ่ม ได้เขียนโครงการเสนอขอและได้รับอนุมัติงบประมาณจากสภาเทศบาลตำบลศาลาया 4 โครงการ ดังนี้

- โครงการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของชุมชนสหพร โดยชุมชนสหพร
- โครงการชุมชนร่วมใจ วัยรุ่นปลอดภัย อุ่นใจทุกครอบครัว โดยชุมชนริมคลองมหาสวัสดิ์ ชุมชน

มหิตลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลควบคุมลูก (Supervision)

พฤติกรรมการดูแลควบคุมลูก	กลุ่มศึกษา (%) (n = 119)	กลุ่มควบคุม (%) (n = 59)	ผล	t-test p-value
1. ทราบว่าลูกอยู่ที่ใดหลังเลิกเรียนหรือตอนที่เขาไม่อยู่บ้าน	23.9	18.4	↑	-0.238 0.815
2. ทราบสถานที่ที่ลูกชอบอยู่หรือชอบไป	23.0	18.4	↑	
3. ทราบกิจกรรมที่ลูกทำหลังเลิกเรียนหรือเมื่อเขาอยู่นอกบ้าน	18.8	18.4	↓	
4. ทราบว่าลูกอยู่กับใครหลังเลิกเรียนหรือเมื่อเขาอยู่นอกบ้าน	25.2	13.2	↑	
5. ให้อิสระแก่ลูกในการที่จะไปที่ใดที่เขาพอใจที่จะไป	28.8	23.7	↑	
6. ตั้งเวลาหรือบังคับในเรื่องการออกจากบ้านยามวิกาล	41.6	47.4	↓	
7. รู้จักเพื่อนโดยส่วนใหญ่ของลูก	22.3	26.3	↓	
8. เชื่อในสิ่งที่ลูกบอกเกี่ยวกับสถานที่ที่เขาอยู่ ในสิ่งที่เขาทำ	19.6	18.4	↑	
9. ตรวจสอบรายการทีวี หนังสือ คลิปวิดีโอ หรือเว็บไซต์ที่ลูกชอบดู	24.8	55.3	↓	

สาลวัน และชุมชนโพธิ์ทอง

- โครงการชุมชนรถไฟ คุณหลวง ตลาดเก่า รวมใจ เฝ้าระวัง โดยชุมชนหน้าสถานีรถไฟ ชุมชนตลาดเก่าศาลายา ชุมชนคุณหลวง และชุมชนรวมใจริมทางรถไฟ
- โครงการวัยใสปลอดภัย ครอบครัวสุขใจ โดยชุมชนซอย ส.พุนทรัพย์ ชุมชนศาลายานิเวศน์ และชุมชนหน้าพุทธมณฑล

3. ฐานโรงเรียน

จากระบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน ม.1 ในปี 2558 ซึ่งได้ผ่านกระบวนการต่างๆ ของระบบดูแลช่วยเหลือของโรงเรียนดังกล่าวข้างต้นเป็นเวลา 1 ปี และได้คัดกรองซ้ำ เมื่อเป็นนักเรียน ม.2 ในปี พ.ศ.2559 โดยแยกเป็นปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงในตารางที่ 4 พบว่านักเรียนกลุ่มดังกล่าวมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านครอบครัวได้แก่ อยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว ความสัมพันธ์ในบ้านของพ่อแม่ไม่ดี พ่อแม่หย่าร้าง คบเพื่อนที่มีปัญหามากขึ้น มีความนับถือตนเองในครอบครัวลดลง แต่ปัจจัยที่ดีขึ้นคือ เศรษฐฐานะทางบ้าน พ่อแม่ใช้บุหรี่ยี่สิบลด มีที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจเพิ่มขึ้น และความนับถือตนเองในโรงเรียนดีขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการฝึกอบรมครูให้เข้าใจ

ธรรมชาตินักเรียนวัยรุ่นและมีวินัยเชิงบวกมากขึ้น สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการทะเลาะวิวาท ภาวะซึมเศร้า การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลดลง แต่พฤติกรรมเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการขับขี่รถยนต์ สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ อ้วน และมีปัญหาการเรียนมากขึ้น อาจเป็นไปได้จากปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น อายุที่เข้าสู่ความเป็นวัยรุ่นมากขึ้น และ intervention ที่ให้ในระยะเวลา 1 ปี สิ้นเกินไป ไม่สามารถเอาชนะปัจจัยเสี่ยงได้

4. ฐานโรงพยาบาล

4.1 โรงพยาบาลพุทธมณฑลได้มีการจัดตั้งคลินิกแม่วัยรุ่น โดยใช้ชื่อว่า “คลินิกรักใส่ฯ” และเริ่มเปิดให้บริการฝากครรภ์สำหรับวัยรุ่นตั้งแต่วันที่ 6 ตุลาคม 2558 ตั้งแต่ 13:00 น. เป็นต้นไป พบว่า มีวัยรุ่นมาฝากครรภ์ จำนวน 197 ราย (จากแม่ทุกอายุ 1,275 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.5) ในจำนวนนี้เป็นแม่วัยรุ่นที่มีทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลศาลายา ซึ่งเรียกว่า ‘กลุ่มมหิตลโมเดล’ 14 ราย พบว่า ฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์, คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการคุมกำเนิดหลังคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50.0 เทียบกับ 22.8, 0.0 เทียบกับ 9.4, 100.0 เทียบกับ 95.3 ตามลำดับ) หลังคลอดมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำภายใน 2 ปี น้อยกว่า (0)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน ม. 1 (ปี พ.ศ. 2558) และเมื่อเป็นนักเรียน ม. 2 (ปี พ.ศ. 2559)

ปัจจัยเสี่ยง (%)	ปีการศึกษา		ผล	พฤติกรรมเสี่ยง	ปีการศึกษา		ผล
	2558	2559			2558	2559	
1. อยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว	16.9	24.5		1. ไม่สวมหมวกนิรภัย	46.1	50.0	
2. เศรษฐฐานะต่ำ (<3,000 บาท/เดือน)	15.7	7.6	↓	2. ทะเลาะวิวาท	28.1	17.8	↓
3. พ่อแม่ใช้บุหรี่	31.9	27.1	↓	3. ซึมเศร้า	23.4	13.6	↓
4. ความสัมพันธ์ในบ้านไม่ดี	2.9	8.1		4. สูบบุหรี่	13.0	12.7	↓
5. พ่อแม่หย่าร้าง	21.9	29.2		5. ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	33.6	30.5	↓
6. คบเพื่อนที่มีปัญหา	15.1	47.4		6. สารเสพติดอื่น ๆ	1.1	3.4	
7. ไม่มีที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจ	17.8	8.5	↓	7. มีเพศสัมพันธ์	7.9	19.1	
8. ไม่ร่วมกิจกรรมทางศาสนา นาน ๆ ครั้ง	73.6	70.3	↓	8. ปัญหาการเรียน	31.1	55.5	
9. ความนับถือตนเองต่ำ							
● ในครอบครัว	36.7	38.9					
● ในโรงเรียน	61.9	54.2	↓				

และทุกรายพาลูกมาตรวจสุขภาพตามนัดทุกครั้ง (เทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 10.2 และ 80.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

4.2 รพ.สต. บ้านศาลวันรับผิดชอบในการเยี่ยมบ้าน ดูแลแม่วัยรุ่นและอาสาสมัครสาวสาว (ออส.)

1) รพ.สต. บ้านศาลวันจัดให้มีคลินิกฝากครรภ์ทั่วไป ให้บริการเข้าวันอังคาร และคลินิกแม่วัยรุ่นให้บริการบ่ายวันอังคาร ซึ่งจะเน้นให้บริการด้านคำปรึกษา แนะนำ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว การคุมกำเนิด การเรียนหรือการทำงาน การดูแลแม่และลูกที่บ้านอีกด้วย

2) ในส่วนของ home care ดูแลแม่และลูกที่บ้าน ของโครงการ ออส. โดยให้ รพ.สต. เสนอชื่อผู้หญิงที่มีจิตอาสาจากชุมชน ๆ ละ 1-3 คน เพื่อรับการอบรมให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลแม่วัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด การเลี้ยงทารก การให้นมแม่ และการคุมกำเนิด พร้อมมอบเครื่องมือที่จำเป็น อาทิ กระจ่างใส่คู่มือและอุปกรณ์ตรวจสอบพัฒนาการของเด็ก และเสื้อทึมให้กับ

ออส. ทุกคน บทบาทในการเยี่ยมบ้านเชิงรุกมีดังนี้

- กรณีที่สังเกตเห็นว่าวัยรุ่นในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ จะมีเทคนิคในการแนะนำวัยรุ่นและพ่อแม่
- กรณีทราบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์แล้ว จะแนะนำให้มีการคุมกำเนิด
- กรณีที่ตั้งครรภ์แล้วจะให้คำปรึกษา หากต้องการยุติการตั้งครรภ์ก็จะแนะนำให้พบแพทย์ หรือหากต้องการมีลูกก็จะแนะนำให้ไปฝากครรภ์โดยเร็วภายใน 3 เดือน
- เมื่อแม่วัยรุ่นคลอดแล้ว ออส.จะไปเยี่ยมที่บ้านเป็นระยะ เพื่อเตือนให้ไปตรวจหลังคลอดและคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยาคุม รวมทั้งสอบถามเรื่องการดูแลลูกและสังเกตความผิดปกติต่างๆ พร้อมทั้งแจ้งโครงการในการออกสิทธิประโยชน์และรับบัตรเติมเงินส่วนบุคคล

มติดลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ

ตารางที่ 5 ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดของแม่วัยรุ่น

ข้อมูล	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มมติดลโมเดล
• จำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์	197 ราย	14 ราย
• ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	22.8 %	50.0 %
• ฝากครรภ์มากกว่า 3 ครั้ง	100.0 %	100.0 %
• คลอดก่อนกำหนด	9.4 %	0.0 %
• ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	7.1 %	0.0 %
• คลอดแล้ว	106 ราย	14 ราย
• คุมกำเนิดหลังคลอด	95.3 %	100.0 %
- ผังยาคุม	61.3 %	92.9 %
- กินยา	8.5 %	-
- ฉีดยา	21.7 %	7.1 %
- ใส่ห่วง	1.9 %	-
• พาลูกมาตรวจสุขภาพ	80.2 %	10.00 %
• ตั้งครรภ์ซ้ำ	10.2 %	0.0 %

3) แม่วัยรุ่นที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลศาลายาและปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดไว้ จะได้รับบัตรเติมเงินส่วนบุคคลที่ร้านสะดวกซื้อเป็นเงินสนับสนุนการเลี้ยงดูลูก โดยเดือนที่ 1- 3 ได้รับการเติมเงิน 700 บาท/เดือน หลังจากเดือนที่ 4 เป็นต้นไปจะเติมเงิน 1,000 บาท/เดือน ซึ่งจำกัดสินค้าที่แม่วัยรุ่นมีสิทธิที่ซื้อได้คือ ผ้าอ้อมสำหรับเด็ก น้ำยาซักผ้าเด็ก นมสำหรับแม่ และถุงเก็บนํ้านม เป็นต้น เมื่อสิ้นสุดโครงการใช้เงินไปทั้งสิ้น 173,400 บาท โดยสินค้าที่แม่วัยรุ่นนิยมซื้อมากที่สุด 3 ลำดับคือ ผ้าอ้อมสำหรับเด็ก นมจืดสำหรับแม่วัยรุ่น และถุงเก็บนํ้านม

วิจารณ์

แม้ว่าคณะต่างๆ ในมหาวิทยาลัยมหิดลจะได้มีงานวิจัยและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแม่วัยรุ่นในพื้นที่ด้วย setting ที่แตกต่างกัน แต่กระนั้นก็ตามสถิติการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นของไทยยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นอันดับต้นๆ ของอาเซียน ด้วยเหตุที่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาเชิงซ้อนอันเนื่องมาจากครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ

สังคม กระแสสื่อโซเชียลและโลกาภิวัตน์ จึงเกิดแนวคิดว่าการแก้ปัญหาควรจะเป็นเชิงบูรณาการของทุกภาคส่วน ดังกล่าว มหาวิทยาลัยมหิดลจึงมีนโยบายให้นางานวิจัยของทุกคณะ/สถาบันมาบูรณาการลงสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่เดียวกัน เพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน เป็นที่มาของการสร้างมติดลโมเดล เพื่อเป็นต้นแบบของการนำผลงานวิจัยของ 7 คณะ/สถาบันมาทำงานร่วมกัน โดยมีแผนงานเดียวกัน เป้าหมายเดียวกัน ในพื้นที่เดียวกัน คือ เทศบาลตำบลศาลายา ในเวลาเดียวกันนั้นก็เกิดพัฒนาการในเรื่องนี้ ได้แก่ มีการทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในเขตพื้นที่ 19 จังหวัด⁽²⁵⁾ โดยใช้รูปแบบ 9 ภารกิจที่มีรูปแบบมาจากประเทศอังกฤษ ซึ่งประสบความสำเร็จ สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นลงได้ครึ่งหนึ่งในเวลา 10 ปี⁽²⁶⁾ และคณะกรรมการสาธารณสุขของรัฐสภาได้ผลักดัน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ.2559 พร้อม ๆ กับที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันนโยบาย ‘อำเภออนามัยเจริญพันธุ์’ ลงสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง⁽²⁷⁾ ซึ่งมีเครือข่ายประกอบด้วย องค์การปกครอง-

ส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และครอบครัว คล้ายคลึงกับมทิดลโมเดล และกำหนดให้การตั้งครรภในวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญหนึ่งในการดำเนินการของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (คชอ.)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบเครือข่ายการทำงานกับรูปแบบอื่นๆ พบว่า มทิดลโมเดลมีความสอดคล้องกับ 9 ภารกิจของ สสส. แต่มีจุดเด่นที่สามารถระบุผู้รับผิดชอบในท้องถิ่นได้ชัดเจนว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบงานนั้นๆ และเชื่อมรับกับ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 หากแต่เป็นระดับพื้นที่ที่เล็กลงมาเป็นตำบล หากเปรียบเทียบรูปแบบต่าง ๆ ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบจากเล็กไปใหญ่ จะเป็นดังนี้

ระดับตำบล - มทิดลโมเดล

ระดับอำเภอ - อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ และคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ

ระดับจังหวัด - ภารกิจของ สสส. และคณะ-

อนุกรรมการ ฯ ระดับจังหวัด

ระดับชาติ - พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น

มทิดลโมเดลเป็นการนำผลการวิจัยมาทดลองปฏิบัติในชุมชน (reverse R2R = Research to Routine) ดังนั้นระเบียบวิธีวิจัยอาจจะไม่ชัดเจนแน่นอน มีเฉพาะฐานครรภที่ เป็น RCT นอกนั้นเป็น before and after observational research ซึ่งอาจจะเห็นผลเฉพาะกระบวนการ และผลลัพธ์บางส่วน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจจะต้องใช้ระยะเวลายาวนาน และเป็นผลที่สืบเนื่องเกี่ยวพันกัน อันจะกระทบให้ผลลัพธ์ของการศึกษาอีกฐานหนึ่งไม่ชัดเจนได้

ในฐานะครอบครัว สถาบันวิจัยประชากรและสังคมพบว่า แบบฝึกหัด ‘ครอบครัวสำคัญ’ สามารถปรับเปลี่ยนให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ดีขึ้น พ่อแม่เข้าใจลูกวัยรุ่น

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบมทิดลโมเดล กับ 9 ภารกิจของ สสส. และ พ.ร.บ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น ปี 2559

มทิดลโมเดล	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ⁽²⁴⁾	พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น ฯ พ.ศ. 2559
ฐานครอบครัว (เทศบาล)	1. พัฒนากลไกการประสานงาน 2. พ่อแม่มีทักษะคุยกับลูกเรื่องเพศ 3. การสอนเรื่องทักษะชีวิตและวิถีเพศศึกษารอบด้าน	คณะอนุกรรมการระดับจังหวัด มาตรา 9 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรา 8 กระทรวงแรงงาน (กรณี โรงงาน) มาตรา 6 กระทรวงศึกษาธิการ มาตรา 8 กระทรวงแรงงาน (กรณี โรงงาน)
ฐานโรงเรียน (โรงเรียน)	4. วิเคราะห์ออกแบบทำงานเจาะกลุ่มวัยรุ่น 5. รณรงค์สื่อสารเรื่องเพศ การคุมกำเนิด	
ฐานโรงพยาบาล (โรงพยาบาลและ รพ.สต.)	6. บริการสุขภาพที่เป็นมิตร 7. ระบบบริการที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน	มาตรา 7 กระทรวงสาธารณสุข มาตรา 6-10 กระทรวงอื่น ๆ
ฐานชุมชน (เทศบาล)	8. พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น	มาตรา 10 กระทรวงมหาดไทย มาตรา 8 กระทรวงแรงงาน (กรณี โรงงาน)
ส่วนกลาง (เทศบาล, โรงเรียน, โรงพยาบาล)	9. พัฒนาระบบข้อมูล/ ติดตามผล/ พัฒนาศักยภาพ	คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภในวัยรุ่น (ระดับชาติ)

มากขึ้น มีวินัยเชิงบวกลดจากการควบคุมดูแลเข้มงวดมาเป็นความไว้วางใจ ซึ่งดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังไม่มากและนานพอที่จะทำให้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงหรือคงที่ได้ พ่อแม่ในกลุ่มศึกษาอยากให้มีการขยายผลต่อเนื่อง แต่ก็ไม่มีเวลาที่จะเข้ารับการอบรมเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ ได้เสนอแนะให้จัดการเรียนเฉพาะวันอาทิตย์ (โรงเรียนพ่อแม่) หรือผ่านโทรศัพท์มือถือ คณะผู้วิจัยจึงได้ปรับคู่มือ 5 เล่ม เป็น application ผ่าน mobile phone สำหรับพ่อแม่ในการสื่อสารกับลูกวัยรุ่น โดยเฉพาะเรื่องเพศศึกษา ชื่อ Teen's Mind (ลิขสิทธิ์เลขที่ ว1.8173) และได้ส่งมอบให้ สสส.ดูแลต่อไปเพื่อความยั่งยืน

สำหรับฐานชุมชนนั้น สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวได้นำแนวคิด 'ศูนย์พัฒนาครอบครัว (ศพค.)' ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ซึ่งมีจังหวัดละ 1 แห่ง มาปรับให้เล็กลงเป็น ศพค.ชุมชน (ศพคช.) เพื่อให้เกิดการกระจายทั่วถึง ซึ่งจะเพิ่มความสนิทสนม ความใกล้ชิด และมีความเป็นเจ้าของมากขึ้น โดยได้พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครของคนในชุมชนรวมวัยรุ่น ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการของวัยรุ่น เพศวิถี และเทคนิคการให้คำปรึกษา เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการให้การดูแล และคำปรึกษาแก่วัยรุ่นในชุมชนของตน ซึ่ง 11 ชุมชนของเทศบาลตำบลศาลายาได้รวมกลุ่มกันเป็น 4 ศพคช. ดำเนินการสำรวจพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ดีในชุมชนของตนเอง และทำงบประมาณขอรับการสนับสนุนในการพัฒนาชุมชนของตน เพื่อให้วัยรุ่นมีศักยภาพ มีพื้นที่ในการแสดงออกที่เหมาะสม ซึ่งโครงการเหล่านี้เพิ่งเริ่มกระบวนการยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ข้อดีของฐานนี้ คือ ภารกิจตรงกับงานชุมชนสัมพันธ์ของเทศบาลสามารถส่งต่อเข้าเป็นงานประจำของเทศบาล เพื่อความยั่งยืนของโครงการ สอดคล้องกับมาตรา 10 ของพ.ร.บ.ฯ ซึ่งกระทรวงมหาดไทยต้องให้ อปท. ดำเนินการให้วัยรุ่นอายุ 10-19 ปีในความดูแลได้รับสิทธิตามมาตรา 5 คือ สิทธิการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สิทธิในการสามารถตัดสินใจ

เลือกใช้บริการต่างๆ ได้แก่ บริการทางสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยรักษาความลับและไม่เลือกปฏิบัติ รวมทั้งต้องได้รับสิทธิการศึกษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสมในกรณีที่ตั้งครรภ์อีกด้วย

สำหรับฐานโรงเรียนนั้น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ได้นำประสบการณ์งานวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง⁽¹⁾ และอนามัยโรงเรียน⁽²³⁾ ที่ทำมาต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่ พ.ศ.2544 มาพัฒนาเป็นคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน โดยเสริมพลังระบบดูแลช่วยเหลือของ สพฐ. กระทรวงศึกษาธิการ กล่าวคือ

1. พัฒนาระบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงด้วยคอมพิวเตอร์ (Local Area Network, LAN) ของโรงเรียนครอบคลุมนักเรียนทุกคน โดยครูคอมพิวเตอร์เป็นผู้ดูแลเทคนิค มีการรักษาความลับของนักเรียนโดยจัดลำดับขั้นของการเข้าถึงข้อมูล สามารถจัดทำรายงานเป็นรายบุคคล รายชั้น รายระดับ และภาพรวมของโรงเรียน

2. ระบบดูแลช่วยเหลือ

2.1 ครูประจำชั้น หรือครูที่ปรึกษารับรู้และเก็บข้อมูลนักเรียนเป็นรายบุคคลในระเบียบสนทนา เพื่อเป็นข้อมูลติดตามในเรื่องการจัดกิจกรรมชั่วโมง home room และเยี่ยมบ้าน อันจะนำมาพัฒนาแก่นักเรียนเป็นรายบุคคลตามบริบทของนักเรียนและครอบครัวนั้น ๆ

2.2 ครูแนะแนว สามารถรับรู้ปัญหาของนักเรียนเป็นระดับชั้น และระดับโรงเรียนเพื่อนำมาวางแผนกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงในภาพรวมได้

2.3 กระจายกิจกรรมรณรงค์นี้ไปในทุกสาระวิชาเพื่อให้เพศศึกษาเป็นชีวิตประจำวัน ไม่กระจุกอยู่เฉพาะสาระวิชาสุขศึกษา

3. ระบบส่งต่อได้พัฒนาเครือข่ายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลพุทธมณฑล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลจิตวิทยาในโรงเรียนมาให้คำปรึกษาในภาพรวม และรายบุคคลที่ครูที่ปรึกษาได้แก้ไขเบื้องต้นร่วมกับผู้ปกครองแล้วต้องการปรึกษาต่อ บุคลากรทางสาธารณสุขจะมาให้บริการคำปรึกษาที่โรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับโครงการ OHOS (One Hospital One School) ของกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จของการขยายผล ‘400 โรงเรียน - 400 โรงพยาบาล’ ของจังหวัดนครราชสีมา ตาม 9 ภารกิจของ สสส. จนครอบคลุมทั้งจังหวัด

คลินิกวัยรุ่นในโรงเรียนนี้ได้รับคำชื่นชมจากผู้บริหาร สสส. ที่มาเยี่ยมชมและได้รับเชิญให้ไปนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงในการประชุมของกระทรวงศึกษาธิการ และอดีตเป็นวีดิทัศน์เพื่อเผยแพร่ในรายการ ‘เสียงแห่งอนาคต’ (https://youtu.be/QycEPW11_Q4) ให้โรงเรียนในสังกัด สสส. ทั่วประเทศ

สำหรับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงนั้นสำรวจเมื่อแรกเข้า ม.1 และติดตามต่อเนื่องขณะขึ้นชั้นเป็น ม.2 เปรียบเทียบกับการสำรวจระดับชาติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในนักเรียนชั้น ม.2 ทั่วประเทศ ที่ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2555 ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับต่ำคือ ร้อยละ 1.5-5.1 (หญิง) และ 2.9-5.3 (ชาย) จึงงดไปในปี 2555⁽⁸⁾ และ YRBS ของ CDC ปี 2560 (2017)⁽²⁸⁾ ซึ่งพบนักเรียนเกรด 9 และ 10 มีอัตราการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับร้อยละ 17.2 (หญิง) และ 34.4 (ชาย) และ 23.3 (หญิง) และ 38 (ชาย) ตามลำดับ พบว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของมทิดล โมเดลสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเมื่อ 4 ปีก่อน นอกจากนี้ยังไม่ลดลงและกลับเพิ่มสูงขึ้น อาจเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทางครอบครัวยังเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าความนับถือตนเองของนักเรียนในโรงเรียนดีขึ้นเล็กน้อย ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากการฝึกอบรมครูทั้งโรงเรียนให้เข้าใจพัฒนาการของวัยรุ่น มีวินัยเชิงบวก ไม่ดูต่ำว่ากล่าวนักเรียนรุนแรง ทำให้เกิดความนับถือตนเอง ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยจึงยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดและสะดวกที่สุดในการรณรงค์ เนื่องจากวัยรุ่นต้องมาโรงเรียนเป็นภาคบังคับ รวมทั้งเพื่อนมีอิทธิพลสำคัญต่อการเหนี่ยวนำพฤติกรรมต่าง ๆ จากข้อมูลการสุ่มตัวอย่างแม่วัยรุ่นจากกองทุนช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรแม่วัยรุ่นของกระทรวง-

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ณ เดือนธันวาคม 2561 ใน 11,012 คน พบว่าร้อยละ 42.0 เป็นนักเรียน/นักศึกษา และอีกร้อยละ 40.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งคาดว่าจะเป็นผู้ที่ต้องออกจากโรงเรียน โดยจบประถมศึกษา มัธยมศึกษา และมัธยมปลายร้อยละ 17.2, 60.7 และ 13.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ร้อยละ 69.4 ระบุว่าไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้น การรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นควรจะต้องเริ่มตั้งแต่ระดับประถมตอนปลาย เพื่อให้มีผลป้องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พร้อมกับรณรงค์และบังคับใช้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 6 อย่างเคร่งครัด ให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตชั่วคราวต้องได้รับการศึกษาต่ออย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักเรียนกลุ่มนี้ให้มีความสามารถในการเลี้ยงดูตนเองในระยะยาว พร้อมทั้งสร้างผลผลิตให้ส่วน-รวม เลี้ยงดูลูกให้มีคุณภาพ รวมทั้งต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ซึ่งจะเป็นผู้สูงวัยในเวลาต่อมา ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มประชากรนี้จะสะท้อนศักยภาพของประชากรไทยทั้งประเทศในภาพรวม

สำหรับฐานโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลพุทธมณฑล ได้รูปแบบ best practice คลินิกแม่วัยรุ่นจากโรงพยาบาลศิริราชมาพัฒนาเป็นคลินิกรักใส ๆ เพิ่มขึ้นในการฝากท้องแม่วัยรุ่น ซึ่งต้องการการเอาใจใส่ดูแล และเวลามากกว่าการฝากครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ ผลการดำเนินการนี้เป็นการเสริมพลังให้กับนโยบาย ‘อำเภออนามัยเจริญพันธุ์’ ของกระทรวงสาธารณสุขจึงทำให้ประสบความสำเร็จด้วยดี ร่วมกับการดำเนินการเยี่ยมบ้านเชิงรุกของ สสส.และมาตรการสวัสดิการการเงินช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรที่วางแผนมาก่อน แต่ดำเนินการพร้อมกับเงินสวัสดิการของ พม. และมีจุดเด่นที่รับประกันความสำเร็จ เพราะเป็นสวัสดิการมุ่งเป้า แม่วัยรุ่นในมทิดลโมเดลต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขจึงจะได้รับการสนับสนุน รวมทั้งกำหนดรายการที่ใช้จ่ายได้ว่าจะเป็นเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการเลี้ยงดูบุตรจริงๆ ทำให้กลุ่มมทิดลโมเดลมีการฝากครรภ์คุณภาพเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอด

มทิตลโมเดล: รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างบูรณาการ

และพาลูกไปตรวจสุขภาพตามนัดร้อยละ 100.0 และจากการประเมินโดยการสัมภาษณ์ แม่วัยรุ่นและครอบครัวที่ได้รับบริการจากคลินิกแม่วัยรุ่น พบว่า แม่วัยรุ่นและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจากคลินิก โดยเฉพาะความสนใจ ใส่ใจ และการให้คำแนะนำของบุคลากร

เปรียบเทียบกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี พ.ศ.2555-2561 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มต่ำลงอย่างต่อเนื่องจาก 53.4 ในปี 2555 เป็น 39.6 ต่อ 1,000 ในปี 2560 สาเหตุหนึ่งอาจจะเกิดจากนโยบายที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุน 2 ประการ คือ (1) การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยด้วยยา ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 3,657 เป็น 15,119 ราย ในปี พ.ศ. 2559 และ 2561 ตามลำดับ และ (2) การบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่นที่มีผู้ใช้บริการสูงขึ้นจาก 10,440 เป็น 38,046 ราย ในปี 2558 และ ปี 2561 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของมทิตลโมเดลนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานทะเบียนราษฎร โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีการติดตามผลอย่างเข้มงวด และได้รับความร่วมมือในการลงทะเบียนและระบุนายการสินค้าที่ขายและซื้อจริง เนื่องจากเป็นกลุ่มคนเพียง 14 คน ในพื้นที่เล็กที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการ หากขยายผลในพื้นที่ใหญ่ขึ้นและให้ครอบคลุมทั้งประเทศจะต้องอาศัยฐานข้อมูล big data รวมทั้งระบบเบิกจ่ายและการติดตามที่มีประสิทธิภาพ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. มทิตลโมเดลสามารถใช้เป็นรูปแบบหนึ่งของเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับตำบล ตามมาตรา 10 ของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต้องทำงานร่วมกับ อปท. ส่งเสริมให้มีโรงเรียนพ่อแม่ และ ศพคช. ครอบคลุมทุกตำบล

3. สนับสนุนเครือข่าย OHOS ให้ครอบคลุมทุกโรงเรียน และเริ่มรณรงค์ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาตอนปลาย รวมทั้งให้นักเรียนและสภาเด็กและเยาวชนมีบทบาทหลักในการรณรงค์

4. เสนอให้มีการเข้าถึงถุงยางอนามัยในวัยรุ่นทั่วไป เพื่อให้มีการป้องกันทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

5. เสนอให้จ่ายค่าตอบแทนเป็นโบนัสพิเศษเป็นรายหัวสำหรับโรงเรียนในระบบปกติ (ที่ไม่ใช่การศึกษานอกโรงเรียน - กศน.) ที่รับนักเรียนที่ตั้งครรภ์เข้าเรียนต่อเนื่องในโรงเรียนเดิม

6. เสนอให้ปรับสวัสดิการเงินช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรของ พม.เป็นแบบมุ่งเป้า โดยให้ได้รับสิทธิเฉพาะในกรณีที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และเกิน 3 ครั้ง เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอด พาลูกไปรับการตรวจสุขภาพและวัคซีนครบถ้วน

7. ต้องมีการกำกับดูแล ติดตามประสิทธิภาพของ พ.ร.บ.การป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยส่งต่อจากคณะกรรมการระดับชาติ สู่อนุกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ระดับตำบลอย่างทั่วถึง รวมทั้งต้องมีการติดตามตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมและการเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างกระทรวงเป็น big data

8. สนับสนุนส่งเสริมให้ทุกกระทรวงมีกฎกระทรวงที่ปฏิบัติได้และเอื้อต่อสิทธิเด็กตามมาตรา 5 ของ พ.ร.บ.ฯ 2559 อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการใช้งบประมาณของ อปท. ในการดำเนินการเรื่องนี้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหิดลที่อนุมัติงบประมาณแผ่นดิน 3 ปี ในการทำงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดลในขณะนั้นที่มอบนโยบายการทำงานวิจัย cluster เพื่อตอบโจทย์ของ

ประเทศ และขอบคุณเครือข่ายที่ก่อเกิดมทิดลโมเดล ได้แก่ ผู้อำนวยการ คณะครู และนักเรียนโรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชบวรนิเวศศาลายา (ในพระสังฆราชูปถัมภ์) ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธมณฑล ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านศาลวันวิญญู ผู้ปกครองและผู้นำชุมชนต่าง ๆ นายกเทศมนตรี และคณะเจ้าหน้าที่เทศบาล ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล นครปฐม รวมทั้งบริษัทซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) บริษัทไทยสมาร์ตการ์ด จำกัด และหน่วยงานเอ็กตรา-เฮลท์แอนด์เวลเนส ที่ให้ความร่วมมือ ร่วมใจ เข้าร่วมงานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ท้าทายนี้

เอกสารอ้างอิง

- Ruangkanchanasetr S, Plitponkarpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior – Bangkok, Thailand. *J Adolesc Health* 2005;36(3):277–35.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. แม่วัยใส ความท้าทาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: แอดวานส์ปรีนติ้ง; 2556.
- สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
- สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และเยาวชน ปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/CRH2558_New update.pdf
- United Nations. Update for the MDG database: adolescent birth rate 2012. Department of Economic and Social Affairs, Population Division [Internet]. [cited 2013 Nov 25]. Available from: <http://unstats.un.org/pop/DB/Fert/A/MDG2012>
- กรมอนามัย. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=Pformatted.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ac5&id=4f7d-8042fb0a064b25f29a48f6ccd23f
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2556. นนทบุรี: สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2556.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554–2559. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค; 2560.
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน. นนทบุรี: สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2553.
- Srinil S. Factors associated with severe complications in unsafe abortion. *J Med Assoc Thai* 2011;94(4):408–14.
- Bureau of Reproductive Health. Abortion surveillance in Thailand report 2013. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health; 2013.
- Areemit R, Thinkhamrop J, Kosuwon P, Kiatchoosakun P, Sutra S, Thepsuthamrat K. Adolescent pregnancy: Thailand's national agenda. *J Med Assoc Thai* 2012;95 (suppl 7):S134–42.
- สุวรรณภา เรื่องกาญจนาเศรษฐ์, ระบาดวิทยา การตายและการเจ็บป่วยของวัยรุ่นไทย. ใน: รสวันต์ อาริมิตร, สุภิญญา อิน-อิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริโชค หงษ์สงวนศรี, สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2559. หน้า 21–36.
- Field T. Prenatal depression risk factors, developmental effect and intervention: a review. *J Pregnancy Child Health* 2017;4(1).pii:301. doi:10.4172/2376–127X.1000301

15. East PL, Matthews KL, Felice ME. Qualities of adolescent mothers, parenting. *J Adolescent Health* 1994;15:163-8.
16. Bunnag R. Effectiveness of life skills program for preventive sexual risk behaviors of secondary school students Nakhonpathom province [M.S. dissertation, Health Education and Behavioral Sciences]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2012.
17. Tassanapitikul T, Ruangkanhasetr S, Chokprachakhat M. The study of development and growth in newborn: comparison between teenage mother and adult mother. *Thai Journal of Pediatrics* 2011;50:192-9.
18. Office of the Basic Education Commission Ministry of Education. Situation of dropping out of school 2009 [Internet]. [cited 2015 Aug 30]. Available from: https://www.msociety.go.th/article_attach/9872/14246.pdf
19. UNICEF. The state of world's children 2009- Executive summary. New York: UNICEF; 2009.
20. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al., Inter-generational transmission of religious beliefs and practices and the reduction of adolescent delinquency in urban Thailand. *J Adolesc* 2013;36(1):79-89.
21. Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Soc Sci Med* 2010;71(10):1855-63.
22. Chamratrithirong A, Rhucharoenpornpanich O, Chaipheth N, Rosati MJ, Zimmerman R, Miller B, et al. Beginning The Thai family matters project: An areal analysis of bad neighborhoods and adolescents' problematic behaviours in Thailand. *Warasan Prachakon Lae Sangkhom* 2009;18(1):141-58.
23. สุชาติพิทย์ เอ็มเปรมศิลป์. School health. ใน: สุวรรณเรื่องกาญจนเศรษฐ์, เปรมฤดี ภูมิถาวร, อัญชลี ลีมรังสิกุล, ปองทอง ปุรานธิ, มนัสวี ก่อวุฒิกุลรังษี, รัมภ์ลดา เสือภูมิ-กานต์, บรรณาธิการ. *Ambulatory Pediatrics* 4. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559. หน้า 27-37.
24. สุพร อภินันท์เวช, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, จิราภรณ์ อรุณาการ, ภัทรวลัย ตีลังจิตร์. การดูแลแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม. โครงการมหิดลโมเดล: ป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (กลุ่ม Hospital Based) มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ฮาซัน (2494); 2558.
25. ศิริพร จิรวัฒน์กุล, คณะที่มิวิจัย. การบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด: ผลการวิจัยระยะที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2561;27(6):1023-34.
26. Teenage Pregnancy Independent Advisory Group. Teenage pregnancy: past success - future challenge. 2010. TPIAG-Final-Report [Internet]. [cited 2014 Dec 25]. Available from; <http://aera.ioe.uk/id/eprint/2558>.
27. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. *อำเภออนามัยเจริญพันธุ์* [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://anamai.moph.go.th/main.php?filename=drh>
28. Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior surveillance, United States, 2017. *MMWR Surveill Summ* 2018;64(8):1-114.

Abstract: Mahidol Model: Integrative, Area-based, Prevention and Alleviation of Teenage Pregnancy

Suwanna Ruangchanasetr, M.D., M.Sc. (Clin Epid)*; Jiraporn Arunakul, M.D.*; Teeranong Sakulsri, Ph.D.**; Patcharin Seree, Ph.D.***; Ameporn Ratinthorn, Ph.D.****; Apa Puckpinyo, Ph.D.*****; Benja Chooto, M.Sc.*****; Amara Soonthondhara, Ph.D.**; Kanittha Chamroonsawasdi, Ph.D.*****; Suwat Srisorrachatr, Ph.D.*****; Boonying Manaboriboon, M.D.*****; Supinya In-iw***** MD.; Pattarawalai Talungchit, M.D., Ph.D. (Epid)*****; Suporn Apinunthavech, M.D.*****; Sureelak Sutchritpongsa, M.D.*****; Rudee Pungbangkadee, Ph.D.****

* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; ** Institute of Population and Social Research, *** National Institute of Development of Children and Family, **** Faculty of Nursing, ***** ASEAN Institute for Health Development, ***** Division of Planning, ***** Faculty of Public Health; ***** Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand

Journal of Health Science 2020;29:75-90.

Mahidol Model is an integrative model developed by Mahidol University. It was implemented in Municipality of Salaya, Nakhon Prathom province. The model aimed to prevent and alleviate teenage pregnancy problem in the same area consisted of the following setting-based: (1) Family-based interventions: from the research “Thai family matter”, a randomized-controlled family study from 168 households with children under 18 years old were recruited randomly. The intervention included the provision of 5 education guided-books given to the study group. During the given time, parents would follow and record the exercise activities with their teenagers. It was found that the study group had better relationship and communication than the control ($p=0.004$). Although their awareness in their teenagers’ risk behavior and supervision were better, however these were not statistical significant. (2) Community-based interventions: 79 community volunteers including teenagers were recruited to set up “community teen center”. They were trained to be facilitators to perform community mapping and surveillance, empower teenagers to participate in positive activities, and provided health information. Their activities were granted by the local municipality for sustainabilities. (3) School-based activities: teen clinic in school was set up and integrated into the existing system of school, i.e. student screening, supervision and referral system. We facilitated the teachers to use the computer-based youth risk behavior survey. The whole school activity-based comprehensive sexuality education (CSE) both students and teachers were empowered. Networking with local health personnels was set up to manage teen problems at school instead of visiting the hospital. (4) Hospital-based activities: teenage pregnancy clinics were set up in local community health center and hospital. Existing local health volunteers were empowered regarding CSE, birth control method and detection of teenage pregnancy to urge early antenatal care (ANC). The teenage pregnancy clinic provided comprehensive ANC including psychosocial evaluation and education regarding breast feeding and long-acting reversible contraception (LARC) to prevent repeated pregnancy. Postpartum home care both mothers and children were actively provided and supported by conditioned welfare. Prepaid limited essential item vouchers were given to teenage mothers who had early ANC, breast-fed, LARC, and complied to well baby clinic (WBC) schedule. The result showed that, with the Mahidol-Model, teenage mothers had more early ANC, lower prematurity birth rate, 100% LARC and 100% WBC visits. Thus, Mahidol Model is a promising model to empower existing local personnel from various sectors to work together with the same plan and same goal. However, some obstacles are suggested for further improvement.

Keywords: teenage pregnancy; area-based integration