

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: กรณีสามจังหวัดชายแดนใต้

ชอพิยะห์ นิมะ, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ
สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นจังหวัดที่มีอัตลักษณ์เชิงภูมิสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะด้านเพศภาวะ เพศวิถี และการสร้างสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่นที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อทางสังคมที่สั่งสมมานาน จนอาจกลายเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ และการเรียนรู้เชิงกระบวนการที่จะทำให้กลไกในระดับอำเภอขับเคลื่อนในประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีจำกัด ทำให้การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้ ด้วยการเสริมสร้างสมรรถนะของกลไกและภาคีเครือข่ายให้มีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติผ่านโมดูลที่พัฒนาขึ้นภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 โดยแบ่งการศึกษออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาช่องว่างสมรรถนะและความต้องการพัฒนาตนเองของ พชอ. ระยะที่ 2 พัฒนาโมดูลบนพื้นฐานของข้อบกพร่อง ระยะที่ 3 นำโมดูลไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของโมดูล พบว่า การเรียนรู้เชิงกระบวนการแบบฐานสมรรถนะเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการผลักดันให้ พชอ. และภาคีมีกระบวนการทบทวนเชิงบวกต่อเพศวิถีและสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่นที่สามารถกำหนดแผนงาน โครงการ การเคลื่อนไหวทางสังคม การร่วมมือ แบ่งปันทรัพยากร และติดตามประเมิน สรุป การพัฒนาโมดูลที่มีเนื้อหาการเรียนรู้เชิงกระบวนการจัดเป็นนวัตกรรมที่ทรงพลังเพื่อการขับเคลื่อนป้องกันและแก้ปัญหาคือการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สำคัญต่อการสร้างสุขภาวะทางเพศที่ยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; การตั้งครรภ์วัยรุ่น; จังหวัดชายแดนใต้

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่น (adolescent pregnancy) คือ การตั้งครรภ์วัยรุ่นหญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ปัจจุบันได้กลายเป็นปัญหาทางสุขภาพและปัญหาทางสังคมที่พบได้ทั่วไปในประเทศต่างๆ เช่น จีน⁽¹⁾ รัสเซีย⁽²⁾ กานา⁽³⁾ บราซิล⁽⁴⁾ รวมทั้งในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า

มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.1 ต่อพันหญิงอายุ 10-14 ปี อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 31.3 ต่อพัน และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 14.9 ทั้งนี้ จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562⁽⁵⁾ ได้รายงานอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นในภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง

ภาคอีสาน และกรุงเทพมหานคร คือ 42, 35, 21, 20, และ 5 คนต่อพันหญิงอายุ 15-19 ปี ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 23) อายุ 15-19 ปี 1,000 คน การมีบุตรก่อนอายุ 15 ปี ร้อยละ 0.2, 0.8, 0.4, 0.4, และ 0.2 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 0.4) การมีบุตรก่อนอายุ 18 ปี ร้อยละ 9, 12, 8, 13, และ 6 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 9) โดยมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ในผู้หญิงที่สมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย ร้อยละ 74, 58, 72, 77, และ 72 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 72) และมีความต้องการในการวางแผนครอบครัวที่พึงพอใจด้วยวิธีสมัยใหม่ในผู้หญิงที่แต่งงานหรืออยู่กินกับผู้ชาย ร้อยละ 90, 80, 87, 91 และ 89 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 88)⁽⁶⁾

ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 193 ประเทศที่ร่วมรับรองวาระการพัฒนาเป้าหมายที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 ด้วยนั้น จึงได้มีการผลักดันการดำเนินงานตั้งแต่การป้องกันจนถึงการแก้ไขปัญหาสุขภาพทางเพศและการตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น การมีหลักสูตรเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา (school-based sexual health education) ที่มีส่วนช่วยเพิ่มพูนความรู้และเปลี่ยนทัศนคติทางเพศในเด็กนักเรียน⁽⁷⁾ และการบริการข้อมูลที่เป็นมิตรกับเยาวชนผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรค⁽⁸⁾ และการเข้าถึงการบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยโดยเครือข่ายแพทยอาสา (referral system for safe abortion: RSA) ที่ได้รับการแต่งตั้งและสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ให้ทำหน้าที่รับส่งต่อวัยรุ่นและผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากสายด่วน 1663 และหน่วยงานให้บริการปรึกษาท้องไม่พร้อมเพื่อให้ได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิด หลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีกึ่งถาวร ทั้งนี้ มีกฎหมายรองรับที่สำคัญในปัจจุบันคือ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และมียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ที่มีหน่วยงานทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อน อันประกอบด้วย 5 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

นอกจากนี้ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เกิดขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดเป้าหมาย แนวทาง บูรณาการความร่วมมือ เสนอแนะให้คำปรึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอ⁽⁹⁾ โดยมุ่งเน้นความสำเร็จในการจัดการระบบสุขภาพของ พชอ. ที่สำคัญ คือ การมีผู้นำทุกระดับที่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการสนับสนุนนโยบายและผลักดันให้อยู่ในยุทธศาสตร์แผนงานของชุมชน การติดตามโครงการอย่างจริงจัง ตลอดจนการรวมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของภาครัฐเพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ ภาพรวมผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ ปิงปประมาณ พ.ศ. 2563 นั้น ได้มีการแต่งตั้ง พชอ. ครบทุกอำเภอครอบคลุมทั้งประเทศ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 878 อำเภอ และใน 50 เขตของกรุงเทพมหานคร ได้มีการดำเนินงานร่วมกันทั้งสิ้น 2,706 โครงการ ได้แก่ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 554 โครงการ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และผู้เปราะบาง 502 โครงการ อุบัติเหตุ 479 โครงการ อาหารปลอดภัย เกษตรปลอดภัย 264 โครงการ แม่และเด็ก พัฒนาการเด็กและวัยรุ่น 232 โครงการ โรคติดต่อ 180 โครงการ โรคไม่ติดต่อ 170 โครงการ และยาเสพติด 164 โครงการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บทบาทของ พชอ. ต่อการดำเนินงานด้านการตั้งครรภ์วัยรุ่น มีบทบาทเฉพาะการหนุนเสริมต่อการดำเนินงานด้านคลินิกวัยรุ่น และการรณรงค์ การอบรมให้ความรู้ โดยหน่วยงานหลักที่ดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ⁽¹⁰⁾

สำหรับสามจังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วยจังหวัด ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีอาณาเขตติดชายแดนประเทศมาเลเซีย มีอัตลักษณ์เชิงภูมิสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศอย่างชัดเจน เช่น ศาสนา ภาษา และชาติพันธุ์ โดยเฉพาะแนวความคิดของสังคมต่อต้านเผด็จการ เพศวิถี และการสร้างสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นที่มีอยู่แบบดั้งเดิมอาจยังไม่เป็นที่ยอมรับหรือไม่ได้มีการแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเปิดเผย และขาดพื้นที่ในการสร้างความเข้าใจร่วมกันที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ในระยะยาวต่อไปได้ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีอัตรา

การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เท่ากับ 0.4, 0.4 และ 0.6 ต่อพัน ตามลำดับ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เท่ากับ 23.5, 28.5 และ 28.4 ต่อพัน และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2562 ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เท่ากับ 18.4, 18.1 และ 18.2 (ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดไม่เกินร้อยละ 14.0) แม้ว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้จะต่ำกว่าในระดับเขตและระดับประเทศ แต่อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำจะสูงกว่าค่าเป้าหมายติดต่อกันหลายปี รวมทั้งร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ระยะหลังคลอดหรือหลังแท้งจะต่ำที่สุดทั้งในระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา แม้จะได้มีการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกระดับ แต่ยังมีภาระดำเนินงานที่แยกส่วนทำให้ พขอ. กลายเป็นกลไกที่ถูกคาดหวังว่าจะมีบทบาทในการเชื่อมประสานเครือข่ายและบูรณาการดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ 5 กระทรวงหลัก ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม บทบาทการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ยังไม่ได้มีอำเภอใดที่กำหนดเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้

วิธีการศึกษา

(1) ขอบเขตการศึกษา

1) **ด้านเนื้อหา** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ในลักษณะวิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และ

แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การค้นช่องว่างสมรรถนะและความต้องการพัฒนาตนเองของ พขอ.

ระยะที่ 2 การพัฒนาโมดูลบนพื้นฐานของสมรรถนะ

ระยะที่ 3 การนำโมดูลไปทดลองใช้

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของโมดูล

2) **ด้านประชากร** เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่ใช้การสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม และมีการคัดเลือกอย่างจำเพาะเจาะจง ในกลุ่มที่สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล (พขอ. และ พชต.) ใน 4 อำเภอ รวม 84 คน (2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ในพื้นที่จำนวน 400 คน และ (3) ทีมพี่เลี้ยง พขอ.จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 504 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นบุคคลที่อยู่ใน 4 อำเภอนำร่องทั้งเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ (ภาษาไทย หรือ ภาษามลายูถิ่น) เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สะดวกต่อการให้ข้อมูล

3) **ด้านสถานที่และเวลา** ดำเนินการศึกษาใน 4 อำเภอของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ อำเภอเมืองและอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - มีนาคม พ.ศ. 2564

(2) เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบการใช้เครื่องมือในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงคืออำเภอสบไย้อย จังหวัดสงขลา และนำเครื่องมือวิจัยทุกชุดมาปรับเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ในพื้นที่ศึกษาจริงสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

(3) การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่อ้างอิง EC 020/63) ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการอธิบายจาก

นักวิจัยก่อนลงนามใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยขออนุญาตในการบันทึกเสียงทุกครั้ง หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการให้ข้อมูลสามารถหยุด และ/หรือออกจากกรเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บไว้เป็นความลับในคอมพิวเตอร์ที่ระบุนรหัสผ่าน และนักวิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และมีการนำเสนอผลการวิจัยโดยรวมที่ไม่ได้เจาะจงตัวบุคคลแต่อย่างใด

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรรกในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้ เริ่มจากการประเมินสมรรถนะ และความต้องการในการพัฒนาตนเองของ พชอ. ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการออกแบบการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรรกวัยรุ่น นำมาสู่การออกแบบโมดูลเพื่อการเรียนรู้ของ พชอ. มีการทดลองใช้โมดูลในพื้นที่นาร่อง 4 อำเภอ คือ อำเภอเมืองและอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส และการประเมินประสิทธิผลของการใช้โมดูลในพื้นที่ข้างต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ข้อมูลด้านประชากรที่ศึกษา (demographic data)

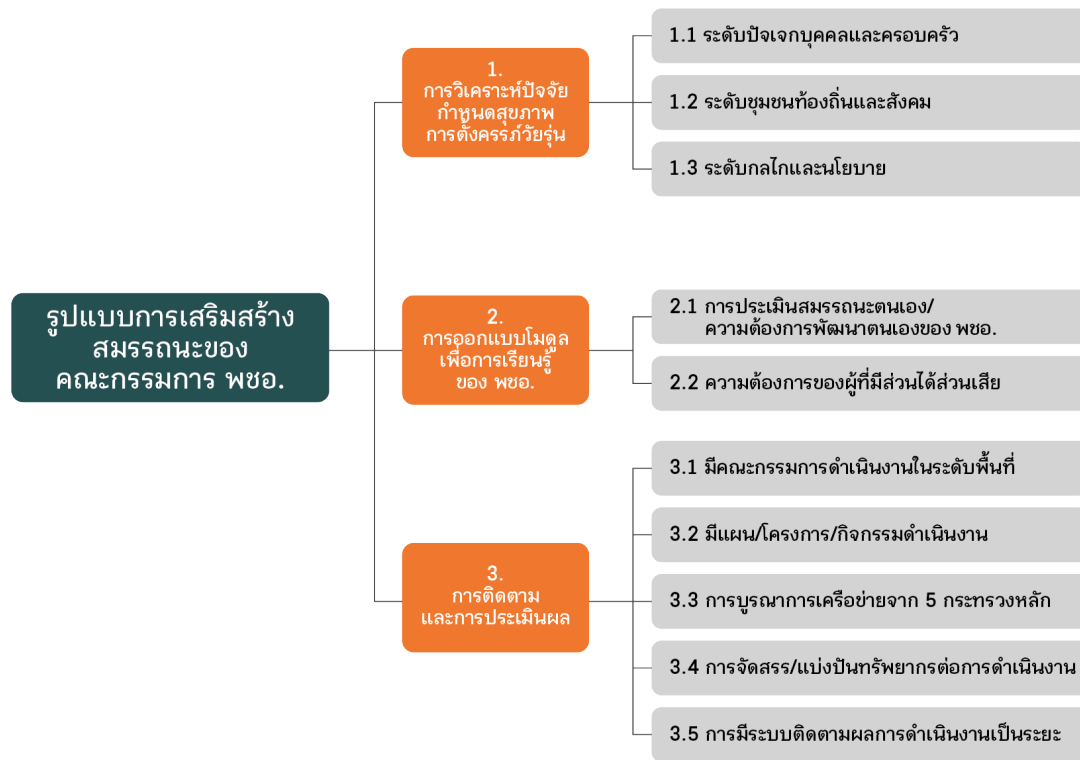
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งประเภทการสำรวจ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย ข้อมูลด้านอายุ เพศ ศาสนา และระดับการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 72.02) เพศหญิง (ร้อยละ 57.94) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 72.22) และการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.76) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรรกในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักที่สำคัญ คือ (1) การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพต่อการตั้งครรรกวัยรุ่น (2) การวิเคราะห์ความต้องการการอบรมของ พชอ. (3) การออกแบบโมดูลและการทดลองใช้ และ (4) การติดตามประเมินผลการใช้โมดูลโดยทีมพี่เลี้ยงที่เอื้อให้คณะกรรมการ พชอ. เข้าใจในแบบแผนและปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรรกวัยรุ่น ทำให้เกิดการพัฒนาแผน พัฒนาโครงการและติดตามประเมินผลโดยอาศัยงบประมาณดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นหลัก และนำไปสู่การรณรงค์ในเชิงนโยบายในภาพรวมของแต่ละอำเภอ ดังแสดงในภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล (n=504 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1) อายุ		
18-24 ปี	141	27.98
25-29 ปี	363	72.02
2) เพศ		
ชาย	212	42.06
หญิง	292	57.94
3) ศาสนา		
พุทธ	140	27.78
อิสลาม	364	72.22
4) ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	402	79.76
ปริญญาตรีขึ้นไป	102	20.24

ภาพที่ 1 รูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้



(2) การแบ่งระยะของการศึกษา

คือ ระยะที่ 1 ศึกษาช่องว่างสมรรถนะและความต้องการพัฒนาตนเองของ พขอ. ระยะที่ 2 การพัฒนาโมเดลบนพื้นฐานของข้อแรก ระยะที่ 3 การนำโมเดลไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของโมเดล ดังนี้

1) สมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พขอ. ได้มีการประเมินสมรรถนะและความต้องการในการพัฒนาตนเองทั้ง 4 อำเภอในสามจังหวัดชายแดนใต้ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ดังนี้

จากการประเมินตนเองต่อสมรรถนะพื้นฐานของ พขอ. ในการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า ด้านความรู้รอบรู้ต่อประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการบริหารจัดการและภาวะด้านการนำทีมและการบริการในพื้นที่อยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ทักษะการทำแผนและโครงการ และการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับต่ำสุด

ความต้องการพัฒนาตนเองของ พขอ. ที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านองค์ความรู้และการจัดการฐานข้อมูล

วัยรุ่น การพัฒนาแผนและโครงการด้านตั้งครรภ์วัยรุ่น และการกำหนดกรอบการประเมินและติดตามงาน ในขณะที่ด้านการวางแผนกลยุทธ์และการถ่ายทอดนโยบายสู่พื้นที่ปฏิบัติและการทำงานเป็นทีมและเครือข่ายมีความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมาก

2) การสำรวจความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับวัยรุ่นต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 400 คน ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ครู ผู้นำชุมชนและผู้นำทางศาสนาที่มีบทบาทในการดูแลวัยรุ่นในพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 4

ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ เป็นดังนี้ (1) ประเด็นรูปแบบการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ การสร้างคุณค่าแห่งตนผ่านกิจกรรมต่างๆ (ร้อยละ 64.0) (2) กลไกหรือช่องทางสำคัญในการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ สนับสนุนให้พ่อแม่มีทัศนคติที่ดี (ร้อยละ 83.8) (3) การสนับสนุนด้านความต้องการพื้นฐานแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนสมรรถนะของ พชอ. ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ใน 4 อำเภอ (n=84)

สมรรถนะพื้นฐานของ พชอ. ต่อการดำเนินงาน ด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ระดับคะแนน การประเมินตนเองของ พชอ.	การแปลผล
1. ด้านการบริการจัดการ	1.45 ± 0.03	ระดับต่ำ
2. ด้านความรู้รอบรู้ต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น	2.33 ± 0.05	ระดับปานกลาง
3. ทักษะการวางแผนและโครงการ	0.89 ± 0.02	ระดับต่ำสุด
4. ภาวะผู้นำทีมและการบริการในพื้นที่	1.84 ± 0.01	ระดับต่ำ
5. การติดตามประเมินผล	0.52 ± 0.01	ระดับต่ำสุด

หมายเหตุ: ระดับสมรรถนะประกอบด้วย: ระดับ 0.00-0.99 ระดับต่ำสุด ไม่แสดงสมรรถนะในด้านนี้ ระดับ 1.00-1.99 ระดับต่ำ มีความพยายามในการปฏิบัติหน้าที่ ระดับ 2.00-2.99 ระดับปานกลาง ทำงานได้ผลตามเป้าหมาย ระดับ 3.00-3.99 ระดับดี ปรับกระบวนการทำงานให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น; ระดับ 4.00-5.00 ระดับดีมาก กำหนดเป้าหมายและพัฒนาวิธีการทำงานที่โดดเด่น มีภาวะผู้นำ กล้าคิด และกล้าตัดสินใจ

ตารางที่ 3 การประเมินระดับความต้องการพัฒนาตนเองของ พชอ. (Training Need Assessment: TNA)
ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใน 4 อำเภอ (n=84)

ประเด็นความต้องการพัฒนาตนเองของ พชอ. ต่อการ ดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ระดับคะแนน การประเมินตนเองของ พชอ.	การแปลผล
1. การวางแผนกลยุทธ์และการถ่ายทอดนโยบายสู่พื้นที่	3.26 ± 0.08	ระดับมาก
2. องค์ความรู้และการจัดการฐานข้อมูลวัยรุ่น	4.35 ± 0.11	ระดับมากที่สุด
3. การพัฒนาแผนและโครงการด้านตั้งครรภ์วัยรุ่น	4.51 ± 0.03	ระดับมากที่สุด
4. การทำงานเป็นทีมและเครือข่าย	3.66 ± 0.04	ระดับมาก
5. การกำหนดกรอบการประเมินและติดตามงาน	4.84 ± 0.32	ระดับมากที่สุด

หมายเหตุ: ระดับ TNA ประกอบด้วย: ระดับ 0.00-0.99 ระดับต่ำสุด ไม่ต้องการฝึกอบรมในด้านนี้ ระดับ 1.00-1.99 ระดับต่ำ ต้องการฝึกอบรมเพียงเล็กน้อย ระดับ 2.00-2.99 ระดับปานกลาง ต้องการฝึกอบรมพอสมควร ระดับ 3.00-3.99 ระดับมาก ต้องการฝึกอบรมด้านนี้ในระดับสูง ระดับ 4.00-5.00 ระดับมากที่สุด ต้องการฝึกอบรมด้านนี้ในระดับสูงสุด

ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 64.5) (4) การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในระดับสูงสุด คือ ทักษะการผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 61.3) (5) การสนับสนุนด้านคุณภาพชีวิตแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ เงินทุนในการประกอบอาชีพ หรือ การสร้างรายได้ (ร้อยละ 62.3) (6) การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ สังคมให้การช่วยเหลือ ลอดอคติและลดการกีดกัน (ร้อยละ 67.5)

3) การพัฒนาโมดูล การออกแบบโมดูลอยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะและความต้องการการพัฒนาตนเองของ พชอ. และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่นำไปสู่การขับเคลื่อนที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่น โดยลักษณะของโมดูลเป็นหน่วยการเรียนรู้

สำเร็จรูปในตัวเองแบบฐานสมรรถนะ (competency-based modules training) จำนวน 5 ฐานสมรรถนะ รวมระยะเวลาในการเรียนและฝึกอบรมจำนวน 60 ชั่วโมง โดยมีผู้เรียน คือ พชอ. และภาคีเครือข่ายใน 4 อำเภอนำร่อง ดังแสดงในตารางที่ 5

4) การนำโมดูลไปทดลองใช้ โมดูลที่ถูกออกแบบได้มีการนำไปทดลองใช้ใน 4 อำเภอ คือ อำเภอเมืองและอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก คือ การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาวะทางเพศ และตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 6 และขั้นตอนที่ 2 คือ การทดลองนำโมดูลไปใช้ใน 4 อำเภอนำร่องในสามจังหวัดชายแดนใต้ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 4 ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ (n=400)

ประเด็นความต้องการให้มีการดำเนินงานต่อการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์วัยรุ่น	ร้อยละ
1) รูปแบบการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
การสร้างคุณค่าแห่งตนผ่านกิจกรรมต่างๆ	64.0
การสร้างทักษะการคิดได้-คิดเป็น และทักษะรู้รอบ	62.3
การสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชน	50.5
ป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ/การคุกคามทางเพศ	47.2
การกำหนดนโยบายสาธารณะและการสื่อสารเชิงบวก	39.2
การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง	38.2
สอดแทรกเนื้อหาผ่านสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย	32.5
2) กลไกหรือช่องทางสำคัญในการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์วัยรุ่น	
สนับสนุนให้พ่อแม่มีทัศนคติที่ดี	83.8
การปลูกฝังศีลธรรมและค่านิยมรักษาวลสงวนตัว	66.8
สถานศึกษาสอนเรื่องทักษะชีวิต/เพศวิถี	64.5
หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการเชิงรุก	51.0
การสร้างสิ่งแวดล้อม/จัดให้มีพื้นที่ทำกิจกรรม	48.0
การสร้างมาตรการทางสังคม	43.5
เน้นระบบการสื่อสารสาธารณะ	39.5
3) การสนับสนุนด้านความต้องการพื้นฐานแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์	64.5
การจัดหาที่อยู่อาศัย	50.0
การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ	47.8
คำแนะนำเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร	46.5
4) การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
การผ่อนคลายความเครียด/วิตกกังวล	61.3
การให้คำปรึกษา	54.5
การสนับสนุนการครองคู่ที่ถูกต้อง	52.2
ผู้ปกครองทั้งสองฝ่ายยื่นมือมาช่วยเหลือ	47.0
5) การสนับสนุนด้านคุณภาพชีวิตแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
เงินทุนในการประกอบอาชีพ หรือ การสร้างรายได้	62.3
การสนับสนุนการศึกษาในระยะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด	52.5
ระบบสนับสนุนการรับฝาก/รับเลี้ยงเด็ก	45.0
ระบบการป้องกันการเกิดเหตุความรุนแรงในครอบครัว	43.8
6) การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
สังคมให้การช่วยเหลือ อดอดคิด/การกีดกัน	67.5
การให้คำปรึกษาในทางเลือกที่ตัดสินใจได้	59.5
สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง	56.0
การดำรงสถานะทางสังคมอย่างมีคุณค่า	44.0

ตารางที่ 5 รายละเอียดเนื้อหาโมดูลในการเสริมสร้างสมรรถนะคณะกรรมการ พขอ.

การเสริมสมรรถนะเฉพาะด้าน	เนื้อหาในหน่วยการเรียนรู้	รูปแบบการเรียนรู้
1. การจัดการองค์ความรู้ต่อประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	- พรบ.การตั้งครรภ์วัยรุ่น 2559 - ยุทธศาสตร์ป้องกันฯ 2560-2569 - ปัจจัยกำหนดการตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่	ศึกษาด้วยตนเอง 5 ชั่วโมง
2. การเป็นทีมนำสู่การเปลี่ยนแปลง	ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมในด้าน การป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น	อบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ชั่วโมง
3. ทำแผนและโครงการ ประสานพลังเครือข่ายสู่การณรงค์เชิงนโยบาย	- วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย - การสร้างเครือข่าย 5 กระทรวงหลัก - การทำแผน และการสื่อสาร	อบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ชั่วโมง
4. การประเมินและติดตามผล	การเสริมพลัง/การชื่นชมการเรียนรู้ร่วมกันด้านการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น	อบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ชั่วโมง
5. ทักษะการปฏิบัติการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	ปฏิบัติภาคสนามในระดับชุมชน	เรียนรู้ในพื้นที่จริง (on-site) 40 ชั่วโมง

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาวะทางเพศ และตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้

ปัจจัยกำหนดสุขภาวะทางเพศ และตั้งครรภ์วัยรุ่น	ข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก
ระดับปัจเจกบุคคลและครอบครัว	1. เศรษฐฐานะของครอบครัว: รายได้และการศึกษาต่ำจะทำให้ออกเรือนมาประกอบอาชีพเร็วขึ้น 2. การเข้าถึงเนื้อหาด้านสุขภาวะทางเพศ (เฉพาะกลุ่มที่อยู่ในสถานศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน)
ระดับชุมชนท้องถิ่นและสังคม	1. วัฒนธรรมทางสังคม เช่น ผู้ชายที่มีฐานะเป็นผู้ปกครองจะมีอำนาจสูงสุดในครอบครัว เช่น สามี พ่อ พี่ชาย 2. ค่านิยมแต่งงานเร็ว (แต่งงานถูกต้องตามหลักศาสนา)
ระดับกลไกและนโยบาย	1. มาตรการจัดระเบียบสังคมที่เรียกว่า “ฮุกมปากัด” หรือ “กฎชุมชน” สำหรับการเฝ้าระวังกลุ่มวัยรุ่นที่ออกนอกบ้านที่อาจเสี่ยงต่อการผิดประเวณีค่านิยม แต่งงานเร็ว (แต่งงานถูกต้องตามหลักศาสนา) 2. การดำเนินงานของ 5 กระทรวงหลัก แต่ละหน่วยงานมีการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในต่างคนต่างทำและแยกส่วน

5) การประเมินประสิทธิผลของโมดูล การประเมินประสิทธิผลของโมดูล เป็นการประเมินตนเองของ พขอ. ต่อการนำโมดูลไปใช้ในการขับเคลื่อนป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในอำเภอทั้ง 4 อำเภอในรอบ 5 เดือน หลังจากการได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 8

จากผลการประเมินประสิทธิผลโมดูลด้วยการประเมินตนเองของ พขอ. ใน 8 ด้าน พบว่า ด้านความรู้และความเข้าใจต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความรู้และ

ความเข้าใจต่อ พรบ. และยุทธศาสตร์ชาติในการแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น และการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย และการประสานเครือข่ายอยู่ในระดับดีมาก ส่วนประเด็นอื่นๆ อีก 5 ด้าน อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการการนำทีมสู่การเปลี่ยนแปลง ด้านการทำแผนและโครงการต่อประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่น การณรงค์เชิงนโยบาย การประเมินและติดตามผล และการปฏิบัติการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับชุมชน

ตารางที่ 7 ผลการทดลองนำโมเดลไปใช้ใน 4 อำเภอในจังหวัดชายแดนใต้

อำเภอ/จังหวัด	พื้นที่ดำเนินงาน	หน่วยดำเนินงาน	แหล่งงบประมาณ	รูปแบบ
เมืองปัตตานี	ตำบลรูสะมิแล	โรงเรียนและชุมชน	สภาสันติสุข	การจัดตั้งหน่วยให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์
ยะหริ่งปัตตานี	ตำบลตาเกาะ	เยาวชนนิหมามน้อย หมู่ที่ 4	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	จิตอาสาแกนนำเยาวชนชาย-หญิงเพื่อนช่วยเพื่อน/ดูแลผู้ป่วย
	ตำบลบางปู	เยาวชนชะบามัสยิดตะอาวัน	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	การจัดการท่องเที่ยวชุมชนโดยเยาวชนของชุมชนเพื่อเสริมรายได้
รามันยะลา	ตำบลโกตาบารู	สภาเด็ก/เทศบาลโกตาบารู	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	แกนนำเยาวชนรุ่นพี่ดูแลรุ่นน้องด้านการปฏิบัติตามหลักการศาสนาและการสร้างอาชีพ
บาเจาะนราธิวาส	ตำบลบาเรไต้	ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และเยาวชน	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	การจัดการคัดกรองความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกัน 3 ฝ่าย คือ ผู้ปกครอง ผู้นำศาสนา และฝ่ายสาธารณสุข

ตารางที่ 8 การประเมินตนเองของ พขอ. ต่อการนำโมเดลไปใช้ (n=84)

ประเด็นการประเมินคณะกรรมการ พขอ. ต่อการนำโมเดลไปใช้	Mean $\pm$ SD	การแปลผล
1. ความรู้และความเข้าใจต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	4.00 $\pm$ 0.35	ระดับดีมาก
2. ความรู้และความเข้าใจต่อ พรบ. และยุทธศาสตร์ชาติในการแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น	4.00 $\pm$ 0.34	ระดับดีมาก
3. การบริหารด้านการนำทีมสู่การเปลี่ยนแปลง	3.88 $\pm$ 0.22	ระดับดี
4. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียและการประสานเครือข่าย	4.25 $\pm$ 0.43	ระดับดีมาก
5. การทำแผนและโครงการต่อประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่น	3.63 $\pm$ 0.41	ระดับดี
6. การรณรงค์เชิงนโยบาย	3.50 $\pm$ 0.35	ระดับดี
7. การประเมินและติดตามผล	3.50 $\pm$ 0.35	ระดับดี
8. การปฏิบัติการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับชุมชน	3.75 $\pm$ 0.25	ระดับดี

หมายเหตุ: ระดับประสิทธิผลของโมเดลประกอบด้วย: ระดับ 0.00-0.99 ระดับต่ำสุด ไม่มีประสิทธิผลในด้านนี้ ระดับ 1.00-1.99 มีประสิทธิผลในระดับต่ำ ระดับ 2.00-2.99 มีประสิทธิผลในระดับปานกลาง ระดับ 3.00-3.99 มีประสิทธิผลในระดับดี ระดับ 4.00-5.00 มีประสิทธิผลในระดับดีมาก

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่าง พขอ. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในจังหวัดชายแดนใต้ รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของ พขอ. ที่ได้นั้น ถือเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการบนฐานความต้องการของผู้ใช้โมเดล คือ คณะกรรมการ พขอ. และผู้ที่จะได้ประโยชน์จากโมเดล คือ

กลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ครู ผู้ปกครอง และผู้ดูแลหรือให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่น โดยโมเดลนี้จะมีลักษณะเด่น คือ เน้นการเสริมสร้างการเรียนรู้และการปฏิบัติการของ พขอ. แบบบูรณาการและครบวงจร ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินตนเอง การค้นหาความต้องการในการพัฒนา การออกแบบหลักสูตรการเรียนรู้ผ่านโมเดลจำนวน 5 หน่วยการเรียนรู้ การทดลองใช้โมเดลในพื้นที่นำร่องและการประเมินประสิทธิผลของการใช้โมเดล โดยมี

ข้อค้นพบต่อรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะของ พชอ. ที่สำคัญ คือ (1) การมุ่งเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับคณะกรรมการ พชอ. ต่อการตั้งครรภวัยรุ่นตามบริบทของพื้นที่แบบบูรณาการ โดยการวางระบบการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ หรือเน้นทั้งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น (2) การมีเครื่องมือที่เป็นแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญและครอบคลุมที่มาจากโมดูลใน 5 หน่วยการเรียนรู้ (3) การเสริมพลังอำนาจจากทีมพี่เลี้ยงในการพัฒนาแผนการพัฒนาโครงการ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ (4) การประสานพลังเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนตำบล ภาคประชาสังคม และเยาวชนแกนนำโดยมีการปฏิบัติในพื้นที่ร่วมกับชุมชนทำให้การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างที่สำคัญ คือ การออกแบบเครื่องมือการสร้างเสริมสมรรถนะของ พชอ. ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานสมรรถนะที่จำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาตนเองของผู้เรียน มีการติดตามเสริมพลังอย่างใกล้ชิดจากทีมพี่เลี้ยง (coaching team) ทั้งรูปแบบออนไลน์ และภาคสนาม (on-site fieldwork) มีการใช้ทรัพยากรดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน เช่น เครือข่ายสุขภาพ เครือข่ายแกนนำเยาวชน และผู้นำศาสนา ทั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือกองทุนตำบล เป็นหลักในการส่งเสริมแผนงานและโครงการด้านป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภวัยรุ่นทั้ง 4 อำเภอนำร่อง

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาศักยภาพของ พชอ. อื่นๆ เช่น การศึกษาและพัฒนากระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พชอ. มีกระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในลักษณะเดียวกันคือ แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแผนดำเนินงานที่บูรณาการทรัพยากร และกำหนดการติดตามและประเมินผล⁽¹¹⁾ ทำนองเดียวกันกับการศึกษาเรื่องระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอที่การดำเนินงานต้องอาศัยการมีฐานข้อมูล จัดโครงสร้างองค์กร การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและกระบวนการแลกเปลี่ยนการดำเนินงานเพื่อการเรียนรู้จากการปฏิบัติ⁽¹²⁾ รวมทั้งการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาคณะกรรมการและเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุป ถอดบทเรียน ประชาสัมพันธ์ และนำรูปแบบไปใช้⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ เป็นการศึกษในพื้นที่นำร่องจำนวน 4 อำเภอ และศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเท่านั้น โดยไม่ได้มีข้อมูลจากกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี รวมทั้งไม่มีข้อมูลที่ได้จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงจากการตั้งครรภวัยรุ่นอันเป็นกลุ่มที่เปราะบาง (vulnerable group) ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เน้นการสรุปผลอ้างอิงข้ามไปยังบริบทอื่นหรือกลุ่มที่นอกเหนือดังกล่าว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภวัยรุ่นสำหรับ พชอ. ควรมีการหนุนเสริมบทบาทของทีมพี่เลี้ยงในระดับพื้นที่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พี่เลี้ยงเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการนำโมดูลไปขยายผลทั้งด้านเนื้อหาเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับ พชอ. การพัฒนาแผนและโครงการ รวมทั้งการขยายผลในด้านพื้นที่ต่อการนำโมดูลมาใช้ในระดับตำบลร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทำให้เกิดการส่งต่อ การเชื่อมประสานแผนการดำเนินงาน และการรณรงค์เชิงนโยบายร่วมกันทั้งสองระดับร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณแหล่งทุนหลัก คือ สำนัก 2 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยและงานขับเคลื่อนต่อประเด็นสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่นแก่สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Guo C, Pang L, Ding R, Song X, Chen G, Zheng X. Unmarried youth pregnancy, outcomes, and social factors in China: findings from a nationwide population-based survey. *Sex Med* 2019;7(4):396-402.
2. Uwizeye D, Muhayiteto R, Kantarama E, Wiehler S, Murangwa Y. Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. *Heliyon* 2020;6(10):e05037.
3. Siakwa M, Nyarko-Sampson M, Bruce SD. Obstetric outcomes: a comparison of teenagers and adults in the Cape Coast metropolis, Ghana. *Heliyon* 2020;6(11):e05466.
4. Zangiacomi Martinez E, da Roza DL. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: association with human development index. *Women Birth* 2020;33(2):e191-8.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 รายงานสรุปผลที่สำคัญ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
6. National Statistical Office of Thailand. Thailand multiple indicator cluster survey 2019, snapshots of key findings report. Bangkok: Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2020.
7. Sommart J, Sota C. The Effectiveness of a school-based sexual health education program for junior high school students in Khon Kaen, Thailand. *PSU-USM Int Conf Humanit Soc Sci* 2013;91:208-14.
8. Songtaweasin WN, Kawichai S, Phanuphak N, Cressey TR, Wongharn P, Saisaengjan C, et al. Youth-friendly services and a mobile phone application to promote adherence to pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men and transgender women at-risk for HIV in Thailand: a randomized control trial. *J Int AIDS Soc* 2020;23(Suppl 5):e25564-e25564.
9. Sutapan S, Promsuan W, Howharn C, Sorserb P, Kingmala C. The roles and responsibilities as district health board: from perspective to practice for community health. *J Prev Med Assoc Thai* 2020;10(2):254-73.
10. ภักธพงศ์ ชูเดช, นภาพระไพ สาระ, อรุมา ทางดี. การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2563;6(4):39-50.
11. ปัญญา พลศักดิ์. การศึกษาและพัฒนาแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน* 2564;3(2):40-53.
12. จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร, ไพศาล เอียรถาวร. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* 2562;1-167.
13. ศิวาภรณ์ เงินราง. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี* 2562;2(2):108-16.

Model Development for the Performance Strengthening of District Health Boards toward the Driven of Teenage Pregnancy Prevention Strategies: a Case Study in 3 Southern Border Provinces of Thailand

Sawpheeyah Nima, Vorasith Sornsrivichai, Pongthep Sutheravut

Public Policy Institute, Prince of Songkla University, Songkhla Province, Thailand

Abstract

The 3 border provinces in southern Thailand – Pattani, Yala, and Narathiwat have geographic, social, and cultural identities that differ from other areas of the country, especially regarding gender, sexuality, and sexual health among adolescents based on traditional social beliefs and norms which may face huge obstacles for further reproductive health development. Specifically, specific teenage sexual health learning content has not been generated to allow the district level to advocate as a policy nowadays. Thus, there is a need to develop models for the performance strengthening of district health boards (DHB) on the prevention and alleviation of teenage pregnancy problems. This study aimed to strengthen the capacity of DHB mechanisms and network partners to learn and practice through modules developed for driving the prevention and resolution of adolescent pregnancy problems in the southern border provinces. The study design was participatory action research conducted from October 2019 – March 2021. The study was divided into 4 phases: phase 1, competency gaps study, and self needs for improvement of DHB; phase 2, module development based on the data derived from the first phase; phase 3, module implementation; and phase 4, module effectiveness evaluation. The results revealed that the competency-based process learning module was an important tool in driving DHB and their partners toward positive paradigms on sexuality and sexual health in adolescents that shape the future, design social movement processes, and share forces and resources. Process-based learning was a crucial powerful innovation for a key driver towards sustainable sexual well-being in the southern border provinces of Thailand.

Keywords: district health board; teenage pregnancy; southern border provinces; Thailand