

**การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**
**Evaluation of Preventive Implementation and Probing the Teenage Pregnancy
Problems of District Health Board: DHB)**

อรอุมา ทางดี¹, นภาพรประไพ สารระ¹ และ ภัทรพงศ์ ชูเศษ¹

¹ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และมีการขับเคลื่อน “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์” และกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของ พชอ. ใช้กรอบการประเมิน CIPP model รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามใน พชอ. 878 อำเภอ ๆ ละ 1 ชุด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) แบบสอบถามได้รับการตอบกลับ 530 ชุด (ร้อยละ 58.2) ศูนย์อนามัยที่ตอบกลับสูงสุดคือ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี (ร้อยละ 81.4) ผู้ตอบเป็นบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 78.1 จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ร้อยละ 48.3 และโรงพยาบาลร้อยละ 29.8 ปัญหาวัยรุ่น/การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่ พชอ. ให้ความสำคัญเป็นลำดับ 1 ร้อยละ 38.4 โดยร้อยละ 73.0 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ กิจกรรมที่มีการดำเนินการ คือ คลินิกวัยรุ่น (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ การรณรงค์กิจกรรมวันสำคัญและการอบรมวัยรุ่น หน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ โรงพยาบาลและ สสอ. ร้อยละ 61.3 และ 55.3 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสูงสุดคือ วัยรุ่นและผู้ปกครองมีความเข้าใจ/ความรู้/ทักษะในเรื่องของปัญหาของวัยรุ่นมากขึ้น และทำให้ปัญหาวัยรุ่นที่ไม่พร้อมตั้งครรถ์น้อยลง ความคิดเห็นต่อบริบท กระบวนการและผลลัพธ์อยู่ในระดับมาก ส่วนกระบวนการอยู่ในระดับน้อย และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ปัจจัยสำเร็จคือ ผู้นำ/ผู้บริหาร/สถานศึกษา ให้ความสำคัญและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ เกิดจากตัววัยรุ่นเองที่ไม่สนใจ/ทัศนคติ/ค่านิยม/ความอาย และขาดการสนับสนุนงบประมาณ สื่อและวัสดุอุปกรณ์

คำสำคัญ: การประเมินผล การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ความสำคัญ

การตั้งครรถ์ของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)¹ กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 – 14 ปี และอายุ 15 – 19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการให้บรรลุได้ภายในปี พ.ศ. 2573²

สำหรับประเทศไทย พบว่า การคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 16.9 ใน พ.ศ.2554 และมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2560 การคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 ใน พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 12.4 ใน พ.ศ. 2557 และมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2560³ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อหลายมิติ

ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อสุขภาพเด็กแรกเกิด การทำแท้งและการทอดทิ้งทารก ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ผลกระทบต่อการศึกษา ผลกระทบต่อครอบครัวและอาชีพและผลกระทบด้านเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้น ผวนกับความซับซ้อนของปัญหาที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรม ความเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ดำเนินงานโครงการและกิจกรรมที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ คือ การดำเนินงานภายใต้กลไกระดับอำเภอ⁴ โดยมีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์” จำนวน 692 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 78.82 และมีจังหวัดที่ดำเนินงานครอบคลุมทุกอำเภอ จำนวน 30 จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 3 ตุลาคม 2561) และการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น ในการสนับสนุนให้ส่วนราชการส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 10 ที่กำหนดถึงบทบาทหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น คือ ให้ราชการส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นตามมาตรา 5 เพื่อเป็นการสนับสนุนให้พื้นที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น การส่งเสริมและเสริมพลังภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ท้องถิ่น และชุมชน มีแนวทางการทำงานร่วมกัน เกิดการบูรณาการการทำงานโดยสามารถบูรณาการกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ดังนั้น การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่นของกลไก พชอ. เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนในการดำเนินงานระดับประเทศ ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของ พชอ. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
2. ประเมินความคิดเห็นต่อการดำเนินงานในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดการประเมินผลโครงการของดาเนียล สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam)⁵ คือ CIPP Model ประกอบด้วยการประเมิน 4 ส่วน คือ 1) การประเมินสภาวะแวดล้อมหรือบริบท (Context Evaluation : C) อาทิ ความเหมาะสมของวัตถุประสงค์และเป้าหมายโครงการ ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา และแผนการดำเนินงาน 3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัยสำเร็จและข้อบกพร่อง

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินโครงการ และ 4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ ได้แก่ อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นลดลง วัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และทักษะชีวิตเพิ่มขึ้นและ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายและประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ เป็นต้น ซึ่งการประเมินนี้เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคเพื่อใช้ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินงาน โดยการศึกษาโครงการครั้งนี้อยู่เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน (Post-evaluation) อำเภอนามัยเจริญพันธุ์และคาดหวังให้การดำเนินงานบูรณาการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลที่ใช้การสำรวจข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้หน่วยในการศึกษาคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งในประเทศไทยมีด้วยกัน 878 พชอ. ตามจำนวนอำเภอทั้งหมดของประเทศ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ตัวแทน พชอ. ละ 1 คน แล้วแต่การมอบหมายของนายอำเภอผู้เป็นประธาน พชอ.เป็นผู้ระบุให้ตอบแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามจะจัดส่งให้ประธาน พชอ. คือนายอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานด้านวัยรุ่นของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล หรือสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยคำนวณสัดส่วนจากสูตรของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁶ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 3% ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

$$n = \frac{3.841 \times 878 \times 0.5(1-0.5)}{(0.03)^2 (2634-1) + 3.841 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 482.1 \approx 483$$

จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 483 คน แต่เนื่องจากการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ มีโอกาสเสี่ยงในการตอบกลับต่ำ จึงส่งแบบสอบถามยังทุกอำเภอ 878 อำเภอ ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านวัยรุ่นของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ
2. สนใจให้ข้อมูลด้วยการกรอกข้อมูลในแบบสอบถาม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection method)

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้การตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งดำเนินการโดยการส่งทางจดหมายถึงนายอำเภอผู้เป็นประธาน พขอ. เพื่อให้มอบหมายให้ผู้มีบทบาทที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามจะมีการทำทะเบียนรหัสเพื่อใช้ในการกำกับและติดตามแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2562

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ทีมวิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการประเมินและกรอบแนวคิดการประเมิน และการหาคุณภาพเครื่องมือด้วย 2 วิธีด้วยกันคือ การส่งให้ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการใช้ค่าสถิติด้วยการหาค่าความเที่ยงในส่วนข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานฯ ซึ่งข้อคำถามมี 5 ด้านคือด้านบริบทมีคำถาม 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า 5 ข้อ ด้านกระบวนการดำเนินงาน 9 ข้อ ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ 5 ข้อ และความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน 6 ข้อ รวมคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ มีมาตรวัดเป็น rating scale วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของข้อคำถามด้วยค่าครอนบาชอัลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าดังนี้ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ และความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน มีค่าเท่ากับ 0.826, 0.764, 0.850, .0865 และ 0.615 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงในภาพรวมของข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.910 จากแบบสอบถามที่ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแล้ว มีการจัดทำทะเบียนหมายเลขแบบสอบถามส่งให้ประธาน พขอ. ในระดับอำเภอเพื่อพิจารณามอบหมายผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานพบว่า ผู้เกี่ยวข้องที่จะให้ข้อมูลได้ดีใน 3 หน่วยงานคือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และตัวแทนฝ่ายปกครอง (ตัวแทนนายอำเภอซึ่งเป็นประธานกลไก พขอ.)

การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการประมวลผลข้อมูลจากแบบสอบถามที่รวบรวมได้ นำมาตรวจสอบเช็คความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากแบบสอบถาม 878 ชุด ส่งกลับเข้ามาจำนวน 547 ชุด พบว่า กรอกข้อมูลเฉพาะข้อมูลทั่วไป และส่วนอื่นๆ ตอบค่อนข้างน้อย จำนวน 17 ชุดจึงตัดออกเหลือ 530 ชุดที่ใช้ในการวิเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 60.4 สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าต่ำสุด - สูงสุด และมีเกณฑ์การจัดแบ่งระดับด้วยค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของการประเมินเป็น 4 ระดับคือ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.00) มาก (ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49) น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49) และน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างกระจายตามเขตพื้นที่สาธารณสุขของศูนย์อนามัยซึ่งแบ่งเป็น 12 เขต ซึ่งในแต่ละเขตมีจำนวนอำเภอรวมทั้งสิ้น 878 พบว่า ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ร้อยละ 82.9 รองลงมาด้วยอัตราใกล้เคียงกันคือ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 79.6 และศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ร้อยละ 78.7 ศูนย์อนามัยที่อัตราการตอบต่ำคือ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช (ร้อยละ 43.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.7 อายุกระจายในทุกกลุ่ม โดยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.9 รองลงมาคือ 31 - 40 ปี และ 51 - 60 ปีพอ ๆ กันคือ ร้อยละ 25.8 และ 25.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.6 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 21 และ 60 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.1 รองลงมาคือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 26.8 สถานภาพการทำงานพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.8 สำหรับหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างคือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ โรงพยาบาล และ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 29.8 และ 21.9 ประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่น/เยาวชน พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยคือ 6.9 ปี และมีค่าต่ำสุด-สูงสุดคือ 1 เดือน - 42 ปี โดยช่วงเวลาที่ห้ามมากที่สุดคือ 1 - <5 ปี ร้อยละ 40.2 ข้อมูลของพื้นที่จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ลักษณะทางสังคมของพื้นที่รับผิดชอบกว่าครึ่งมีลักษณะแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท ร้อยละ 45.3 รองลงมาคือ ชนบท ร้อยละ 38.5 ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.5 เชื้อชาติไทยร้อยละ 94.2 โดยสัดส่วนของวัยรุ่นในพื้นที่ พบว่า ร้อยละ 69.9 ระบุว่าวัยรุ่นต่ำกว่าร้อยละ 20 รองลงมาคือร้อยละ 24.1 ระบุว่าวัยรุ่นเป็นสัดส่วนร้อยละ 21 - 40 โดยมีสัดส่วนเฉลี่ย 19.8 และ Median= 15.5

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ พบว่า เกือบทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 96.6 ระบุว่าปัจจุบันยังมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอยู่ และร้อยละ 93.3 มีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน พบว่า ร้อยละ 73.0 มีคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 71.8 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และร้อยละ 6.1 ที่มีกรรมการอื่นๆ เช่น สภาดัง กรรมการอนามัยแม่และเด็ก กรรมการที่จัดตั้งตามงบประมาณฯ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินการขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ

การขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ (n=530)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (n=525)		
ไม่มี	18	3.4
มี	507	96.6
มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (n=524)		
ไม่มี	35	6.7
มี*	489	93.3
1) คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	357	73.0
2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	351	71.8
3) อื่นๆ เช่น สภาดัง กรรมการอนามัยแม่และเด็ก กรรมการที่จัดตั้งตามงบประมาณฯ	30	6.1

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

ประเด็นที่ พชอ. ให้ความสำคัญ

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในแต่ละอำเภอจะมีการกำหนดประเด็นเร่งด่วนหรือประเด็นที่ให้ความสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาและการดำเนินงานเป็นอันดับต้น ๆ พบว่าในปัจจุบัน ประเด็นที่ พชอ. ให้ความสำคัญสูงสุดคือ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 56.4 อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 51.1 อันดับที่ 4 คือวัยรุ่น ร้อยละ 41.1 นอกจากนั้น ได้แก่ เรื่องความปลอดภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เด็กปฐมวัย และโรคติดต่อ ร้อยละ 39.2, 36.0, 34.2 และ 29.4 ตามลำดับ สำหรับประเด็นอื่นๆ มักเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่และเป็นวาระเร่งด่วน เช่น เด็กจมน้ำ วัคซีนหัด เป็นต้น (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลต่อประเด็นที่ พชอ. ให้ความสำคัญ

ประเด็นที่ พขอ. ให้ความสำคัญ (n=530)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส	323 (60.9)
2. ขยะ สิ่งแวดล้อม	299 (56.4)
3. อุบัติเหตุทางถนน	271 (51.1)
4. วัยรุ่น	218 (41.1)
5. อาหารปลอดภัย	208 (39.2)
6. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	191 (36.0)
7. เด็กปฐมวัย	181 (34.2)
8. โรคติดต่อ	156 (29.4)
9. อื่น ๆ (ระบุ) เช่น เด็กจมน้ำ วัคซีนหัด	38 (7.2)

การดำเนินการกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในอำเภอนั้นพบว่า กิจกรรมที่ยังมีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ คลินิกวัยรุ่น (ร้อยละ 50.0) รองลงมา ด้วยค่าพอ ๆ กัน คือ การรณรงค์และจัดกิจกรรมในวันสำคัญ และการอบรมวัยรุ่น (ร้อยละ 46.4 และ 46.0) การประชาสัมพันธ์ ตามสื่อ วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 41.5) การอบรมแกนนำวัยรุ่น (ร้อยละ 40.9) การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น (ร้อยละ 36.8) และ การจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ ให้การปรึกษา (ร้อยละ 34.2) นอกจากนี้ในพื้นที่ยังระบุถึงการมีแผนที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ การอบรมแกนนำวัยรุ่น (ร้อยละ 33.6) และการอบรมวัยรุ่น (ร้อยละ 33.0) การรณรงค์และจัดกิจกรรมวันสำคัญ (ร้อยละ 31.9) และการอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น (ร้อยละ 30.4) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดำเนินการกิจกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่น

กิจกรรม (n=530)	การดำเนินงาน			
	ไม่เคยทำ	เคยทำ แต่ไม่ทำแล้ว	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	มีแผน ที่จะดำเนินการ
1. คลินิกวัยรุ่น	104 (19.6)	35 (6.6)	265 (50.0)	126 (23.8)
2. การอบรมแกนนำวัยรุ่น	70 (13.2)	65 (12.3)	217 (40.9)	178 (33.6)
3. การอบรมวัยรุ่น	60 (11.3)	51 (9.6)	244 (46.0)	175 (33.0)
4. การจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ ให้การปรึกษา	153 (28.9)	49 (9.2)	181 (34.2)	147 (27.7)
5. การรณรงค์ กิจกรรมวันสำคัญ	71 (14.5)	38 (7.2)	246 (46.4)	169 (31.9)
6. การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น	104 (19.6)	70 (13.2)	195 (36.8)	161 (30.4)
7. การประชาสัมพันธ์ ตามสื่อ วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์	90 (17.0)	63 (11.9)	220 (41.5)	157 (29.6)

หมายเหตุ *ตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม

จากตารางที่ 3 พบว่า มีหลายกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า เป็นกิจกรรมที่เคยทำแต่ปัจจุบันไม่ได้ทำแล้ว โดยให้เหตุผลที่ไม่ได้ทำกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง พบว่า เหตุผลสูงที่สุดคือ การขาดงบประมาณ บุคลากรและไม่มีเวลา ร้อยละ 73.2 และมีเหตุผลอื่นๆ อาทิ การถูกระงับการจัดวิทยุชุมชน ขาดการทำงานอย่างต่อเนื่อง กลัวพ่อแม่ผู้ปกครองไม่เข้ารับการอบรม เป็นต้น

ด้านความคิดเห็นต่อระดับการได้รับการสนับสนุนเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอนั้น พบว่า ด้านนโยบายจากผู้บริหาร ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุด ร้อยละ 80.4 ด้านทีมบุคลากร ร้อยละ 68.9 และการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการ ร้อยละ 66.4 ในทางกลับกัน ด้านงบประมาณ/แหล่งทุน ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย - น้อยที่สุด ร้อยละ 60.5 และด้านสื่อ วัสดุ/อุปกรณ์ ร้อยละ 61.8 และจากการประเมินความคิดเห็นต่อระดับ ของกระบวนการหรือการดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในอำเภอบอกว่าการถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 70.9 รองลงมา คือ ด้านโครงสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนงาน ร้อยละ 66.8 ด้านแผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการในระดับ พื้นที่ ร้อยละ 67.8 รูปแบบ กระบวนการดำเนินงาน ร้อยละ 64.2 ผลการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ร้อย ละ 53.2 การกำกับ ติดตาม ประเมินผล ร้อยละ 50.4 และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่ ร้อยละ 47.3 ซึ่ง ในทางกลับกัน จะเห็นได้ว่า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่น้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 52.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อระดับการได้รับการสนับสนุน และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ประเด็น	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
ระดับการได้รับการสนับสนุน				
1. นโยบายจากผู้บริหาร (n=524)	100 (19.0)	321 (61.3)	91 (17.4)	12 (2.3)
2. ทีมบุคลากร (n=526)	65 (12.3)	297 (56.5)	143 (27.2)	21 (4.0)
3. งบประมาณ/แหล่งทุน (n=525)	28 (5.4)	179 (34.1)	270 (51.4)	48 (9.1)
4. สื่อ วัสดุ/อุปกรณ์ (n=521)	18 (3.5)	181 (34.7)	277 (53.2)	45 (8.6)
5. ภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน (n=523)	46 (8.8)	301 (57.6)	158 (30.2)	18 (3.4)
ระดับการขับเคลื่อนฯ				
1. การถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติ (n=526)	70 (13.3)	303 (57.6)	143 (27.2)	10 (1.9)
2. โครงสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนงาน (n=523)	37 (7.0)	312 (59.7)	164 (31.4)	10 (1.9)
3. แผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ (n=525)	43 (8.2)	313 (59.6)	158 (30.1)	11 (2.1)
4. รูปแบบ กระบวนการดำเนินงาน (n=525)	31 (5.9)	306 (58.3)	177 (33.7)	11 (2.1)
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่ (n=521)	30 (5.7)	215 (41.3)	264 (50.7)	12 (2.3)
6. ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม (n=523)	26 (5.0)	252 (48.2)	229 (43.8)	16 (3.1)
7. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล (n=518)	29 (5.6)	232 (44.8)	243 (46.9)	14 (2.7)

สำหรับบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับ อำเภอกองภาคส่วนต่างๆ หน่วยงานหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 61.3 และ 55.3 ตามลำดับ) หน่วยงานสนับสนุน ได้แก่ หน่วยงานอำเภอ (ฝ่ายปกครอง/มหาดไทย) การจัดบริการ เจริญรุ่ง คำนึงการโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 41.6 รองลงมาคือ แกนนำวัยรุ่น และเยาวชน ร้อยละ 32.5 ในด้านการจัดบริการเชิงรับพบใน รพ.สต.และโรงพยาบาล และด้านการสื่อสาร เผยแพร่พบในสถานประกอบกิจการ ผู้นำศาสนาและภาคเอกชน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามความคิดเห็นต่อบทบาทของภาคส่วน/หน่วยงานต่างๆ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ

ภาคส่วน/หน่วยงาน (n=530)	บทบาท				
	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน	จัดบริการเชิงรุก	จัดบริการเชิงรับ	สื่อสาร เผยแพร่ประชาสัมพันธ์
1. อำเภอ (ฝ่ายปกครอง/มหาดไทย) (n=475)	109 (22.9)	344 (72.4)	22 (4.6)	9 (1.9)	65 (13.7)
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=503)	278 (55.3)	160 (31.8)	-	47 (9.3)	18 (3.6)
3. โรงพยาบาล (n=501)	367 (61.3)	68 (13.6)	52 (10.4)	62 (12.4)	12 (2.4)
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=502)	197 (39.2)	98 (19.5)	209 (41.6)	83 (16.5)	41 (8.2)
5. สถานศึกษา (n=494)	173 (35.0)	153 (31.0)	102 (20.6)	54 (10.9)	111 (22.5)
6. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (n=500)	157 (31.4)	298 (59.6)	92 (18.4)	22 (4.4)	87 (17.4)
7. ชุมชน ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (n=490)	39 (7.9)	381 (77.7)	58 (11.8)	37 (7.5)	64 (13.1)
8. ผู้นำศาสนา (n=451)	16 (3.5)	281 (62.3)	38 (8.4)	22 (4.9)	143 (31.7)
9. แกนนำวัยรุ่นและเยาวชน (n=482)	95 (19.7)	150 (31.1)	157 (32.5)	82 (17.0)	129 (26.8)
10. สถานประกอบการกิจการ (n=427)	14 (3.3)	227 (53.2)	48 (11.2)	60 (14.1)	146 (34.2)
11. ภาคเอกชน (n=253)	9 (3.6)	157 (62.1)	26 (10.3)	16 (6.3)	80 (31.6)

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคและความต้องการสนับสนุน

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.1 โดยมีความเห็นว่าเป็นผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ร้อยละ 62.5 และผลลัพธ์เชิงปริมาณร้อยละ 37.5 โดยตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์เชิงปริมาณตามที่กลุ่มตัวอย่างระบุ คือ ทำให้มีปัญหายุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมลดลง ร้อยละ 43.9 มีคลินิกวัยรุ่นในสถานบริการและสถานศึกษา ให้บริการที่เข้าถึงเด็กมากขึ้น ร้อยละ 24.3 และมีการอบรมวัยรุ่นและเยาวชนในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 23.0 สำหรับตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์เชิงคุณภาพ คือ ทำให้วัยรุ่นและผู้ปกครอง มีความเข้าใจ/ความรู้/ทักษะ ในเรื่องของปัญหาของวัยรุ่นมากขึ้นจากการทำกิจกรรม ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ มีคลินิกวัยรุ่นในสถานบริการและสถานศึกษา ให้บริการที่เข้าถึงเด็กมากขึ้น ร้อยละ 19.9 ผ่านการประเมินอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และมีแผนการดำเนินงาน ร้อยละ 14.9 นอกจากนี้ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย อีกทั้งยังทำให้วัยรุ่นแกนนำมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากปัญหาและสามารถถ่ายทอดได้ ร้อยละ 6.1

สำหรับปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอ พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่ การให้ความสำคัญของผู้นำ/ผู้บริหารของสถานศึกษา ร้อยละ 30.6 และพอ ๆ กันคือ การได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ร้อยละ 30.4 รองลงมาคือ มีงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 14.6 และมีนโยบายและมาตรการหนุนเสริม ร้อยละ 10.4 และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ระบุ เช่น การทำงานเป็นทีม/

ทีมงานเข้มแข็ง/มีแกนนำวัยรุ่นที่เข้มแข็ง มีการบูรณาการงาน และมีการจัดกิจกรรมให้แก่เด็กวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุน

สำหรับปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในอำเภอ นั้น พบว่า สูงที่สุดมองว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง (ไม่สนใจ/ทัศนคติ/ค่านิยม/ความอาย) ร้อยละ 33.8 รองลงมาคือ ขาดการสนับสนุนงบประมาณ ร้อยละ 27.1 การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย จึงทำให้ควบคุมได้ยาก ร้อยละ 11.0 บุคลากรไม่เพียงพอ อีกทั้งทีมงานยังไม่เข้มแข็ง ร้อยละ 9.6 นอกจากนี้ยังพบว่า ยังมีปัญหาในเรื่องความเข้าใจและการยอมรับของผู้ปกครอง และผู้นำ/ผู้บริหารไม่ให้ความสนใจกับปัญหาเท่าที่ควร ร้อยละ 7.9 และ 6.5 ตามลำดับ

ความคิดเห็นต่อสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอ จากระดับต่างๆ พบว่า ร้อยละ 82.8 ระบุถึงสิ่งที่ต้องการการสนับสนุน โดยสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนสูงสุดคือ งบประมาณ ร้อยละ 35.7 รองลงมาคือ สื่อและอุปกรณ์ นโยบาย/มาตรการ ภาคบังคับ และมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่วัยรุ่นและทีมงาน ร้อยละ 29.6, 14.6 และ 12.1 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะในประเด็นดังนี้ ควรมีการสนับสนุนนโยบาย/งบประมาณ/สื่ออุปกรณ์/กำลังคน (72.9) ควรมีขวัญกำลังใจแก่คนทำงานหรือการสนับสนุนในด้านงบประมาณ สื่ออุปกรณ์และกำลังคน(36.2) ควรจะให้ทุกฝ่ายทุกองค์กรให้ความสำคัญกับปัญหาและทำงานร่วมกัน 15 (25.9) ควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เด็กวัยรุ่นและผู้ปกครองให้ทั่วถึง (ร้อยละ 19.4) ผู้นำชุมชนควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (8.9) และควรมีการบูรณาการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน (5.7) เป็นต้น

การประเมินการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การประเมินการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการประเมินใน 4 มิติด้วยกันตามกรอบแนวคิด CIPP คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ ได้ผลลัพธ์ดังนี้

ด้านบริบท พบว่า การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเชิงบริบทอยู่ในระดับมากคือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 โดยความคิดเห็นต่อทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก ดังนี้ เป็นการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ของรัฐบาล การดำเนินงานมีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาวัยรุ่นของเขต จังหวัด และพื้นที่ การดำเนินงานมีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานต้นสังกัดของท่าน การดำเนินงานมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม ผลผลิต/ผลลัพธ์/ผลกระทบ สอดคล้องกันอย่างชัดเจน และเป็นการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญและถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วน มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.85 - 2.93

ด้านปัจจัยนำเข้า ความคิดเห็นในภาพรวมของการสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในด้านต่าง ๆ อยู่ในระบับน้อยคือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 ในรายประเด็นพบว่า 3 ประเด็นที่อยู่ในระดับมากที่สุดคือ การดำเนินงานได้รับความร่วมมือ สนับสนุนและผลักดันจากหลายฝ่าย ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของ เขต/จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การดำเนินงานมีความพร้อมด้านบุคลากร และการดำเนินงานได้รับความร่วมมือ สนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่ ขณะที่อีก 2 ประเด็นอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การมีสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ อย่างพอเพียงและเหมาะสม และ การได้รับความร่วมมือ สนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.33 - 2.59

ด้านกระบวนการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงการดำเนินงานที่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 และในรายประเด็นพบว่าทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีการชี้แจง เผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานแก่ทีมทำงาน ทีมทำงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน มีการแบ่งงานตามความถนัดของแต่ละภาคส่วน/ภาคนิหน่วยงาน การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติงานที่วางไว้ มีการบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการชี้แจง เผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานแก่ประชาชนในพื้นที่ มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างทีมทำงาน และมีการวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาทีมทำงานอย่างเป็นระบบ ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.53 - 2.70

ด้านผลผลิต/ผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 และในทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก คือ เกิดประโยชน์ต่อวัยรุ่นในชุมชน/พื้นที่จากการดำเนินงาน เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชน/พื้นที่ การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย ผลผลิต (output) ของการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย และผลลัพธ์ (outcome) ของการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.61 - 2.85

สำหรับความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน เมื่อประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 ที่ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในระดับมากต่อประเด็นผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนที่เกี่ยวข้อง ความพร้อมของทีมงานที่มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ความพึงพอใจของท่านต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การกำหนดกลไกและแนวทางในการดำเนินงาน และการดำเนินงานสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด ขณะที่มีความพึงพอใจระดับน้อยในประเด็นความพร้อมของเจ้าหน้าที่ วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.43 - 2.86 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อประเด็นการประเมินในมิติต่าง ๆ

ประเด็นการประเมินในมิติต่าง ๆ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	Mean, SD
1. ด้านบริบท	Mean = 2.90, SD = 0.53				
1.1 การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ของรัฐบาล (n=523)	70 (13.4)	350 (66.9)	101 (19.3)	2 (0.4)	2.93, 0.58
ประเด็นการประเมินในมิติต่าง ๆ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	Mean, SD
1.2 การดำเนินงานที่ให้ความสำคัญและถือเป็นความจำเป็นเร่งด่วน (n=521)	71 (13.6)	310 (59.5)	132 (25.3)	8 (1.5)	2.85, 0.66
1.3 การดำเนินงานมีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาวัยรุ่นของเขต/จังหวัด/พื้นที่ (n=522)	72 (13.8)	345 (66.1)	100 (19.2)	5 (1.0)	2.93, 0.60
1.4 การดำเนินงานมีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานต้นสังกัดของท่าน (n=519)	62 (11.9)	352 (67.8)	100 (19.3)	5 (1.0)	2.91, 0.59
1.5 การดำเนินงานมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม ผลผลิต/ผลลัพธ์/ผลกระทบ สอดคล้องกันอย่างชัดเจน (n=522)	60 (11.5)	343 (65.7)	115 (22.0)	4 (0.8)	2.87, 0.59

2. ด้านปัจจัยนำเข้า	Mean = 2.48, SD = 0.55				
2.1 การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างพอเพียงและเหมาะสม (n=520)	29 (5.6)	183 (35.2)	276 (53.1)	32 (6.2)	2.40, 0.69
2.2 การดำเนินงานได้รับความร่วมมือ สนับสนุนและผลักดันจากหลายฝ่าย ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของ เขต/จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n=521)	33 (6.3)	49 (50.5)	205 (39.3)	20 (3.8)	2.59, 0.67
2.3 การดำเนินงานมีความพร้อมด้านบุคลากร (n=522)	30 (5.7)	238 (45.6)	229 (43.9)	25 (4.8)	2.52, 0.68
2.4 การดำเนินงานได้รับความร่วมมือ สนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่ (n=520)	31 (6.0)	242 (46.5)	230 (44.2)	17 (3.3)	2.55, 0.66
2.5 การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนด้านสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ อย่างพอเพียงและเหมาะสม (n=518)	22 (4.2)	160 (30.9)	304 (58.7)	32 (6.2)	2.33, 0.66
3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน	Mean = 2.60, SD = 0.52				
3.1 มีการชี้แจง เผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานแก่ทีมทำงาน (n=519)	35 (6.7)	300 (57.8)	176 (33.9)	8 (1.5)	2.70, 0.61
3.2 มีการชี้แจง เผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานแก่ประชาชนในพื้นที่ (n=522)	33 (6.3)	253 (48.5)	225 (43.1)	11 (2.1)	2.59, 0.64
3.3 มีการวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาทีมทำงาน อย่างเป็นระบบ (n=520)	26 (5.0)	236 (45.4)	243 (46.7)	15 (2.9)	2.53, 0.64
3.4 ทีมทำงานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน (n=521)	23 (4.4)	307 (58.9)	185 (35.5)	6 (1.2)	2.67, 0.58
3.5 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างทีมทำงาน (n=520)	28 (5.4)	248 (47.7)	231 (44.4)	13 (2.5)	2.56, 0.64
ประเด็นการประเมินในมิติต่าง ๆ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	Mean, SD
3.6 มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน (n=518)	26 (5.0)	256 (49.4)	226 (43.6)	10 (1.9)	2.58, 0.62
3.7 มีการบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (n=520)	21 (4.0)	268 (51.5)	216 (41.5)	15 (2.9)	2.57, 0.62
3.8 มีการแบ่งงานตามความถนัดของแต่ละภาคส่วน/ภาคีหน่วยงาน (n=520)	29 (5.6)	255 (54.6)	217 (41.7)	19 (3.7)	2.57, 0.66
3.9 การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติงานที่วางไว้ (n=517)	26 (5.0)	273 (52.8)	208 (40.2)	10 (1.9)	2.61, 0.61
4. ด้านผลผลิต / ผลลัพธ์	Mean = 2.72, SD = 0.55				
4.1 การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย (n=519)	29 (5.6)	295 (56.8)	187 (36.0)	8 (1.5)	2.61, 0.61
4.2 ผลผลิต (output) ของการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย (n=518)	27 (5.2)	282 (54.4)	200 (38.6)	9 (1.7)	2.63, 0.61

4.3 ผลลัพธ์ (outcome) ของการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย-(n=516)	28 (5.4)	268 (51.9)	211 (40.9)	9 (1.7)	2.61, 0.62
4.4 เกิดประโยชน์ต่อวัยรุ่นในชุมชน/พื้นที่จากการการดำเนินงาน (n=517)	60 (11.6)	326 (63.1)	123 (23.8)	8 (1.5)	2.85, 0.63
4.5. เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชน/พื้นที่ (n=517)	63 (12.2)	315 (60.9)	133 (25.7)	6 (1.2)	2.84, 0.63
5. ความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน	Mean = 2.68, SD = 0.52				
5.1 การดำเนินงานสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด (n=520)	30 (5.8)	286 (55.0)	199 (38.3)	5 (1.0)	2.66, 0.60
5.2 ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ (n=521)	21 (4.0)	203 (39.0)	276 (53.0)	21 (4.0)	2.43, 0.64
5.3 การกำหนดกลไกและแนวทางในการดำเนินงาน (n=520)	26 (5.0)	299 (57.5)	185 (35.6)	10 (1.9)	2.66, 0.60
5.4 ทีมทำงานมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน (n=518)	32 (6.2)	319 (61.1)	161 (31.1)	6 (1.2)	2.73, 0.59
5.5 ความพึงพอใจของท่านต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (n=520)	39 (7.5)	300 (57.7)	172 (33.1)	9 (1.7)	2.71, 0.63
5.6 เกิดประโยชน์ต่อประชาชนที่เกี่ยวข้อง (n=515)	63 (12.3)	319 (61.9)	129 (25.0)	4 (0.8)	2.86, 0.62

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินงานจากอำเภอนามัยเจริญพันธุ์มาจนถึงปัจจุบันที่มุ่งหวังให้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับพื้นที่ซึ่งมีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เอื้อให้เกิดการทำงานของหน่วยงานต่างๆ สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นให้มีการดำเนินงานในระดับอำเภอ จากการประเมินการดำเนินงานพบว่า ยังคงมีกลไกกรรมการในการดำเนินงานเกี่ยวกับวัยรุ่นและกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมส่วนหนึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำมาอย่างต่อเนื่องและสานต่อในช่วงปัจจุบัน เช่น คลินิกวัยรุ่น การอบรมแกนนำวัยรุ่น ผู้ปกครองและวัยรุ่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และในส่วนของ พชอ. จะเห็นได้ว่าปัญหาของวัยรุ่นเป็นปัญหา ร่องๆ ที่ให้ความสำคัญ ซึ่งปัญหาหลักของวัยรุ่นคือยาเสพติดและปัญหาการตั้งครรภ์เป็นปัญหารองลงมา ซึ่งจากการประเมินใน 4 มิติตามกรอบคิด CIPP model พบว่า 3 ด้านที่ประเมินอยู่ในระดับมากคือ ด้าน บริบท (ประกอบด้วย การดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาล การให้ความสำคัญ และถือเป็นการจำเป็นเร่งด่วน มีวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน และการดำเนินงานที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายและกิจกรรมที่สอดคล้องกัน) ด้านกระบวนการ (ประกอบด้วย การชี้แจงเผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้ แก่ทีมงาน และประชาชนในพื้นที่ มีการวิเคราะห์ความ จำเป็นในการพัฒนาทีมงานอย่างเป็นระบบ ทีมงานมีความรู้และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน มีการติดตาม ประเมินผล มีการบริหารจัดการ การแบ่งงานและการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน) และผลลัพธ์ (ประกอบด้วย การดำเนินงาน ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าหมาย การเกิดประโยชน์ต่อวัยรุ่นและต่อ

ประชาชนในพื้นที่) แม้ผลลัพธ์จะปรากฏในระดับมาก หากแต่จะพบว่า เป็นระดับมากที่ค่อนข้างน้อย และไม่มีระดับมากที่สุดเลย อีกทั้งด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับน้อย และความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ต่อการดำเนินงานที่สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด การกำหนดกลไกและแนวทางดำเนินงาน ทีมงานที่มีความรู้ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการเกิดประโยชน์ต่อประชาชนที่เกี่ยวข้อง) ในขณะที่ด้านปัจจัยนำเข้ามีความพึงพอใจระดับน้อย (ในด้านการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอและเหมาะสม การให้ความร่วมมือจากทุกฝ่าย ความพร้อมของบุคลากร การสนับสนุนจากประชาชนและการสนับสนุนด้านสื่อ วัสดุและอุปกรณ์อย่างเพียงพอและเหมาะสม) และจากข้อเสนอต่อสิ่งที่ต้องการสนับสนุนและข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงาน มีประสิทธิผลจะเห็นได้ว่า ความต้องการสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุ อุปกรณ์เป็นประเด็นที่พื้นที่ต้องการการสนับสนุนเพื่อการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและการเข้าถึงตัวเด็กวัยรุ่น ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของประชาชนรวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ อีกทั้งยังพบว่า มีพื้นที่จำนวนหนึ่งที่ไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องด้วยปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือความพร้อมของบุคลากรและการสนับสนุนงบประมาณ

การดำเนินงานที่ไม่ต่อเนื่องของพื้นที่จำนวนหนึ่ง กอปรกับกลไก พขอ. หลายพื้นที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาวัยรุ่นโดยเฉพาะประเด็นปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นหรือการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นสถานการณ์ที่ต้องนำมาขบคิดว่าจะทำอย่างไรที่จะให้พื้นที่ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สำหรับพื้นที่ที่ยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องนั้นส่วนใหญ่มีบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ดำเนินการหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ที่มีบทบาททั้งเชิงรับและเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็กวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน/สถานศึกษาและชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ

1. สถานศึกษาซึ่งเป็นสถานที่ดูแลเด็กวัยรุ่นทั้งในและนอกระบบ (การศึกษานอกโรงเรียน) ควรเห็นความสำคัญในการสร้างทักษะชีวิตให้กับเด็กวัยรุ่นเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันให้กับเด็กวัยรุ่นในการดำเนินชีวิตและเพศสภาพที่เหมาะสม

2. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีบทบาทในการจัดบริการและกิจกรรม ได้แก่ โรงพยาบาล และรพ.สต. ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและเป็นที่ยอมรับให้เป็นผู้มีบทบาทหลัก ควรส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบครัวและแกนนำชุมชนและกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเป้าหมายให้ร่วมกันคิด วางแผนและดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพและประสานงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้การสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงาน รวมถึงการจัดทำข้อมูลเพื่อให้ภาคีเครือข่ายและกลไก พขอ. เข้าใจและเห็นความสำคัญของปัญหานี้

4. หน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นเลขานุการในคณะกรรมการพขอ.ควรเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ/หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สำคัญที่มีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

5. ควรมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการอบรมเรื่องการสื่อสารในครอบครัว การอบรมทักษะชีวิตให้เด็กวัยรุ่น การอบรมแกนนำวัยรุ่น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

6. หน่วยงานส่วนกลางและระดับจังหวัดควรให้การสนับสนุนสื่ออุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดำเนินการหนุนเสริมและการติดตามกำกับ รวมถึงการวิจัยประเมินผลเพื่อสะท้อนความเป็นจริงเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2557.

2. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการตั้งครรรกในวัยรุ่น พุทธศักราช 2559. 31 มีนาคม 2559. ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม133 ตอนที่ 30 ก. หน้า 1-9.
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2560. สืบค้นจาก <http://rh.anamai.moph.go.th>. เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2561.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ฉบับบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2559.
5. Stufflebeam, DL. "The Relevance of the CIPP Evaluation Model for Educational Accountability." *Journal of Research and Development in Education*, (Fall 1971).
6. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610