รูปแบบการบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

*ศิริพร จิรวัฒน์กุล PhD (Medical Anthropology)**

บทคัดย่อ: จำนวนการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นเป็นวาระแห่งชาติที่ประเทศไทยกำลังดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขอย่างจริงจัง เนื่องจากสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความซับซ้อนเกี่ยวข้องทั้งด้านชีววิทยา จิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรม มีปัจจัยตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงสังคมในวงกว้าง และเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในระดับพื้นที่และในระดับประเทศ การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงต้องดำเนินงานเชิงบูรณาการ ใช้ศาสตร์หลายสาขา รวมทั้งทำงานเชื่อมโยงหลายหน่วยงาน พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ได้จากการทำงานเชิงบูรณาการทั้งในระยะต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ บทบาทของพยาบาลมีทั้ง 3 ระยะ พยาบาลที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องโดยตรงกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงมีทั้งพยาบาลชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลสูติศาสตร์ และพยาบาลครอบครัว โดยพยาบาลต้องทำงานประสานกับทั้งหน่วยงานภายในหน่วยงานเดียวกัน และกับต่างหน่วยงานภายในองค์กรสาธารณสุข รวมทั้งกับหน่วยงานภายนอกทั้งในภาครัฐและประชาสังคม

วารสารสภาการพยาบาล 2558; 30(2) 5-19

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รูปแบบการบูรณาการ ประเทศไทย

**ศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษาศูนย์วิจัย และฝึกอบรมด้านภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
E-mail: siriporn@kku.ac.th

บทนำ

วัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่สังคมไทยให้ความสำคัญ เนื่องจากมีความเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพของประชากรของประเทศ มีผลกระทบทางลบต่อสุขภาวะ ภาวะเศรษฐกิจ และสังคมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติโดยรวม ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีหลายปัจจัย ซับซ้อน แนบเนื่องกับหลายภาคส่วนตั้งแต่บุคคลจนถึงสังคมในวงกว้าง การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงไม่สามารถทำแบบแยกส่วนได้

คำว่าการบูรณาการ (integration) หมายถึง การรวมหน่วยที่แยก ๆ กันเข้าด้วยกัน หรือการประสานเนื้อหา หลักการ กิจกรรม การฝึก ฯลฯ เข้าเป็นหน่วยเดียวกัน[1] แต่วิธีการบูรณาการมีหลากหลาย หลายประเทศซึ่งมีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำวิธีการบูรณาการรูปแบบต่าง ๆ มาใช้ และสามารถลดปัญหาลงได้ บทความนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลสถานการณ์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ตัวอย่างการแก้ปัญหาด้วยวิธีการบูรณาการในต่างประเทศ และความพยายามของประเทศไทยที่จะทำให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเนื้อหาของบทความได้จากการเรียบเรียงข้อมูลในเอกสารต่าง ๆ ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เขียนที่กำลังดำเนินการประเมินโครงการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้ การสนับสนุน

แม่วัยรุ่นหรือแม่วัยใสมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

วัยรุ่นในที่นี้ หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในประเทศไทยไม่มีสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากไม่สามารถมีตัวเลขการแท้ง และการเกิดไร้ชีพที่แท้จริงได้ มีแต่ตัวเลขการเกิดมีชีพ และการเกิดไร้ชีพที่แจ้งในทะเบียนราษฎร์เท่านั้น จึงใช้สถิติอัตราการคลอดนี้เป็นตัวชี้วัดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แม้ว่าจำนวนการเกิดในภาพรวมของประเทศมีปริมาณน้อยลงทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 782,129 คน เป็นผู้ชาย 403,022 คน ผู้หญิง 379,107 คน ลดลงจากปี พ.ศ. 2555 ซึ่งมีจำนวน 801,737 คน[2] และในจำนวนนี้ร้อยละ 16.59 เป็นการเกิดจากแม่วัยรุ่น โดยเพิ่มจากปี พ.ศ. 2503 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5.44[3] ขณะที่อายุของแม่วัยรุ่นก็น้อยลง เช่น จากการศึกษาของศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ ในปี พ.ศ. 2554 พบแม่วัยรุ่นมีอายุน้อยที่สุด 11 ปี [4] และจากรายงานของเทวินทร์ วารีศรีในปี พ.ศ. 2555 พบแม่วัยรุ่นอายุต่ำสุด 10 ปี[5]

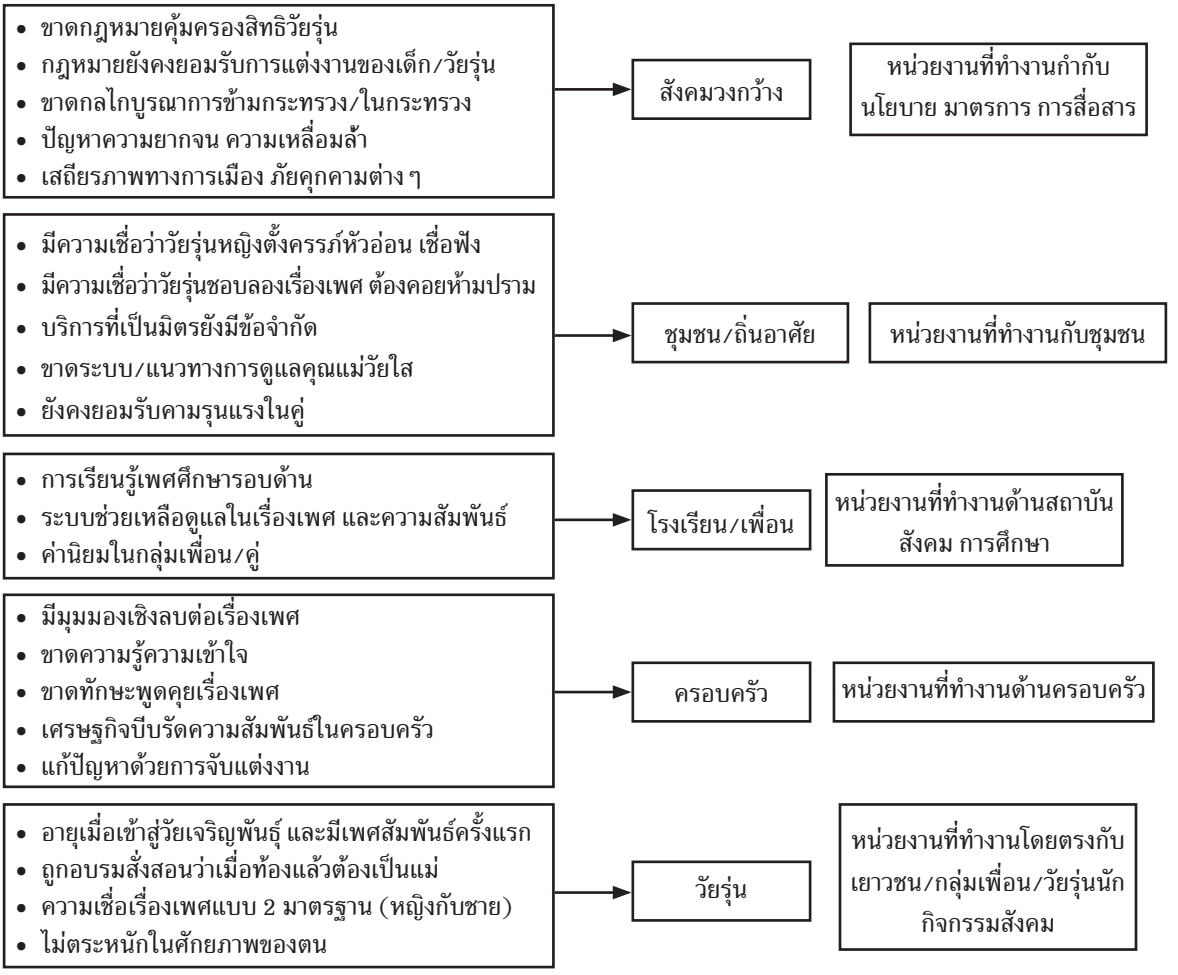
เมื่อพิจารณาอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี ต่อวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง 2556 พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 49.3 เป็น 51.2[6] ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่องค์การสหประชาชาติได้ประมาณว่าอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2549–2553 เฉลี่ยอยู่ที่ 48.9[6] กล่าวได้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีแม่วัยรุ่นเกิดขึ้น 365 คนต่อวัน สถานการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพประชากร คือ *“เกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ”*

สาเหตุการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซับซ้อนเกี่ยวข้องหลายระดับ

มีรายงานวิจัยพบว่าการห้ามวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยากหรือแทบจะเป็นไปไม่ได้[4,7] ดังนั้นจึงต้องวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากเอกสารเรื่องการศึกษาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของไทย ซึ่งดำเนินงานโดยหลายหน่วยงาน[8] ได้วิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวโดย

ใช้กรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ (Ecological Framework) ดังแผนภาพที่ 1 ได้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยมีตั้งแต่ระดับบุคคล จนถึง สังคมวงกว้าง และเชื่อมโยงกับหน่วยงานตั้งแต่ระดับพื้นที่จนถึงระดับประเทศ

แผนภาพที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น



ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2557

การแก้ไขปัญหาด้วยการบูรณาการคือทางออก

ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความซับซ้อนของปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มีหน่วยงานใน 8 กระทรวงรับผิดชอบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 โดยมีกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นกระทรวงหลักในการดำเนินงาน[9,10] แต่การดำเนินงานเป็นการทำงานแบบแยกส่วนจึงไม่สามารถลดอัตราการคลอดของวัยรุ่น หรืออีกนัยหนึ่งคือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้ลงได้ ในปี พ.ศ. 2556 สสส. ตั้งทีมประสานงานส่วนกลาง (core team) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำหน้าที่เป็น

ตัวกลางให้ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน มาประชุมร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผลักดันให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการโดยเอาบทเรียนจากความสำเร็จของต่างประเทศเป็นต้นแบบ

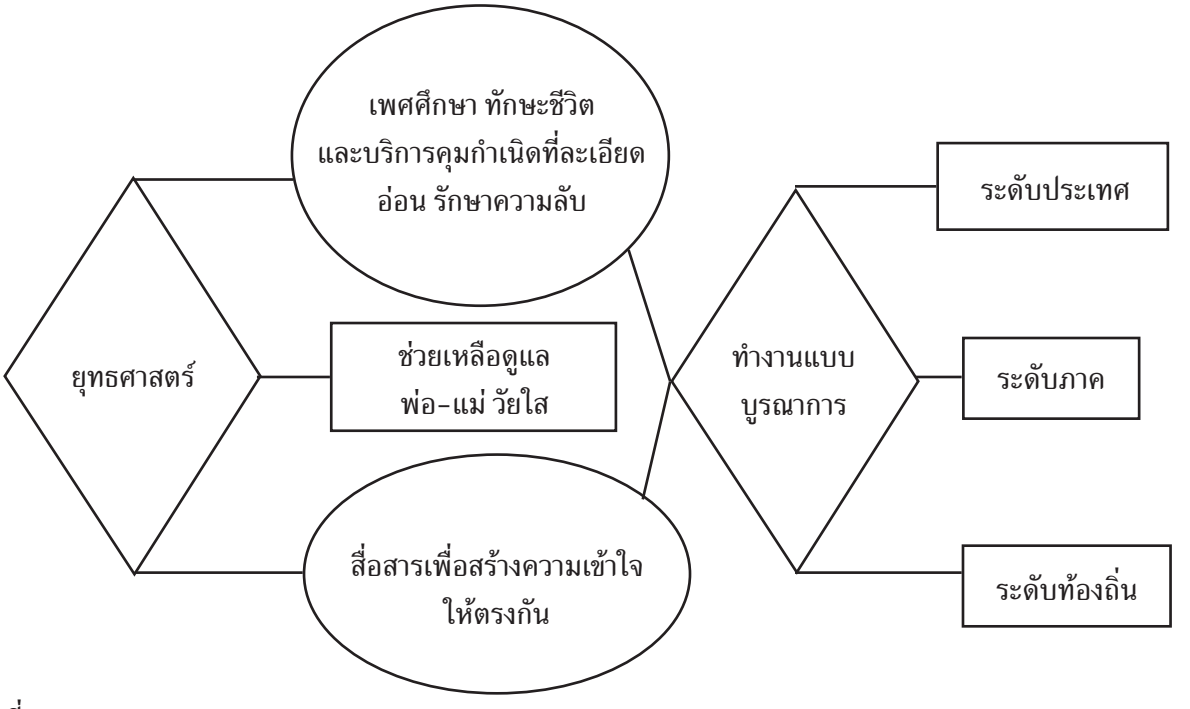
โดยที่การบูรณาการมีหลายวิธี หลายรูปแบบ ดังตัวอย่างบทเรียนรูปแบบการบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศสหราชอาณาจักร (อังกฤษ) บทเรียนดังกล่าวได้สรุปว่าการที่ประเทศสหราชอาณาจักรดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องจริงจังเป็นเวลา 10 ปี จนลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงได้ร้อยละ 40 นั้น ถอดออกมาเป็นองค์ความรู้ได้ว่า เกิดจากมีการขับเคลื่อนด้วยรูปแบบการบูรณาการที่เรียกว่า “วงล้อแห่งความสำเร็จ” (Wheel of Success)[11] ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 วงล้อแห่งความสำเร็จ

ที่มา : แปลจาก Ingham R, 2014

เห็นได้ว่าการดำเนินงานขับเคลื่อนด้วยวงล้อดังกล่าวเป็นการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน โดยมีชุมชนและวัยรุ่นเป็นหุ้นส่วนที่สำคัญ ได้บรรลุเป้าหมายหลักคือลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลงร้อยละ 40 ภายใน 10 ปี และช่วยเหลือครอบครัวของพ่อ แม่วัยรุ่นให้ตั้งหลักได้ ทั้งนี้ได้วางแนวทางหลักใช้ 3 ประการคือ 1) ป้องกันให้ดีที่สุด 2) ดูแลช่วยเหลือให้ดีที่สุด และ3) สื่อสารเพื่อให้เข้าใจตรงกัน โดยวางกรอบของยุทธศาสตร์ให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และระดับท้องถิ่น ดังแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศสหราชอาณาจักร

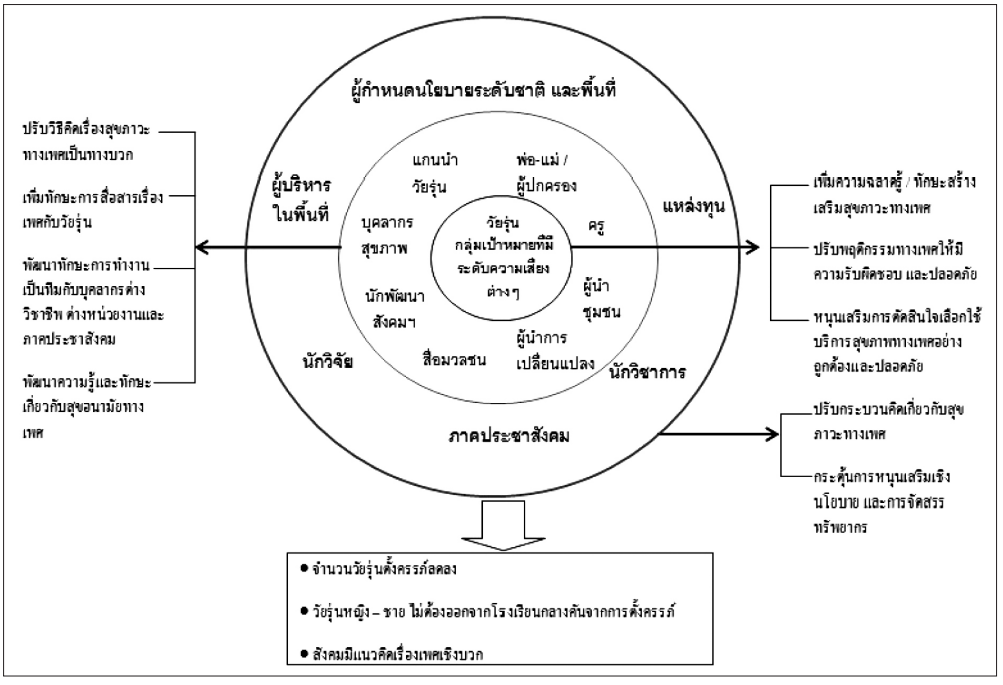


ที่มา: Ingham R, 2014.

รูปแบบการบูรณาการที่เกิดขึ้น และเริ่มเห็นความสำเร็จ

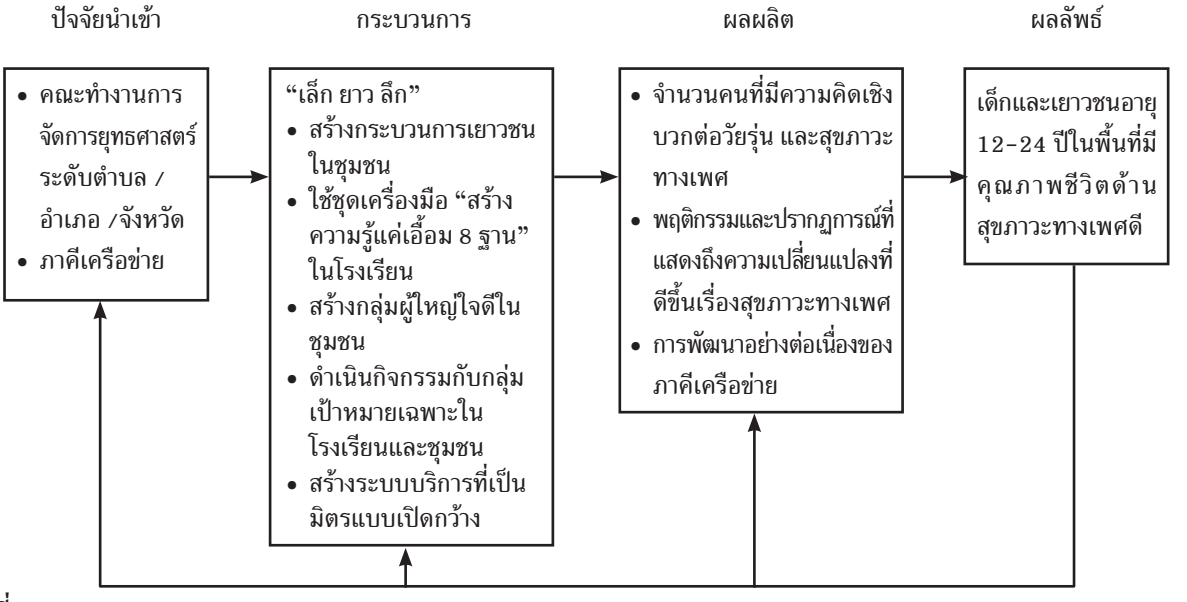
โดยที่การบูรณาการมีหลายรูปแบบ สำหรับประเทศไทยมีตัวอย่างจากการที่ สสส. ได้สนับสนุนทุนให้มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ดำเนินแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และให้ทุนจังหวัดอุดรธานีดำเนินโครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเยาวชนด้านสุขภาวะทางเพศจังหวัดอุดรธานีเมื่อปี พ.ศ. 2556 ทั้งนี้แผนงาน และโครงการดังกล่าว มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการประเมินผลการดำเนินงานของแผนงานและโครงการดังกล่าวพบว่า การดำเนินงานโดยได้ใช้แนวคิดเชิงบูรณาการในการทำงาน และได้รูปแบบการดำเนินงานเชิงบูรณาการ[14] ดังแผนภาพที่ 4 และ 5

แผนภาพที่ 4 รูปแบบการดำเนินงานเชิงบูรณาการของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ



ที่มา: Chirawatkul, 2014

แผนภาพที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานเชิงบูรณาการของสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเยาวชนด้านสุขภาวะทางเพศ จังหวัดอุดรธานี



ที่มา: Chirawatkul, 2014

การดำเนินงานเชิงบูรณาการทั้ง 2 รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะร่วมที่เหมือนกันคือ ผู้ปฏิบัติงานและภาคีที่เกี่ยวข้องมีทัศนะเชิงบวกในเรื่องเพศ เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนต้องเรียนรู้ตั้งแต่วัยเด็ก คนในพื้นที่ต้องมีบทบาทนำโดยมีองค์กรด้านการศึกษา สาธารณสุข พัฒนาสังคม และองค์กรภาคประชาสังคมเป็นผู้สนับสนุน และเด็กวัยรุ่นต้องเป็นทั้งกลุ่มเป้าหมายและหุ้นส่วนในการดำเนินงาน

ความสำเร็จที่สำคัญซึ่งเกิดจากการดำเนินงานเชิงบูรณาการดังกล่าวคือ

1. ชุมชนให้ความสำคัญที่จะต้องป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมทักษะพ่อ แม่ ผู้ปกครองวัยรุ่นให้สื่อสารเรื่องเพศกับวัยรุ่นได้อย่างเข้าใจ และสร้างสรรค์

2. โรงเรียนจัดการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้านอย่างจริงจัง และประสานกับหน่วยงานด้านสุขภาพ และสังคมในการช่วยเหลือ เยียวยากับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

3. หน่วยงานบริการหลัก คือ โรงพยาบาลปรับเปลี่ยนบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นในเชิงรุก และเริ่มมีทัศนคติเชิงบวกต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

4. บุคลากรในหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง คือ พยาบาล แพทย์ นักพัฒนาสังคม ครู มีการประสานงานเป็นเครือข่าย ทำงานร่วมกับองค์กรภาคเอกชนในการสร้างเสริมทักษะที่จำเป็น เช่น การให้คำปรึกษาทางเลือก การส่งต่อ การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และการส่งเสริมทักษะของพ่อ – แม่ วัยรุ่นในการดูแลลูก และการดำเนินชีวิต เป็นต้น

5. องค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่ได้จากการถอดบทเรียนได้ถูกส่งต่อ และเผยแพร่ไปยังพื้นที่อื่น ๆ

ก้าวต่อไปของการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากองค์ความรู้ที่มาจากประเทศสหราชอาณาจักรซึ่งเป็นต้นแบบหลักที่ประเทศไทยนำมาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา และบทเรียนจากการดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศและโครงการของจังหวัดอุดรธานี ดังกล่าว ช่วงปลายปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการประสานงานของ สสส. ได้เสนอให้รัฐบาลจัดตั้งกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกัน และแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบบูรณาการในระดับประเทศดังนี้

1. ให้คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติทำหน้าที่เป็นกลไกหลักเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการ ครอบคลุมถึงการกำหนดทิศทาง กำกับติดตาม และประเมินผล

2. กำหนดนโยบายเชิงผลลัพธ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์เดียวกัน (One Goal One Plan)

3. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการร่วมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในเบื้องต้น

4. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการด้านทักษะชีวิตและเพศศึกษา เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดการเรียนรู้ด้านทักษะชีวิต และเพศศึกษาแก่เยาวชนทั้งใน และนอกระบบ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลเมื่อเยาวชนประสบปัญหา

5. แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะในด้านอื่น ๆ ตามความจำเป็น และเหมาะสม เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

6. ให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องจัดกลไกการทำงานภายในทุกกระทรวงที่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลซึ่ง

กันและกัน และเชื่อมต่อกับคณะทำงานร่วม/คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบภายใต้โครงสร้างเดียวกัน

การขับเคลื่อนในระดับประเทศปัจจุบันอยู่ในระหว่างการผลักดันยุทธศาสตร์เดียวกัน (One Goal One Plan) เข้าสู่การปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการประเมินผลในระยะต่อไป

ส่วนในระดับพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2557 สสส. เสนอรูปแบบของการทำงานบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด โดยใช้ภารกิจ 9 ด้านเป็นจุดตั้งต้น[13] ภารกิจดังกล่าวมีดังนี้

1. พัฒนากลไกประสานการทำงานและกระตุ้นให้มีการทำหน้าที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มแข็ง

2. สนับสนุนให้พ่อแม่มีทักษะคุยกับลูกอย่างเปิดใจเรื่องความรักความสัมพันธ์ และเพศสัมพันธ์

3. สร้างกลไกสนับสนุนให้ทุกโรงเรียนมีการเรียนการสอนเรื่องการพัฒนาทักษะชีวิต และเพศวิถีศึกษารอบด้าน

4. วิเคราะห์ และออกแบบการทำงานเพื่อเจาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มว่าจะมีเพศสัมพันธ์และเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยเฉพาะ

5. รณรงค์สื่อสารให้วัยรุ่นตระหนักถึงความรับผิดชอบเรื่องเพศ เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร่วมไปกับการรณรงค์ให้วัยรุ่นใช้การคุมกำเนิดที่ได้ผล

6. จัดให้มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทุกด้าน และเข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม

7. สร้างระบบบริการที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และสังคม ที่ให้การช่วยเหลือวัยรุ่นที่ประสบปัญหาตั้งแต่เริ่มรับรู้ปัญหา จนกระทั่งวัยรุ่น และผู้เกี่ยวข้องสามารถจัดการปัญหา ได้อย่างเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วม และการตัดสินใจของตัววัยรุ่น

8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกพื้นที่พัฒนา “พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น” และสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อเอื้อให้วัยรุ่นได้ใช้เวลาว่าง ทำกิจกรรมดี ๆ อย่างสร้างสรรค์ ช่วยให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง

9. พัฒนาระบบข้อมูล เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้า และการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ภารกิจ 9 ด้านดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับวงล้อแห่งความสำเร็จของประเทศสหราชอาณาจักร และในระหว่างปี พ.ศ. 2557-2558 สสส.ได้ให้ทุนสนับสนุน 22 จังหวัดคือ จังหวัดเชียงราย พะเยา เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง ตาก นครสวรรค์ นครราชสีมา ชัยภูมิ เลย มหาสารคาม ขอนแก่น นครพนม สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา นครนายก สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ กระบี่ ตรัง และภูเก็ต ใช้ภารกิจ 9 ด้านนี้เป็นตัวตั้งต้นในการดำเนินงานนำร่องการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอย่างน้อย 3 อำเภอ ของแต่ละจังหวัดเป็นเวลา 3 ปี ขณะนี้บางจังหวัดได้ดำเนินงานเป็นปีที่ 2 บางจังหวัดดำเนินงานอยู่ในปีที่ 1 และบางจังหวัดกำลังเริ่มดำเนินงาน โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2560 – 2561 ในพื้นที่นั้น ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15- 19 ปี ต่อ 1,000 คน และต่ำกว่า 15 ปี ลดลงจากเดิมอย่างน้อยร้อยละ 10

2. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นลดลงร้อยละ 25

3. ร้อยละ 80 ของหญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่คลอดหรือแท้งได้รับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร

4. นักเรียนหญิง และชายไม่ต้องออกจากการเรียนกลางคันเนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์

จากผลการประเมินจังหวัดที่ได้ดำเนินการไปแล้วพบว่า แต่ละจังหวัดมีต้นทุนของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกล่าวคือ มีผู้รับผิดชอบงานเรื่องนี้ในหน่วยงานด้านสาธารณสุขและพัฒนาสังคม มีงบประมาณของหน่วยงานสนับสนุนการจัดกิจกรรม และมีการรายงาน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเป็นการทำงานอย่างแยกส่วน เมื่อจังหวัดได้รับทุนจากสสส. ก็ต้องปรับปัจจัยนำเข้า และกระบวนการทำงานในจังหวัดใหม่ให้สามารถตอบโจทย์ว่าถ้าใช้การดำเนินงานเชิงบูรณาการ โดยมีภารกิจ 9 ด้านเป็นแนวทางตั้งต้นแล้ว จะมีผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือไม่

ผลการประเมินการดำเนินงานของจังหวัดที่ทำโครงการไปแล้ว 1 ปีพบว่าแม้ทุกจังหวัดรับว่าการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของจังหวัด และได้กำหนดโครงสร้างการทำงานไว้ชัดเจน แต่คณะทำงานซึ่งมาจากอย่างน้อย 5 ภาคส่วนคือ สาธารณสุข (ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล) การศึกษา พัฒนาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม (เช่น องค์กรภาคเอกชน สภาเด็ก เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง) ต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีในการสร้างความเข้าใจของคนทำงานและภาคีเครือข่ายให้ตรงกันและกำหนดกลไกการทำงานร่วมกัน ขณะนี้ยังไม่มีผลผลิต และผลลัพธ์เพื่อนำสร้างองค์ความรู้ไปขยายผล นอกจากนั้นทุกจังหวัดยังต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการ และเทคนิคทั้งเรื่องการทำงานเชิงบูรณาการ การพัฒนาระบบข้อมูล การจัดระบบบริการทางเลือกทั้งด้านสุขภาพและสังคมสำหรับวัยรุ่นที่กำลังเผชิญปัญหา

บทบาทของพยาบาล

เมื่อพิจารณาภารกิจ 9 ด้านร่วมกับจำแนกการดำเนินงานเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็น 3 ระยะ ตามมิติของความต้องการที่ใช้วัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง ในแต่ละภารกิจในระยะต่าง ๆ พยาบาลมีบทบาทสำคัญดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะต้นน้ำ (Upstream) เป็นระยะที่ถือว่าวัยรุ่นทุกคนมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ทั้งสิ้น เนื่องจากปัจจัยทางด้านชีววิทยา และจิตวิทยา ปัจจัยด้านสิ่งเร้าภายนอก และปัจจัยด้านโอกาส ดังนั้นวัยรุ่นทุกคนจึงต้องการความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาวะทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และทักษะชีวิตเพื่อให้มีความฉลาดรู้เรื่องเพศ (sexuality literacy) เพียงพอที่จะตัดสินใจชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หรือไม่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนั้นยังมีวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป เช่น ผู้พิการ ผู้มีปัญหาด้านสติปัญญา และจิตใจ ผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เป็นต้น กลุ่มนี้ก็ต้องการความรู้ ความเข้าใจ และการคุ้มครองเพิ่มเติมแตกต่างจากวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงทั่วไป

บทบาทของพยาบาลในระยะต้นน้ำ จึงเน้นที่ภารกิจที่ 1-5, 8-9 คือ 1) พัฒนากลไกประสานการทำงานและ กระตุ้นให้มีการทำหน้าที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มแข็ง 2) สนับสนุนให้พ่อแม่มีทักษะคุยกับลูกอย่างเปิดใจเรื่องความรักความสัมพันธ์ และเพศสัมพันธ์ 3) สร้างกลไกสนับสนุนให้ทุกโรงเรียนมีการเรียนการสอนเรื่องการพัฒนาทักษะชีวิต และเพศวิถีศึกษารอบด้าน และวิเคราะห์ 4) ออกแบบการทำงานเพื่อเจาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มว่าจะมีเพศสัมพันธ์และเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยเฉพาะ 5) รณรงค์สื่อสารให้วัยรุ่นตระหนักถึงความรับผิดชอบ

เรื่องเพศ เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร่วมไปกับการรณรงค์ให้วัยรุ่นใช้การคุมกำเนิดที่ได้ผล 8) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกพื้นที่พัฒนา "พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่น "และสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อเอื้อให้วัยรุ่นได้ใช้เวลาว่าง ทำกิจกรรมดี ๆ อย่างสร้างสรรค์ ช่วยให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง และ 9) พัฒนาระบบข้อมูล เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้า และการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

เห็นได้ว่าเป็นบทบาทของการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาโดยการทำงานร่วมกับชุมชน หน่วยงานในท้องถิ่น และบุคลากรด้านการศึกษาในการทำความเข้าใจวิถีชีวิตวัยรุ่น ดำเนินกิจกรรมปรับบวนคิด กระบวนทัศน์เรื่องเพศทั้งของตนเอง และประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะพ่อ/แม่/ผู้ปกครองของวัยรุ่นให้มีทัศนะเชิงบวกต่อวัยรุ่น และเรื่องเพศในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นมีความเชื่อใจและเห็นว่าเป็นที่พึ่งที่ปรึกษาของเขาได้ นอกจากนั้นพยาบาลต้องทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม เป็นมิตร และเก็บเป็นความลับ ส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในเชิงบวกให้เข้าใจตรงกัน

มีตัวอย่างผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานเชิงบูรณาการในระยะต้นน้ำของพยาบาลที่พื้นที่แห่งหนึ่งในภาคเหนือ[15] ดังนี้ โดยทีมงานที่มีพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำ มุ่งเป้าหมายอยู่ที่โรงเรียนโดยมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนวิธีคิดของครูจะมีความเป็นไปได้ และมีโอกาสสำเร็จเร็วกว่า และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการทำงานกับโรงเรียน โดยทำงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่มหลักคือ ผู้อำนวยการโรงเรียน (มัธยมศึกษาและขยายโอกาส) ผู้นำองค์กรชุมชน (อปท. กำนัน) เจ้าหน้าที่ของรัฐ (ตำรวจ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หัวหน้าบ้านพัก เด็กและครอบครัว) โดยใช้กระบวนการกลุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1 เห็นโจทย์ร่วมกัน: ทีมงานจัดเวทีทบทวนสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี โดย KI ผลจากเวทีนี้โดยยกร่างแผนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบบูรณาการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผู้เข้าร่วมเวทีหลายคนเปลี่ยนทัศนะต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

> *"ก่อนนี้ผอ.โรงเรียนเขาก็จะมองว่าเรื่องเพศเรื่องเด็ก มันเป็นปัญหาเล็ก ๆ ท้องแค่ปีละคนสองคน ปัญหาใหญ่ของเขาก็คือผลประเมินสถานศึกษา แต่เมื่อ ผอ.ผ่านกระบวนการตรงนี้แล้วคำพูดที่จำได้ก็คือเขาบอกว่าเมื่อก่อน การที่เด็กพกถุงยาง เขาจะมองว่าเด็กผิด แต่พอเขามาผ่านกระบวนการ เขามองว่าเขาดีใจที่เด็กพกถุงยาง"*

ขั้นที่ 2 อบรมครูทั้งโรงเรียน: ทีมงานพัฒนาหลักสูตรอบรมครู จากการศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ และประสบการณ์ของทีมงานที่เคยเข้าอบรมการให้คำปรึกษาทางเลือก จนได้หลักสูตร 1 วัน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงการฝึกอบรมครูรุ่นที่ 1 จำนวน 25 คน ดังนี้

> *"กิจกรรมเต็มวัน ภาคเช้าก็จะได้ในเรื่องของการย้อนชีวิตตนเอง ไปดูในอดีตว่าวัยรุ่นนิสัยเราเป็นยังไง เราทำอะไรกับพ่อกับแม่บ้าง เราจัดการยังไง เหมือนย้อนตัวเองไป แล้วค่อย ๆ ทำกิจกรรมกดทับ แล้วก็มาคลี่คลายด้วยอำนาจ มามองอำนาจเชิงอะไรอย่างนี้ เราเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจที่กดทับเด็กอยู่หรือเปล่า ก็พยายามทำตรงนี้ให้เห็นว่า ที่เด็กเป็นอย่างนี้มันไม่ใช่ความผิดของเขานะ มันเป็นเพราะเขาถูกกดด้วยโครงสร้างอำนาจอะไรต่าง ๆ สังคม IT อะไรต่าง ๆ ภาคบ่ายก็จะมีกิจกรรมต่อ ให้เขาดู Up to me แล้วก็มาวิพากษ์วิจารณ์สื่อและการนำ*

ไปใช้ และสุดท้ายก็มีอาจารย์ที่เขาเคยทำเรื่องเพศที่เขาประสบความสำเร็จ มีอยู่โรงเรียนหนึ่งที่เขาเอาเป็นหน่วยกิตของนักเรียนเลย ก็ให้อาจารย์คนนั้นเอาประสบการณ์ของเขามาเล่าให้เพื่อนฟัง เสร็จแล้วก็เอาหลักสูตรขององค์กรแพธ ทั้ง ม.1 ม.2 ม.3 ม.4 ม.5 ม.6 มากรองให้เห็นว่าเนื้อหาองค์ประกอบมันมีห้าหกด้านนะ เรื่องเพศมันไม่ใช่เรื่องนั้นอย่างเดียว มันเป็นเรื่องบทบาทเรื่องเพศ เรื่องการจัดการอารมณ์อะไรอย่างนี้ ให้ดูเนื้อหาแต่ ณ วันนั้นไม่ได้ลงเชิงปฏิบัติการ แต่ได้เฉพาะแนวคิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิด"

หลังการอบรมมีการติดตามผลโดยการสอบถามความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป และการตรวจโรงเรียนทุก 3 เดือน ขณะเดียวกันก็ปรับปรุงหลักสูตรไว้สำหรับอบรมครูรุ่นต่อไป ผลของการอบรมครู มีครูส่วนหนึ่งที่มีความเปลี่ยนแปลงดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เมื่อก่อนจะไม่กล้าเลย ไม่กล้าพูดเรื่องนี้ แต่ว่าเมื่อเขาผ่านตรงนี้เขาใช้ประเด็นของหนังสือพิมพ์หรือประเด็นข่าวมาชวนคุย เพราะเขา homeroom เด็ก บอกเด็กว่าถ้าเกิดไปพลาดพลั้งมานะ ไปนอนกับผู้ชายมานะ ก็ต้องมาบอกทันที มาจัดการอะไร เด็กก็วิพากษ์ครูว่าครูเปลี่ยนไป"

"อาจารย์คนหนึ่งเคยบอกว่า ถ้าใครเห็นถุงยางจะรู้สึกอยากทำโทษ แต่เมื่อเขาผ่านตรงนี้มาเหมือนเขารู้สึกว่า เด็กที่จะเสนอแนะให้รักษาพรหมจรรย์ก็ให้รักษาไป แต่เด็กที่เขามีเพศสัมพันธ์แล้วก็รู้สึกเริ่มยอมรับได้ว่า ที่เขาจะใช้ถุงยางก็เป็นสิ่งที่ถูกต้องแล้ว ก็ไม่ทำโทษเด็ก"

ขั้นที่ 3 เสริมพลังผู้อำนวยการโรงเรียน: ผลส่วนหนึ่งของการอบรมครูรุ่นที่ 1 คือ ครูที่เข้าอบรมต้องการให้ผู้อำนวยการเข้าใจเรื่องนี้ด้วย ทีมงานจึงเชิญประชุมผู้อำนวยการโรงเรียน ขอเวลาเขา 2 ชั่วโมง เล่าหลักสูตรให้ฟัง แล้วก็เอาเรื่องอำนาจ อำนาจสื่อ อำนาจหนังสือ อำนาจเพื่อน อำนาจของผู้ปกครองใส่ไปด้วย หลังจากกิจกรรมนี้มีโรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่แห่งหนึ่งได้รับทุนมาอบรมนักเรียน 100% และอบรมผู้ปกครองเพื่อป้องกันและแก้ไขการต้องครรภ์ไม่พร้อม

ขั้นที่ 4 สร้างข้อต่อระหว่างครูกับนักเรียน: ทีมงานสนับสนุนโรงเรียนให้สร้างข้อต่อ โดยการสร้างแกนนำนักเรียนเพื่อให้เป็นหูเป็นตา เป็นหน่วยเฝ้าระวังให้กับคุณครู

ระยะที่ 2 ระยะกลางน้ำ (Mid stream) คือ การดำเนินงานตามภารกิจที่ 6-7 คือ6) จัดให้มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ครอบคลุมบริการที่จำเป็นทุกด้าน และเข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม และ7) สร้างระบบบริการที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และสังคม ที่ให้การช่วยเหลือวัยรุ่นที่ประสบปัญหาตั้งแต่เริ่มรับรู้ปัญหาจนกระทั่งวัยรุ่นและผู้เกี่ยวข้องสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วม และการตัดสินใจของตัววัยรุ่น

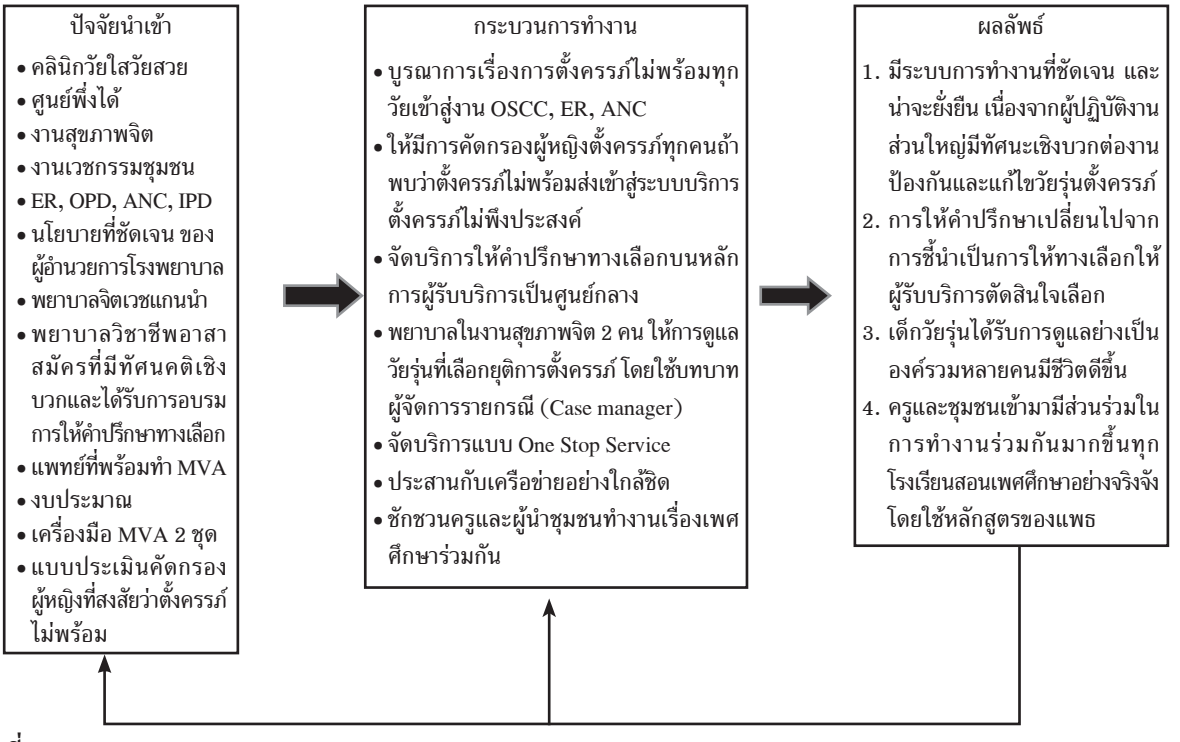
วัยรุ่นที่เป็นเป้าหมายของระยะนี้เป็นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แล้ว ในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทโดยตรงที่จะช่วยให้วัยรุ่นผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี และสามารถกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาต่อไปได้ บทบาทสำคัญของพยาบาลในระยะนี้ คือ บทบาทให้คำปรึกษาทางเลือก การดูแลการตั้งครรภ์เพื่อให้มีการเกิดอย่างมีคุณภาพ ในกรณีที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ก็ต้องดำเนินการให้วัยรุ่นนั้น ๆ ได้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย กลับเข้าศึกษาต่อได้

ในระหว่างการตั้งครรภ์ พยาบาลมีบทบาทในการหนุนเสริมบุคลากรด้านการศึกษาให้วัยรุ่น

สามารถรับการศึกษาจนคลอด และกลับเข้าศึกษาต่อหลังคลอด พร้อมกันนั้นพยาบาลมีบทบาทโดยตรงในการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ และเตรียมความพร้อมเมื่อคลอด ซึ่งการดูแลนี้ต้องมีความละเอียดอ่อนและเฉพาะแตกต่างจากการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ทั่วไป นอกจากนั้นต้องดูแลทารกลูกแม่วัยรุ่น และหนุนเสริมให้แม่/พ่อวัยรุ่นดูแลลูกได้อย่างดี และในระยะนี้ต้องป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ สำหรับแม่วัยรุ่นที่มีปัญหาในการดูแลลูก พยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรด้านสังคม และแรงงานในการทำให้แม่วัยรุ่นมีทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับลูกและตัวเอง

มีตัวอย่างผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[16] ที่พยาบาลสามารถบูรณาการบริการในระยะกลางน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีระบบการดำเนินงานดังแสดงในแผนภาพที่ 6

แผนภาพที่ 6 ตัวอย่างรูปแบบการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระยะกลางน้ำ



ที่มา: Chirawatkul, 2012

ระยะที่ 3 ระยะปลายน้ำ (Downstream) เป็นระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพของแม่วัยรุ่น และการเยียวยา แม่/พ่อวัยรุ่น และครอบครัว ตลอดจนการส่งเสริมการพัฒนาการของเด็กทารกลูกแม่วัยรุ่น ในระยะนี้บทบาทสำคัญของพยาบาลคือการหนุนเสริมเชื่อมโยงแม่/พ่อวัยรุ่น และลูกกับหน่วยงาน/องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เป็นที่น่าสังเกตจากการประเมินโครงการว่านอกจากพยาบาลชุมชนในงานด้านเวชกรรมชุมชน และพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเป็นผู้รับผิดชอบเยี่ยมบ้าน และให้การดูแลแม่วัยรุ่นและลูกต่อเนื่องประมาณ 3 เดือน และการให้ภูมิคุ้มกันเป็นระยะแล้ว แม่/พ่อวัยรุ่น และลูกก็หลุดออกจากบริการสุขภาพโดยไม่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานใด ๆ

บทสรุป

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นวาระแห่งชาติ เนื่องจากหากยังดำเนินการแยกส่วนจะส่งผลถึงการมีประชากรด้อยคุณภาพ การดำเนิน งานนี้จะประสบความสำเร็จได้บุคลากรทั้งภายในหน่วยงานเดียวกัน และต่างหน่วยงานต้องทำงานร่วมกัน และเชื่อมโยงกับภาคประชาสังคม

ประสบการณ์จากต่างประเทศชี้นำว่าการทำงานแบบบูรณาการเกิดขึ้นได้จริง และเป็นทางออกที่สำคัญของปัญหานี้ ปัจจุบันประเทศไทยจึงกำลังผลักดันให้มีการทำงานเชิงบูรณาการทั้งในระดับประเทศ และในระดับพื้นที่ พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงต้องสร้างเสริมสมรรถนะเพิ่มพูนทักษะการทำงานเชิงบูรณาการ และทักษะเฉพาะให้เข้มข้นยิ่งขึ้น จึงจะทำให้ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข ทำให้ประเทศไทยสามารถเป็นประเทศที่ทำให้ *"ทุกการเกิดเป็นการเกิดที่มีคุณภาพ"* ได้อย่างแท้จริง

บทบาทของพยาบาลมี 3 ระยะ โดยพยาบาลต้องทำงานประสานกับทั้งหน่วยงานภายในหน่วยงานเดียวกัน และกับต่างหน่วยงานภายในองค์กรสาธารณสุข รวมทั้งกับหน่วยงานภายนอกทั้งในภาครัฐและประชาสังคม พยาบาลที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องโดยตรงกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงมีทั้งพยาบาลชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลสูติศาสตร์ และพยาบาลครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Naksakul K. The Royal Institute. [Retrieved 9 February 2015] from URL:http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=56.
2. National Statistical Office. Population/birth and death registration. Bangkok: National Statistical Office; 2014.
3. Office of Policy and Strategic. Important statistics 2013. Office of Permanent Secrtary, Ministry of Public Health, Unpublished document.
4. Chirawatkul, Sawangchareon K, Jongudomkarn D, Rujiraprasert N et al. Situations of teenage pregnancy: perceptions among teenagers living in 7 provinces of Thailand. Journal of Health Science 2012; 21(5): 865-77.
5. Wareesri T. Annual Report on Teenage Pregnancy 2014. Health Post Center 2 Saraburee, Unpublished Document.
6. Bureau of Reproductive Health. Teenage Pregnancy: Policy, Guideline, Monitoring and Evaluation. Bangkok: Agricultural Cooperative Printing Demonstrations Thailand; 2014.
7. Office of the National Economics and Social Development Board. Motherhood in Childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. Bangkok: Advanced Printing; 2013.
8. Development of The National Supportive Mechanism System for Children and Youth Policy Movement Project, Office of Promotion and Protection of Children, Youth, the Elderly and Vulnerable Groups, Ministry of Social Development and Human Security, Core Team for Prevention and Dealing with Teenage Pregnancy Problems, Thai Health Promotion Foundation, and United Nations Population Fund Thailand. A Study of Prevention and Dealing with Teenage Pregnancy in Thailand: Paper for The National Promotion of Child and Youth Development Meeting 1/2014, Unpublished paper.

9. Bureau of Reproductive Health. Policy and Strategies for Reproductive Health Development Version 1 (2010-2014). Bangkok: Department of Health; 2011.
10. Ministry of Social Development and Human Security. Strategies for Prevention and Dealing with Unwanted Pregnancy in Children and Youth. Bangkok: Director Office of the Secretarial for National Committee on Children Protection; 2013.
11. Ingham R. Teenage pregnancy: some learning from England. Paper presented at National Conference on Health Sexuality, Bangkok, 8-10 September 2014.
12. Wongpiromsarn Y and Vejasin S. Report "Joint cooperation for decreasing teenage pregnancy" 2/2014, 1 December 2014, Unpublished doccument.
13. Thai Health Promotion Foundation. Guideline for proposal development of employing 9 missions for prevention and dealing with teenage pregnancy in provincial level, July 2013, Unpublished document.
14. Chirawatkul S. Annual report on evaluation of sexual health project and projects related to prevention and dealing with teenage Pregnancy 2014. Thai Health Promotion Foundation, Unpublished Document.
15. Chirawatkul S. Prevention strategies for prevention of teenage Pregnancy: Lesson Learned. Thai Health Promotion foundation, Unpublished Document.
16. Chirawatkul S. One Stop Service for unwanted pregnancy: Lesson learned. Thai Health Promotion Foundation, Unpublished Document.

Integration Model for Prevention and Dealing with Teenage Pregnancy

*Siriporn Chirawatkul PhD (Medical Anthropology)**

Abstract: Increasing of teenage pregnancy is regarded as a national agenda in Thailand. Prevention and dealing with teenage pregnancy is seriously operated. Causes of teenage pregnancy are complicated and related to biological, psychological and socio-cultural issues. All factors involve both individual and social levels and they connect with various organizations in both local and national levels. To prevent and solve the problem, integration of various knowledge and organizations are crucial. Nurses are important persons in working with teenage pregnancy in 3 levels, upstream, midstream and downstream by using an integration model. Nurses who are working in various areas including community health, mental health and psychiatric nursing, midwifery and family health have to join cooperate with in and outside their areas, units in a public organizations, private sectors and civil society.

Thai Journal of Nursing Council 2015; 30(2) 5-19

Keywords : teenage pregnancy; integration model; Thailand.

** Professor, Independent Scholar, Consultant, WHO Collaborating Centre for Research and Training on Gender and Women's Health, Khon Kaen University, E-mail: siriporn@kku.ac.th*