การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

A Study of Preventive Implementation and Probing the Teenage Pregnancy Problems of District Health Board (DHB)

ว่าที่ร้อยตรีภัทรพงศ์ ชูเศษ

กลุ่มพัฒนาเครือข่ายอนามัยการเจริญพันธุ์
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เติมเต็มให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณตัวแทน พชอ. ทุกแห่ง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอในพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยทุกคน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย นายแพทย์พีระยุทธ สานุกูล ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ หัวหน้ากลุ่มงาน เจ้าหน้าที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ และทีมงานทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึงที่ทำให้ที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ คุณค่าประโยชน์ของงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตา แด่ บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ว่าที่ร้อยตรีภัทรพงศ์ ชูเศษ
28 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลไกและกระบวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 563 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องและเหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ จำนวน 2 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร้อยละ 47.6 มีกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง คือ มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น ร้อยละ 50.1 มีกิจกรรมรณรงค์ การอบรมให้ความรู้ ร้อยละ 46.5, 46.5 ตามลำดับ โดยได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายจากผู้บริหารอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 79.9 โดยร้อยละ 70.6 เห็นว่ากระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่สำคัญคือ การถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ความสำคัญในประเด็นวัยรุ่นเป็นลำดับแรก ร้อยละ 41.0 ซึ่งความต่อเนื่องและประสิทธิผลของการดำเนินงานเกิดจาก 1) มีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มขับเคลื่อน 2) การเห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่และการหนุนเสริมจากภายนอก 3) มีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการทำงานปกติ 4) สัมพันธภาพของภาคีเครือข่าย และ 5) การจัดทำข้อมูลในการกำกับติดตาม ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานฯ คือ 1) การมีผู้นำให้ความสำคัญ และเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนและดำเนินงาน 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง และ 3) การสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานฯ 1) วัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือ มีการปกปิดข้อมูล 2) ขาดการสนับสนุนงบประมาณ สื่อ และอุปกรณ์ในการดำเนินงาน และ 3) เจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพและทักษะการทำงานกับวัยรุ่นไม่เพียงพอ มีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ 1) หน่วยงานส่วนกลาง สนับสนุนวิชาการ การหนุนเสริมและการกำกับติดตาม การวิจัยประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้เพื่อหาแนวทางการพัฒนาให้แก่พื้นที่ 2) สสอ. เป็นหน่วยถ่ายทอดนโยบายและประสานงานเพื่อการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ 3) รพ. มีการจัดระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่าย 4) โรงเรียน บูรณาการลงในหลักสูตรการจัดกิจกรรมของโรงเรียน การสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยเหลือเด็กการให้ความสำคัญของผู้บริหาร 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก เข้าถึงวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน และ 6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง การพัฒนาสภาเด็กและเยาวชนให้เข้มแข็ง การจัดพื้นที่สร้างสรรค์ให้วัยรุ่น

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ ..... ก
บทคัดย่อ ..... ข
สารบัญ ..... ค
สารบัญตาราง ..... จ
สารบัญรูปภาพ ..... ฉ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 2
กรอบแนวคิดในการวิจัย 3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 3
ขอบเขตการวิจัย 4
นิยามศัพท์เฉพาะ 4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5
วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5
อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ 6
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 14
พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 21
แนวคิดการประเมินโครงการของดาเนียล สตัฟเฟิลบีม 23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 33
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 38
การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ 38
การวิเคราะห์ข้อมูล 39
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 39

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการศึกษา 40
ข้อมูลเชิงปริมาณ 40
ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง 40
การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 41
ข้อมูลเชิงคุณภาพ 49
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 65
สรุปผลการวิจัย 65
อภิปรายผล 67
ข้อเสนอแนะ 68
บรรณานุกรม 69
ภาคผนวก 72
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 73
ภาคผนวก ข รายชื่ออำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 79
ประวัติย่อของผู้วิจัย 97

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ระดับผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ.....15
ตารางที่ 2 เกณฑ์ DHS - PCA ตามองค์ประกอบ UCCARE.....17
ตารางที่ 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มจังหวัด.....35
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....41
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินการขับเคลื่อน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....42
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่น.....43
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อระดับการได้รับ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ.....44
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความคิดต่อกระบวนการ การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในอำเภอ.....44
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ ของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....45
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อปัจจัยความสำเร็จ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....46
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....47
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อสิ่งที่ต้องการ การสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....48
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อประเด็น ที่ต้องการการพัฒนาศักยภาพ.....48
ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อประเด็น ที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ความสำคัญ.....49
ตารางที่ 15 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการถอดบทเรียน.....50

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....3
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์.....7
ภาพที่ 3 กระบวนการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์.....12

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)[1] กำหนดให้การลดอัตราคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ 10 – 14 ปี และอายุ 15 – 19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการให้บรรลุได้ภายในปี พ.ศ. 2573[2]

สำหรับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย พบว่า อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี เพิ่มขึ้นจาก 0.7 ในปี 2546 เป็น 1.8 ในปี 2555 และมีแนวโน้มลดลงเป็น 1.2 ในปี 2561 อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 39.2 ในปี 2546 เป็น 53.4 ในปี 2554 และมีแนวโน้มลดลงเป็น 35.0 ในปี 2561[3] อย่างไรก็ตามอัตราคลอดมีชีพในหญิงทั้งสองกลุ่มอายุยังคงมีอัตราสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 กำหนด คือ ในปี 2569 อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 – 14 ปี ลดลงไม่เกิน 0.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 10 – 14 ปี 1,000 คน และอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ลดลง ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน[4] ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบในหลายมิติทั้งผลกระทบทางสุขภาพ เช่น ความเสี่ยงต่อสุขภาพเด็กแรกเกิด การทำแท้งและการทอดทิ้งทารก ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ผลกระทบต่อการศึกษา ผลกระทบต่อครอบครัวและอาชีพ และผลกระทบด้านเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[5]

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลกระทบที่เกิดขึ้น ผนวกกับความซับซ้อนของปัญหาที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรม มีความเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ดำเนินงานโครงการและกิจกรรมที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ คือ การดำเนินงานภายใต้กลไกระดับอำเภอ โดยมีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์”[6] จำนวน 763 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 86.9 และมีจังหวัดที่ดำเนินงานครอบคลุมทุกอำเภอ จำนวน 43 จังหวัด[7] และการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น ในการสนับสนุนให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ ตามมาตรา 10 ที่กำหนดให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้พื้นที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น

นอกจากกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์แล้ว การทำงานในระดับพื้นที่ยังมีการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)[8] ที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ระดับอำเภอ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ร่วมพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ มีการคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา ซึ่งจากข้อมูลการดำเนินงานภายใต้กลไก พชอ. พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่ควรได้รับการแก้ไขเป็นลำดับแรก เช่น โรคเรื้อรัง โรคไข้เลือกออก ผู้สูงอายุ เป็นต้น สำหรับประเด็นเกี่ยวเด็กและวัยรุ่นมีอำเภอที่ให้ความสำคัญในระดับน้อย โดยที่ผ่านมาประเด็นเกี่ยวเด็กและวัยรุ่นได้รับคัดเลือกขึ้นมาเป็นประเด็นการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในระดับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.31 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 8.77 ในปี 2560[9] จากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายใต้กลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผ่านมา มีข้อเสนอในระดับพื้นที่ให้นำกลไกอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ไปขับเคลื่อนร่วมกับกลไก พชอ.

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลไกและกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และข้อเสนอแนะของผู้ดำเนินการหลัก รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา อันจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนางาน รวมถึงการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับอำเภอ ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

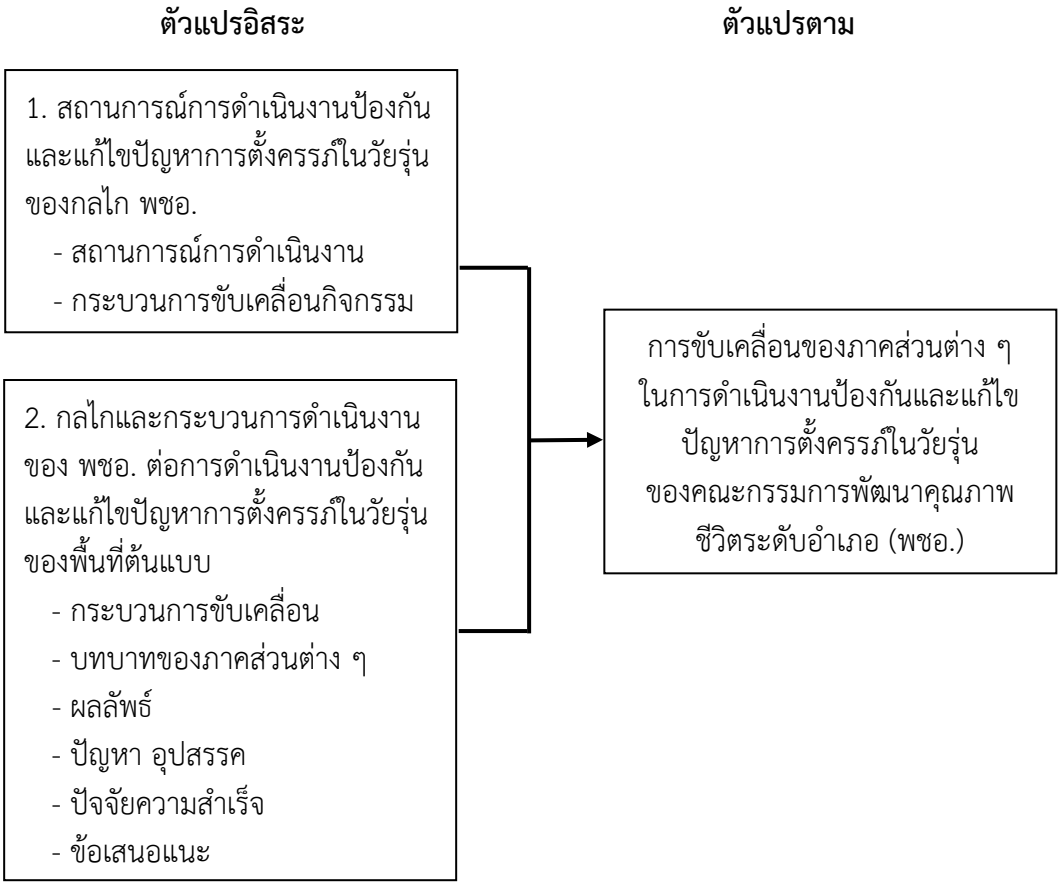
เพื่อศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. เพื่อศึกษากลไกและกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของพื้นที่ต้นแบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. วัยรุ่นและเยาวชนได้รับการดูแล ช่วยเหลือและส่งต่อ ตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

2. หน่วยงานหลักและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับอำเภอ

3. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การพัฒนามาตรการหรือรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) คือ มีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการถอดบทเรียนจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

- การศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ได้รับการแต่งตั้งในปัจจุบันครอบคลุม 878 อำเภอ โดยมุ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจและรู้ความเคลื่อนไหวของการทำงานอย่างต่อเนื่องของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น จึงกำหนดให้ สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือผู้แทน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
- การศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องและเหมาะสมสำหรับการเรียนรู้เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน 2 อำเภอ คือ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี และ 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของพื้นที่ ประกอบด้วย การตั้งคณะกรรมการ การทำโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งกิจกรรมที่ดำเนินการกับวัยรุ่น ครอบครัวและชุมชน ที่มุ่งไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี

อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง อำเภอที่ดำเนินงานเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน และกิจกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอื่น ๆ โดยบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรพื้นที่ ทั้งสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา ครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอย่างครอบคลุม

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง คณะกรรมการที่มีการแต่งตั้งขึ้นในระดับอำเภอเพื่อแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน มีหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอเป็นกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดการทบทวนเอกสารในการวิจัย ดังนี้

1. วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. อำเภออนามัยเจริญพันธุ์
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
4. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
5. แนวคิดการประเมินผลโครงการของดาเนียล สตัฟเฟิลบีม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. วัยรุ่น (Adolescent) มาจากภาษาลาตินว่า Adolescere แปลว่า พัฒนาการสู่ความเจริญเติบโตพ้นความเป็นเด็ก มีผู้ให้ความหมายไว้หลายคนด้วยกัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554[10] ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น คือ วัยที่มีอายุประมาณ 13 - 19 ปี

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์[11] ได้อธิบายเกี่ยวกับวัยรุ่นว่า เป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา

กรมอนามัย[12] ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น คือ ช่วงอายุ 10 - 19 ปี เป็นช่วงต่อระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559[13] ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น คือ บุคคลอายุเกิน 10 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์

World Health Organization[1] ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 10 – 19 ปี

สรุปว่าวัยรุ่น หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 10 – 19 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาอย่างรวดเร็ว

2. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีความอยากรู้ อยากลองสิ่งใหม่ ๆ มีความคิดเรื่องความรักที่เพ้อฝัน การเข้าถึงสื่อในปัจจุบันที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ทำให้วัยรุ่นมีความคิด ทัศนคติเรื่องเพศเปลี่ยนไป คิดว่าการเสียตัวไม่ใช่เรื่องเสียหาย นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการติดตามอัตราคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี เพิ่มขึ้นจาก 0.7 ในปี 2546 เป็น 1.8 ในปี 2555 และมีแนวโน้มลดลงเป็น 1.2 ในปี 2561 อัตราคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 39.2 ในปี 2546

เป็น 53.4 ในปี 2554 และมีแนวโน้มลดลงเป็น 35.0 ในปี 2561[3] ซึ่งข้อมูลดังกล่าวหากรวมการแท้งและทารกตายคลอดที่ส่วนใหญ่ไม่มีการแจ้งเกิดจะมีจำนวนสูงกว่านี้มาก

อำเภออนามัยเจริญพันธุ์

อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง อำเภอที่ดำเนินงานเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และเยาวชน และกิจกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น บุหรี่ สุรา สารเสพติด ความรุนแรง โดยบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรพื้นที่ ทั้งสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา ครอบครัวและชุมชน โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและมีเอกภาพ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชน มีพฤติกรรม อนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม และป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอย่างครอบคลุม[6]

1. ความสำคัญและความเป็นมาของการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ วัยรุ่นเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายที่มีผลต่อพัฒนาการหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคมไปพร้อม ๆ กัน จากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากลอง มีความต้องการทางเพศ ซึ่งนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากรไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยลง ซึ่งในจำนวนนี้มีเพศสัมพันธ์ ที่ไม่ปลอดภัย มีจำนวนแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น และอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคต การแก้ไขปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นเป็นการแก้ปัญหาในทางด้านสาธารณสุข และด้านสังคมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาของวัยรุ่น ที่ผ่านมามีหลายหน่วยงานทั้งในระดับส่วนกลาง ระดับจังหวัด ให้ความสนใจและจัดทำแผนงานโครงการ ของตนเองแต่เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการการทำงานเข้าด้วยกันอย่างจริงจัง ทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้น การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่โดยเน้นมาตรการที่สำคัญ คือ อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ดำเนินงานเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน โดยบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา ครอบครัวและชุมชน โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและมีเอกภาพ เกิดการบูรณาการการทำงาน มีรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

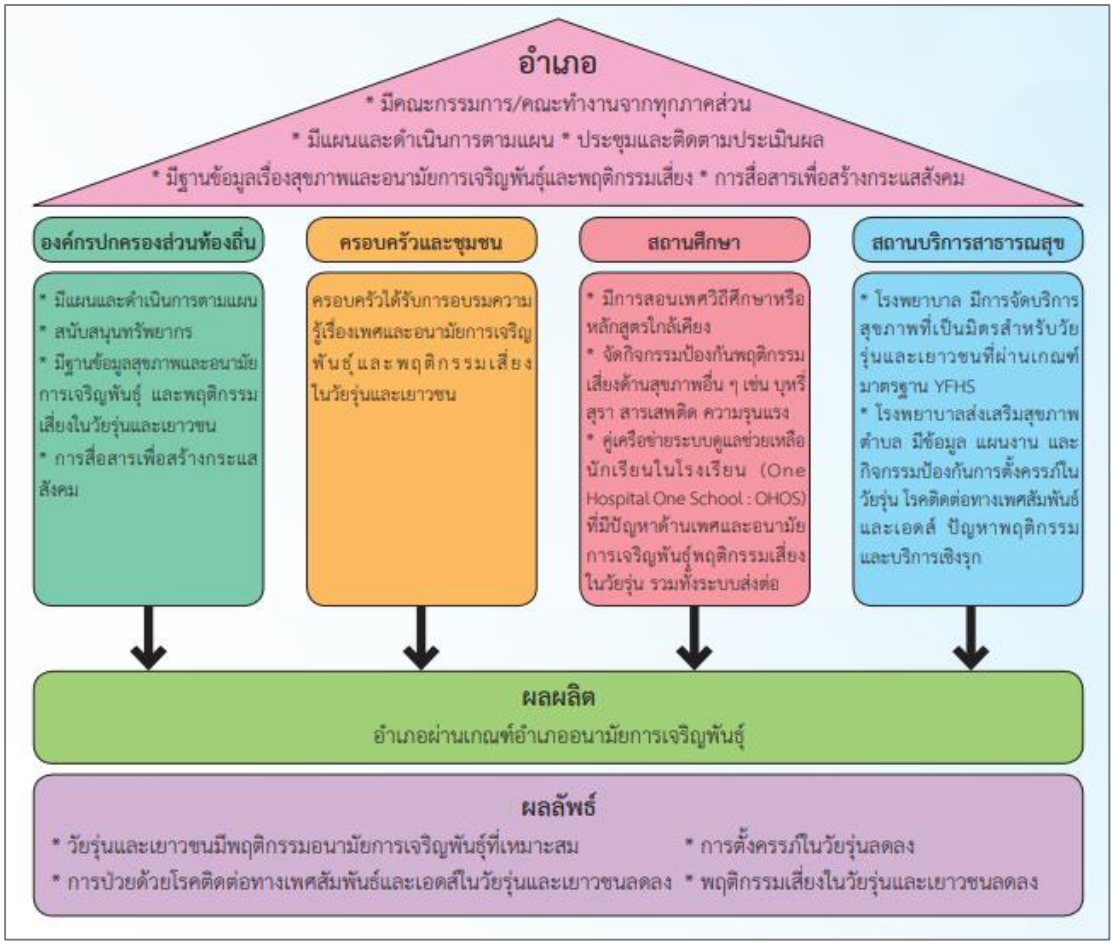
2. วัตถุประสงค์ของอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

2.1 บูรณาการและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดำเนินงานเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ สุขภาพกาย สุขภาพจิต และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน

2.2 พัฒนาองค์ความรู้เรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในระดับอำเภอและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2.3 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น บุหรี่สุรา สารเสพติด ความรุนแรงของวัยรุ่นและเยาวชน

3. กรอบแนวคิดการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์

4. พัฒนาการของอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนโดยภาคีเครือข่ายให้สามารถร่วมกันดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน ตลอดจนดูแลสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนได้ โดยจัดทำโครงการ “อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์” ซึ่งมีความก้าวหน้ามาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

4.1 ระยะแรก (พ.ศ. 2553 – 2556) กรมอนามัย ขับเคลื่อนงานภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2557) ที่มีการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในพื้นที่ ด้วยการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ประกอบด้วย อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว/ชุมชน สถานศึกษา และสถานบริการสาธารณสุข โดยการพัฒนาคู่มือก้าวสู่...อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นในพื้นที่แบบบูรณาการ

สำหรับภาคีเครือข่าย โดยมีอำเภอดำเนินงานตามแนวทางอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์นำร่อง 13 อำเภอ ในปี 2555 และขยายผลเป็น 141 อำเภอ ในปี 2556

4.2 ระยะที่สอง (พ.ศ. 2557 – 2558) มีการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า การดำเนินงานเกี่ยวกับการอบรมให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง กรมอนามัย จึงพัฒนาหลักสูตรการจัดการอบรมเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว ที่มุ่งเน้นสร้างความรู้ ปรับทัศนคติ และเสริมสร้างศักยภาพพ่อแม่ผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ต่อมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการขับเคลื่อนงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มวัย โดยกลุ่มวัยรุ่นมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยรุ่นด้วยมาตรการหลัก 5 ประเด็น คือ 1) การจัดบริการเชิงรุกสู่สถานศึกษาในระดับอาชีวศึกษาและระดับอุดมศึกษา 2) การจัดบริการที่เป็นมิตรที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของวัยรุ่น 3) การจัดบริการเชิงรุกสู่ชุมชน 4) การบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้วัยรุ่นปลอดภัยจากปัญหาทางเพศ แอลกอฮอล์ สารเสพติด ความรุนแรง การพนัน การติดเกมและอื่น ๆ และ 5) การพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมกับระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) ทั้งนี้ การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นมาตรการด้านชุมชนที่สำคัญที่สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว จึงมีแนวคิดพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อบูรณาการภารกิจของกรมวิชาการร่วมกันในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.3 ระยะที่สาม (พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน) พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มีผลบังคับใช้เพื่อเป็นกลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม กรมอนามัย ได้กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (พ.ศ. 2560 - 2564) ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) มีประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในกลุ่มวัยรุ่น คือ ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560 - 2569 กรมอนามัยจึงได้ขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้พื้นที่สามารถดำเนินการสู่ความยั่งยืนได้

5. องค์ประกอบของอำเภออนามัยเจริญพันธุ์

5.1 อำเภอ

- คณะกรรมการ/คณะทำงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากทุกภาคส่วน
- แผนและการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน
- ฐานข้อมูลสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน
- การสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม

5.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- แผนและการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน
- สนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน
- ฐานข้อมูลสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน
- การสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม

5.3 ครอบครัว/ชุมชน

- จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน
- จำนวนครอบครัวที่เข้ารับอบรมความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง (ภายในระยะเวลา 1 ปี)
- มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการการจัดการอบรม/ประชุม/สัมมนาให้ความรู้ เกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยง
- มีรูปแบบ หรือกิจกรรมที่ครอบครัว/ชุมชนมีบทบาทในการมีส่วนร่วมดำเนินงาน

5.4 สถานศึกษา

- กิจกรรมการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา/สุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์
- กิจกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอื่น ๆ
- มีคู่เครือข่ายระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (One Hospital One School : OHOS) โดยมีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน
- มีการจัดประชุมปรึกษารายกรณีในสถานศึกษา (Case conference) ในกรณีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

5.5 สถานบริการสาธารณสุข

- สถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ)
- คณะกรรมการจากบุคลากรภายในและภายนอกองค์กร
- การบริการเชิงรุก
- การประชาสัมพันธ์คลินิกให้กลุ่มเป้าหมายมาใช้บริการ
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่ายที่มีจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

6. บทบาทของภาคีเครือข่าย

6.1 อำเภอ มีบทบาทเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอโดยทำให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่เห็นความสำคัญบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพ โดยแต่ละอำเภอมีการจัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มีนายอำเภอหรือผู้แทนเป็นประธาน และร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นระดับอำเภอ (Master plan) ที่เป็นแผนปฏิบัติการหลักของอำเภอ

6.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทเป็นผู้นำในการดำเนินงานโดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีร่วมเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน มีการบรรจุประเด็นการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นในแผนพัฒนา 3 ปี ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับด้วย

6.3 ครอบครัวและชุมชน มีการสร้างองค์ความรู้เรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถพูดคุย สื่อสาร และให้คำปรึกษากับลูกหลานได้

6.4 สถานศึกษา มีบทบาทในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา จัดกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น บุหรี่ สุรา สารเสพติด ความรุนแรง จัดระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข โดยเป็นคู่เครือข่ายระบบดูแล ช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (One Hospital One School : OHOS)

6.5 สถานบริการสาธารณสุข มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพที่มิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั้งเชิงรับและเชิงรุกที่หลากหลายช่องทาง สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชน เข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และเพียงพอ

6.6 กรมวิชาการส่วนกลาง (กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานและปรับปรุงแนวทางการประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ชี้แจงนโยบาย แนวทางและบทบาทการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน เช่น วิทยากร คู่มือ แผ่นพับและสื่อต่าง ๆ พัฒนาศักยภาพผู้ประเมินระดับเขตและระดับจังหวัด มีการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศติดตามและประเมินรับรอง การสนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนาทักษะบุคลากรผู้ให้การปรึกษาวัยรุ่นผ่าน Online training โดยสามารถเข้าสู่ระบบการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้วยตนเอง (www.thaiteentraining.com) รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเพื่อให้ผู้ดำเนินงานได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการมอบโล่และเกียรติบัตรให้แก่จังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานและสนับสนุนการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับพื้นที่และผู้ปฏิบัติงาน

6.7 ศูนย์อนามัย ร่วมกับศูนย์วิชาการในระดับเขต (ศูนย์สุขภาพจิต สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) สำรวจหาความต้องการอำเภอเข้าร่วมโครงการ ชี้แจง แนะนำ เป็นที่ปรึกษาการดำเนินงาน ให้การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน เช่น วิทยากร คู่มือ แผ่นพับ จัดทำแผนปฏิบัติการการประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ การเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศติดตามและประเมินรับรองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ตามแบบประเมิน สรุปและรายงานผลการดำเนินงานให้กับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

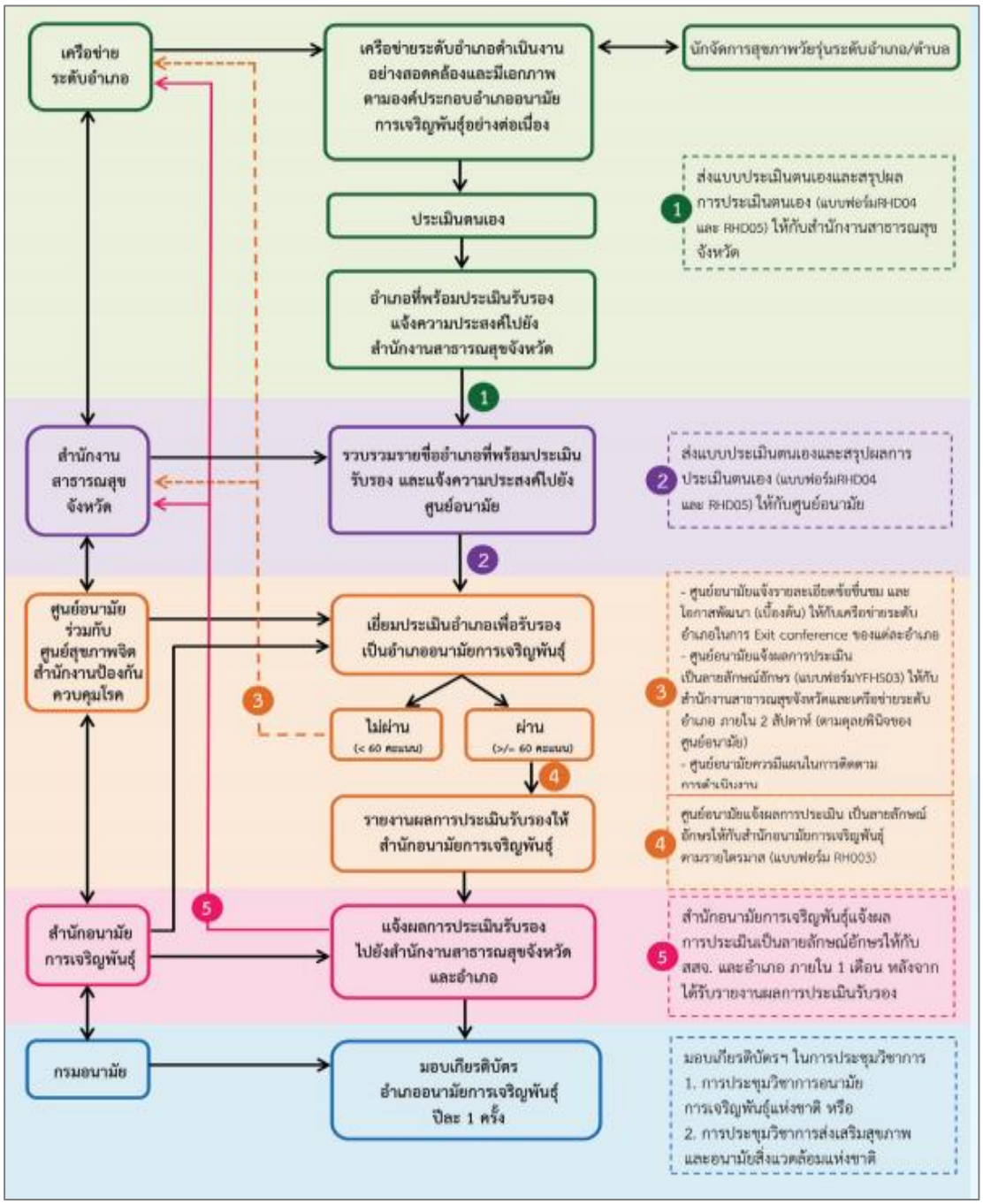
6.8 นักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) เป็นกลไกบุคคลในการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการในระดับเขต/ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ/ระดับตำบล ซึ่งจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 3 ด้าน ดังนี้

- ด้านสารสนเทศ รู้แหล่งข้อมูล เป็นศูนย์กลางรวบรวม วิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ วางแผน เฝ้าระวังและคืนข้อมูลให้เครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง
- เชื่อมประสาน เปิดเวทีพูดคุย ค้นหาแกนนำ ให้ข้อมูล จัดทำแผนร่วมกับเครือข่าย สนับสนุนการ บริหารจัดการ วิชาการ/องค์ความรู้
- สื่อสารค้นหาช่องทางในการสื่อสารผู้ส่งสารผู้รับสาร ประเด็นในการสื่อสาร และผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม มีคุณภาพ นอกจาก 3 บทบาทที่สำคัญดังกล่าวแล้วยังมีหน้าที่ในการนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการ

6.9 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผลักดันให้งานอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์จังหวัด และ/หรือบูรณาการในงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง แผนสุขภาพวัยรุ่นในระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) หาแนวร่วมขับเคลื่อนงานในภาพของคณะกรรมการจังหวัด สำรวจหาความต้องการอำเภอเข้าร่วมโครงการส่งให้กับศูนย์อนามัยชี้แจง และเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานให้การสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงาน เช่น วิทยากร คู่มือแผ่นพับ จัดทำแผนการประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ร่วมกับศูนย์อนามัย

6.10 เครือข่ายระดับอำเภอ พิจารณาเข้าร่วมโครงการ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมรับฟังการชี้แจงการดำเนินงานและเริ่มต้นดำเนินงานพัฒนาระบบบริการตามบริบทของพื้นที่ตนเอง สอดคล้องกับองค์ประกอบของอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้ง 5 องค์ประกอบ เมื่อภาคีเครือข่ายในแต่ละองค์ประกอบมีความพร้อมรับการประเมินแล้ว ให้ทำแบบประเมินตนเองและสรุปผลการประเมินตนเองให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอรับการประเมินรับรองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

7. กระบวนการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์



ภาพที่ 3 กระบวนการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์

8. เกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยเจริญพันธุ์

องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด มีดังนี้

8.1 อำเภอ ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 4 ข้อ ๆ ละ 5 ระดับ

- คณะกรรมการ/คณะทำงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จากทุกภาคส่วน กล่าวคือ มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษร โดยคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประกอบด้วย ผู้แทนอย่างน้อย 3 กระทรวง ผู้รับผิดชอบทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น รวมทั้งตัวแทนวัยรุ่น เยาวชน และภาคประชาสังคม ภาคเอกชน

- แผนและการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยง กล่าวคือ มีแผนปฏิบัติงาน/โครงการที่เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง รวมทั้งมีสรุปผลการดำเนินงานของโครงการ

- ฐานข้อมูลสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยง มีข้อมูลที่สำคัญและการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานกิจกรรม มีการทบทวนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- การสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม มีการดำเนินงานตามแผนและการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคมอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 1 ปี มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมการดำเนินงานและมีการประเมินผลการสื่อสาร

8.2 องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 4 ข้อ ๆ ละ 5 ระดับ

- แผนและการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยง มีแผนปฏิบัติงาน/โครงการที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง รวมทั้งมีสรุปผลการดำเนินงานของโครงการ

- การสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน มีหลักฐานในการสนับสนุนทรัพยากรด้านทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงาน

- ฐานข้อมูลเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยง มีโครงสร้างประชากรจำแนกเพศและแยกตามกลุ่มอายุ มีข้อมูลที่สำคัญและการนำข้อมูลไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานกิจกรรม มีการทบทวนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- การสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม มีการดำเนินงานตามแผนและการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคมอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 1 ปี และมีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมการดำเนินงาน

8.3 ครอบครัว/ชุมชน ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 1 ข้อ มี 5 ระดับ

การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีแผนปฏิบัติงาน/โครงการที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการประชุมอย่างน้อย 3 ครั้ง รวมทั้งมีสรุปผลการดำเนินงานของโครงการ มีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ครอบครัว/ชุมชนมีบทบาทในการส่วนร่วมในการดำเนินงาน/กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ปี

8.4 สถานศึกษา ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 1 ข้อ มี 5 ระดับ

กิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และกิจกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและเยาวชน มีแผนการสอนเพศวิถีศึกษา มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและ

กิจกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ครอบคลุมทุกสิ้นปี มีคู่เครือข่ายระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (One Hospital One School : OHOS) มีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน มีการจัดประชุมปรึกษารายกรณีในสถานศึกษา

8.5 สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 1 ข้อ มี 5 ระดับ

การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยให้มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคลากรจากภายในและภายนอกหน่วยงาน และมีการจัดบริการเชิงรุก มีการประชาสัมพันธ์คลินิกให้กลุ่มเป้าหมายมาใช้บริการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนอย่างน้อยร้อยละ 50

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เกิดขึ้นภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561[8] เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณ์นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิตและสังคม อันนำไปสู่การมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน[14]

1. องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกิน 20 คน โดยนายอำเภอแต่งตั้งจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนภาคประชาชน และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ

2. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.1 กำหนดเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย

2.2 ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานรัฐ

2.3 สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานระหว่างกันของทุกภาคส่วนโดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

2.4 เสนอและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

2.5 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.6 ประสานหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ ส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.7 ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะกรรมการหรือผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

3. การจัดทำแผนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3.1 ส่งแผนงานหรือเป้าหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่พิจารณาสนับสนุน

3.2 ต้องทบทวนทุก 2 ปี หรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลง เช่น เปลี่ยนประธาน หรือเกิดเหตุการณ์สำคัญในพื้นที่

4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ เป็นการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

5. การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

5.1 การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ

5.2 การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) เพื่อการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)

5.4 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

5.5 การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)

5.6 การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ที่จำเป็น

ตารางที่ 1 ระดับผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ระดับ	ความหมาย
1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (**แนวทาง** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (**ระบบ** หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (**การดำเนินการ** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับ	ความหมาย
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (**การเรียนรู้** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (**การบูรณาการ** ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผนปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

ตารางที่ 2 เกณฑ์ DHS - PCA ตามองค์ประกอบ UCCARE

UCCARE	(1) เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	(2) ขยาย การดำเนินการ	(3) ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	(4) เรียนรู้	(5) บูรณาการ	คำสำคัญและ นิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็นteam ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	fully integrate เป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ	**ทีมสุขภาพ (Health Team)** หมายถึง ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีม รพ. กับ รพ., ทีม รพ.สต. กับทีม รพ.สต. , ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีม รพ. กับที มรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่าง ๆ)
Customer Focus	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง	มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่นศรัทธา ผูกพัน และมี	**ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ (Health Need)** หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมาย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

UCCARE	(1) เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	(2) ขยาย การดำเนินการ	(3) ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	(4) เรียนรู้	(5) บูรณาการ	คำสำคัญและ นิยามปฏิบัติการ
					ส่วนร่วมกับเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	รวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษา ฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริม ป้องกัน)
Community Participation	มีแนวทาง หรือ เริ่มให้ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วน ร่วมในการ ดำเนินงาน ด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ ในงาน ที่หลากหลายและ ขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วน ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพอย่างเป็น ระบบกับเครือข่าย บริการปฐมภูมิ และมี การขยายวงได้ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพ และมีการ ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการมีส่วน ร่วมให้เหมาะสม มากขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายร่วม ดำเนินการอย่างครบ วงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จนร่วม เป็นเจ้าของการ ดำเนินงานเครือข่าย บริการปฐมภูมิ	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

UCCARE	(1) เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	(2) ขยาย การดำเนินการ	(3) ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	(4) เรียนรู้	(5) บูรณาการ	คำสำคัญและ นิยามปฏิบัติการ
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากร	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแล พัฒนา และสร้างความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากรมีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	**ความผูกพัน** (engagement) หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากรร่วมกัน เพื่อสนับสนุน	มีการดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบท และความ	มีการทบทวนและปรับปรุงการจัดการทรัพยากร และพัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการทรัพยากรร่วมกันโดยยึดเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกั้น) และมีการใช้ทรัพยากรจาก	**Resource** หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

UCCARE	(1) เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	(2) ขยาย การดำเนินการ	(3) ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	(4) เรียนรู้	(5) บูรณาการ	คำสำคัญและ นิยามปฏิบัติการ
	การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน		จำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บรรลุตามเป้าหมายของเครือข่ายสุขภาพ		ชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน	
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่มดำเนินการ จัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทและตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทตามความต้องการของผู้รับบริการประชาชนแต่ละกลุ่มและชุมชนที่ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องมากขึ้น	มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี	**Essential Care** หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 และให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด 120 วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา สำหรับเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจในภาพรวมและปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศมีความซับซ้อนและไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ดังนั้น สมควรสร้างกลไกในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของเอกชน และประชาสังคม เพื่อบูรณาการให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรม มีความเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้[13]

1. สิทธิของวัยรุ่นตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กฎหมายได้กำหนดเรื่องสิทธิด้านต่าง ๆ ที่วัยรุ่นควรได้รับไว้ในมาตรา 5 ว่า “วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม อย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ ตามพระราชบัญญัตินี้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ” จากข้อความตามมาตรา 5 กฎหมายได้กำหนดเรื่องสิทธิด้านต่าง ๆ ที่วัยรุ่นควรได้รับ ได้แก่

1.1 สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นสิทธิที่อยู่ในขอบเขตของพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ อันเกี่ยวข้องกับสิทธิในการตัดสินใจที่จะเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ด้านเพศวิถีศึกษา สิทธิที่จะตัดสินใจเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการศึกษาของตนเองเมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สิทธิในการเข้าถึงความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม หรือสิทธิอื่นใด เพื่อเข้าถึงความช่วยเหลือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1.2 สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่าง ๆ อีกทั้งสิทธิในการได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งบริการอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ คือ บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

1.3 สิทธิในการได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวเมื่อเข้ารับคำปรึกษาหรือเข้ารับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

1.4 สิทธิที่จะได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

1.5 สิทธิอื่นใดที่เป็นประโยชน์ตามพระราชบัญญัติอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

2. การกำหนดบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กฎหมายได้กำหนดบทบาทให้กระทรวงต่าง ๆ ดำเนินการเพื่อให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตามมาตรา 5 โดยกำหนดการดำเนินการของกระทรวงศึกษาธิการในมาตรา 6 การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขในมาตรา 7 การดำเนินการของกระทรวงแรงงานในมาตรา 8 การดำเนินการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในมาตรา 9 และการดำเนินการของกระทรวงมหาดไทยในมาตรา 10 ดังนี้

2.1 มาตรา 6 กำหนดให้สถานศึกษามีหน้าที่ การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้การศึกษาในเรื่องเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัยที่ต่างกันของนักเรียนหรือนักศึกษาที่เป็นวัยรุ่น การจัดหาและพัฒนาครูผู้สอนให้สามารถสอนวิชาเพศวิถีศึกษาและสามารถให้คำปรึกษาในเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ สำหรับวิชาเพศวิถีศึกษาที่สถานศึกษาต้องจัดให้มีการเรียนการสอนนั้นเป็นกฎหมายได้นิยามความหมายไว้ตามมาตรา 3 ว่าเป็นวิชาที่เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องเพศที่ครอบคลุมถึงพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยและมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาวะทางเพศ รวมทั้งสิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ให้ความสำคัญกับความหลากหลายและความเสมอภาคทางเพศซึ่งเป็นวิชาที่มีความสำคัญในการปลูกฝังความรู้และค่านิยมที่ถูกต้องให้กับวัยรุ่น หน้าที่ของสถานศึกษาอีกประการหนึ่ง คือ สถานศึกษาจะต้องจัดให้มีระบบการดูแล ช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่องตลอดจนจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไปอีกด้วย

2.2 มาตรา 7 กำหนดให้สถานบริการมีหน้าที่ การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งคำว่า สถานบริการ ในมาตรา 3 ได้กำหนดนิยามความหมายไว้ว่าสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ โดยกฎหมายได้กำหนดให้สถานบริการจะต้องดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่วัยรุ่นผู้รับบริการซึ่งการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้จะต้องเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ นอกจากนี้สถานบริการจะต้องจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ บริการในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งบริการดังกล่าวจะต้องเป็นไปอย่างได้มาตรฐานสำหรับวัยรุ่น และจะต้องสอดคล้องกับสิทธิต่าง ๆ ของวัยรุ่นตามมาตรา 5 เช่น สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิในการได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว เป็นต้น

2.3 มาตรา 8 กำหนดให้สถานประกอบกิจการต่าง ๆ มีหน้าที่ การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งคำว่า สถานประกอบกิจการตามมาตรา 3 หมายถึง สถานที่ที่ผู้ประกอบกิจการใช้ประกอบธุรกิจและมีลูกจ้างที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบกิจการนั้น โดยกฎหมายได้กำหนดให้สถานบริการมีหน้าที่ในการดำเนินการ กรณีที่มีลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่นได้ทำงานอยู่ในสถานประกอบกิจการนั้น ๆ โดยให้สถานประกอบกิจการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ลูกจ้าง จะต้องเป็นไปอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอ รวมทั้งจัดหรือสนับสนุนให้ลูกจ้างสามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในส่วนนี้พึงพิจารณาว่ากฎหมายได้กำหนดให้ สถานประกอบกิจการดำเนินการให้ลูกจ้างที่เป็นวัยรุ่นได้ “เข้าถึง” บริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะจัดขึ้นโดยสถานบริการตามมาตรา 7 เท่านั้น มิได้กำหนดให้สถานประกอบกิจการมีหน้าที่ให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งสถานประกอบกิจการจะดำเนินการอย่างไรก็ตามสามารถให้วัยรุ่นสามารถ “เข้าถึง”

บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้นั้น ขึ้นอยู่กับการจัดการของสถานประกอบกิจการนั้น ๆ จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดให้สถานประกอบกิจการจะต้องจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสมอีกด้วย

2.4 มาตรา 9 กำหนดให้มีการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การสร้างเครือข่ายเด็กและเยาวชนในพื้นที่ เพื่อเป็นแกนนำการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยสภาเด็กและเยาวชน การส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ประสานงาน เฝ้าระวัง และให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และครอบครัวและดูแลจัดให้มีการฝึกอาชีพตามความสนใจและความถนัดแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอดที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอาชีพ และประสานงานเพื่อจัดหางานให้ได้ประกอบอาชีพตามความเหมาะสมและจัดหาครอบครัวทดแทนในกรณีที่วัยรุ่นไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้ การจัดสวัสดิการสังคมในด้านอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.5 มาตรา 10 กำหนดหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งคำว่า ราชการส่วนท้องถิ่น ตามความในมาตรา 10 ซึ่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2537 แบ่งประเภทของราชการส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลสุขาภิบาล และราชการส่วนท้องถิ่นอื่นที่กฎหมายกำหนด ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภทคือ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ซึ่งกฎหมายได้กำหนดให้ราชการส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ ดังที่กล่าวมานั้น จะต้องดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นของตนได้รับสิทธิของวัยรุ่นดังที่กำหนด ไว้ในมาตรา 5 โดยการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นของราชการส่วนท้องถิ่นเหล่านั้นจะต้องเป็นไปโดยสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

แนวคิดการประเมินโครงการของดาเนียล สตัฟเฟิลบีม[15]

กรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดการประเมินผลโครงการของดาเนียล สตัฟเฟิลบีม ซึ่งมีการมองการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงผลลัพธ์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ความหมายของการประเมินผลโครงการ การประเมินผลโครงการ หมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบาย/แผนงาน/โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใด โดยมีมาตรฐานและเครื่องมือในการวัดที่แม่นตรงและเชื่อถือได้หรือมีความเหมาะสมที่จะสะท้อนข้อเท็จจริง การประเมินผลถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ซึ่งจุดมุ่งหมายของการประเมินผลโครงการมีดังนี้

1.1 เพื่อเป็นข้อมูลหรือเครื่องมือช่วยตัดสินใจว่าควรจะดำเนินโครงการต่อไปอย่างไร จะยกเลิกโครงการปรับปรุงหรือสนับสนุนให้มีดำเนินการหรือการขยายผลต่อไปอย่างไร ทั้งที่เป็นโครงการหรือรูปแบบใหม่ ๆ ตามนโยบายที่จัดทำในรูปของโครงการนำร่อง ซึ่งมีโอกาสจะมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อผิดพลาดที่ควรนำมาเป็นบทเรียนในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้มักเป็นการประเมินผลภายหลังจากที่ดำเนินการเสร็จสิ้น

1.2 เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการ ว่าเป็นไปตามที่กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย หรือกฎเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้เพียงใด และเป็นไปตามแผน

ที่วางไว้หรือไม่เพียงใด และนำผลที่ได้จากการประเมินผลไปปรับปรุงแก้ไขในประเด็นที่ยังบกพร่อง หรือเป็นอุปสรรคให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้

1.3 เพื่อศึกษาหาทางเลือกหรือแนวทางในการนำโครงการไปปฏิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผลสำหรับผู้บริหารโครงการตัดสินใจแสวงหาทางเลือกหรือแนวทางที่ดีที่สุดเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์

1.4 การติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการที่ทำให้ทราบถึงความสำเร็จของโครงการตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย การประเมินผลโครงการเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอหรือประเมินในระยะสิ้นสุด จะทำให้ทราบว่าโครงการนั้นบรรลุผลสำเร็จตามที่กำหนดวัตถุประสงค์และเป็นข้อมูลสำหรับตัดสินใจในการดำเนินการหรือขยายผลต่อ

2. รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) เป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน โดยแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม เน้นการแยกบทบาทการทำงานระหว่างฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารและฝ่ายปฏิบัติการออกจากกันอย่างเด่นชัด โดยให้ฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดหา และนำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูล และนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี เพื่อป้องกันการมีอคติในการประเมิน

3. ประเด็นการประเมินตามรูปแบบ CIPP Model สตัฟเฟิลบีม ได้กำหนดประเด็นการประเมินออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

3.1 การประเมินสภาวะแวดล้อมหรือบริบท (Context Evaluation: C) มักเป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญก่อนการดำเนินการโครงการ เพื่อพิจารณาหลักการและเหตุผลความจำเป็นที่ต้องดำเนินโครงการ เหมาะสมกับประเด็นปัญหาหรือสถานการณ์ และความเหมาะสมของวัตถุประสงค์และเป้าหมายโครงการ ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน

3.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา ฯลฯ รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน

3.3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อหาข้อบกพร่อง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงให้การดำเนินการต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประเมินกระบวนการนี้ เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการซึ่งมักจะศึกษาในระหว่างดำเนินการ

3.4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ มาตรฐานหรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาโครงการ

สตัฟเฟิลบีม ได้นำเสนอให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินผลที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจ ซึ่งประเภทของการตัดสินใจที่สอดคล้องกับประเด็นที่ประเมิน มีดังนี้

1) การตัดสินใจเพื่อการวางแผน (Planning Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาพแวดล้อมที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดจุดประสงค์ของโครงการ ให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงาน

2) การตัดสินใจเพื่อกำหนดโครงสร้างของโครงการ (Structuring Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากปัจจัยนำเข้าที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดโครงสร้างของแผนงาน และขั้นตอนของการดำเนินการของโครงการ

3) การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (Implementation Decisions) เป็นการตัดสินใจที่ใช้ข้อมูลจากการประเมินกระบวนการ เพื่อพิจารณาควบคุมการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

4) การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (Recycling Decisions) เช่น การตัดสินใจเพื่อใช้ข้อมูลจากการประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้น เพื่อพิจารณาการยุติ/ล้มเลิก หรือขยายโครงการที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

4. เกณฑ์และตัวชี้วัดความสำเร็จ การประเมินผลโครงการนั้นต้องมีเกณฑ์และตัวชี้วัด (Indicator) ระดับความสำเร็จของโครงการซึ่งมีเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลโครงการ ดังนี้

4.1 เกณฑ์ประสิทธิภาพ (Efficiency) มีตัวชี้วัด เช่น สัดส่วนของผลผลิตต่อค่าใช้จ่าย ผลิตภาพต่อหน่วยเวลา ผลิตภาพต่อกำลังคน ระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย

4.2 เกณฑ์ประสิทธิผล (Effectiveness) มีตัวชี้วัดเช่น ระดับการบรรลุเป้าหมาย ระดับการบรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความเสี่ยงของโครงการ

4.3 เกณฑ์ความพอเพียง (Adequacy) มีตัวชี้วัด เช่น ระดับความพอเพียงของทรัพยากร

4.4 เกณฑ์ความพึงพอใจ (Satisfaction) มีตัวชี้วัด เช่น ระดับความพึงพอใจ

4.5 เกณฑ์ความเป็นธรรม (Equity) มีตัวชี้วัดคือ การให้โอกาสกับผู้ด้อยโอกาส ความเป็นธรรมระหว่างเพศ ระหว่างกลุ่มอาชีพ เป็นต้น

4.6 เกณฑ์ความก้าวหน้า (Progress) มีตัวชี้วัด เช่น ผลผลิตเปรียบเทียบกับเป้าหมาย รวมกิจกรรมที่ทำแล้วเสร็จ ทรัพยากร และเวลาที่ใช้ไป

4.7 เกณฑ์ความยั่งยืน (Sustainability) ตัวชี้วัด เช่น ความอยู่รอดของโครงการด้านเศรษฐกิจสมรรถนะด้านสถาบัน ความเป็นไปได้ในด้านการขยายผลของโครงการ

4.8 เกณฑ์ความเสียหายของโครงการ (Externalities) มีตัวชี้วัด เช่น ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

5. หลักการสร้างตัวชี้วัดที่ดี ในการสร้างตัวชี้วัดที่ดี จำเป็นจะต้องมีหลักการที่ใช้เป็นเป้าหมายในการดำเนินการประเมิน ดังนี้

5.1 เลือกใช้/สร้างตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนที่สำคัญเท่านั้น

5.2 คำอธิบาย หรือการกำหนดตัวชี้วัดควรเป็นวลีที่มีความชัดเจน

5.3 ตัวชี้วัดอาจจะกำหนดได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพก็ได้

5.4 ควรนำจุดประสงค์ของโครงการ หรือประเด็นการประเมินมากำหนดตัวชี้วัด

5.5 การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดควรรวบรวมข้อมูลทั้งจากแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิ

6. การจำแนกประเภทของตัวชี้วัด ตามลักษณะของสิ่งที่จะประเมินในแต่ละด้าน มีดังนี้

6.1 ตัวชี้วัดด้านบริบท (Context) ตัวชี้วัดสามารพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- สภาวะแวดล้อมของก่อนมีโครงการ (ปัญหาวิกฤต)
- ความจำเป็น หรือความต้องการขณะนั้น และอนาคต
- ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

6.2 ตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ
- ความพร้อมของทรัพยากร เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ เวลา กฎระเบียบ
- ความเหมาะสมของขั้นตอนระหว่างปัญหา สาเหตุของปัญหา และกิจกรรม

6.3 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- การตรวจสอบกิจกรรม เวลา และทรัพยากรของโครงการ
- การยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่
- การมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
- ภาวะผู้นำในโครงการ

6.4 ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Product) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นลดลง
- วัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และทักษะชีวิตเพิ่มขึ้น
- ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายและประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ

6.5 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcomes) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- คุณภาพชีวิตของบุคคล และครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน
- การไม่ยุติการเรียนเมื่อมีการตั้งครรภ์
- การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน

6.6 ตัวชี้วัดด้านผลกระทบ (Impact) ตัวชี้วัดสามารถพิจารณาได้ ดังนี้

- ผลกระทบทางบวก/เป็นผลที่คาดหวังจากการมีโครงการ
- ผลกระทบทางลบ/เป็นผลที่ไม่คาดหวังจากโครงการ

7. ช่วงเวลาของการประเมินผลโครงการ การประเมินผลโครงการตามช่วงเวลาของการประเมิน สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

7.1 การประเมินผลโครงการก่อนการดำเนินงาน (Pre - Evaluation) เป็นการประเมินว่ามีความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการกำหนดให้มีโครงการหรือแผนงานนั้น ๆ หรือไม่ บางครั้งเรียกการประเมินผลประเภทนี้ว่า การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) หรือการประเมินความต้องการที่จำเป็น (Need Assessment)

7.2 การประเมินผลโครงการขณะดำเนินงาน (On - going Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน (Monitoring) และการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ

7.3 การประเมินผลโครงการเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน (Post - Evaluation) เป็นการประเมินว่าผลของการดำเนินงานนั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่วางไว้หรือไม่

7.4 การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลโครงการภายหลังจากการสิ้นสุดการดำเนินโครงการหรือแผนงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะได้รับอิทธิพลจากการมีโครงการหรือปัจจัยอื่น ๆ

จากแนวคิด CIPP นำมาใช้เป็นกรอบในการประเมินจากผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งในการวิจัยนี้คาดหวังในบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาในปัจจุบัน หากแต่ในอดีตที่ผ่านมาการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีการดำเนินงานผ่านกลไกอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ในทุกพื้นที่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงการสร้างระดับอำเภอเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ขึ้นจึงเป็นที่คาดหวังที่จะให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินสถานการณ์ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านนี้จึงมีความสำคัญยิ่งที่จะทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ และกระบวนการขับเคลื่อนที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำข้อมูลไปใช้ต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศรีเรือน ดีพูน และประเสริฐ ประสมรักษ์[16] ศึกษาประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มศึกษาประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอขุนหาญ จำนวน 21 คน และระบบคลังข้อมูลผลการดำเนินงาน เก็บรวบรวมด้วยแบบประเมินสมรรถนะและแบบบันทึกประเมินศักยภาพคณะกรรมการฯ ซึ่งมีค่าความเทียงเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t – test กลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 54.50±10.27 ปี เพศชาย ร้อยละ 65.0 สมรส ร้อยละ 75.0 การศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ร้อยละ 50.0 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรมของคณะกรรมการ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ พชอ. พชต. และ พชม. ที่ดำเนินการกำหนดประเด็นสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์เพื่อแก้ปัญหา 3 ประเด็น คือ เมืองน่าอยู่ ผู้คนเป็นคนดี ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน ประกอบด้วย 20 ตัวชี้วัด ซึ่งพิจารณาผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ผลการประเมินการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. ยกระดับขึ้นทุกองค์ประกอบ 3 ประเด็นสุขภาพ ดังนั้น จึงควรขยายผลในอำเภออื่นต่อไป

มานพ ฉลาดธัญญกิจ[17] ศึกษาองค์ประกอบ บทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภายใต้บริบทการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่จังหวัดสกลนคร โดยมีการลงพื้นที่กรณีศึกษา จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพังโคน อำเภอวานรนิวาส อำเภอโคกศรีสุพรรณ และอำเภอสว่างแดนดิน และการศึกษาข้อมูลจากแบบประเมินตนเองและรับฟังการนำเสนอ จำนวน 14 อำเภอที่เหลือของจังหวัดสกลนคร ด้านภาพรวมการประเมิน

ประสิทธิภาพและวิเคราะห์องค์กรการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งพบจุดแข็งการดำเนินงาน คือ การกำหนดกลยุทธ์ที่ชัดเจน นายอำเภอให้ความสำคัญ เครือข่ายเข้มแข็ง มีการจัดโครงสร้างองค์กรที่แบ่งหน้าที่/ความรับผิดชอบชัดเจน การมีแผนงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่ชัดเจน องค์กรมีระบบการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการบริหารจัดการหน่วยงานของผู้บริหารเป็นไปในทิศทางที่ดี มีเครื่องมือในการบริหารจัดการชุมชน ผู้บริการมีแนวคิดแบบใหม่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และการมีค่านิยมร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันด้านปัจจัยภายนอกองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สร้างความเข้มแข็งให้กับคนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้โดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การปรับรูปแบบการดำเนินงานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย การมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย มีระบบสารสนเทศทันสมัย สิ่งแวดล้อมของชุมชนเป็นแบบธรรมชาติ เอื้อต่อวิถีชีวิตของประชากรในชุมชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีระเบียบรองรับชัดเจนสนับสนุนให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. คือ การวางยุทธศาสตร์การจัดการระบบบริการโดยวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพและข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกกลุ่มวัยตามบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้รับบริการ การมีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลสุขภาพครบทุกมิติ มีการสรรหาและจัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ การมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารทั้งเครือข่าย การจัดการศูนย์ข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอ มีการคืนข้อมูลให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พัฒนาระบบ IT มาใช้กับระบบบริหารจัดการ มีการบริหารจัดการเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้มีความพร้อม มีงบประมาณจากกองทุน สปสช. หรือ สสส. สนับสนุน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสวัสดิการของรัฐอย่างทั่วถึงและเพียงพอ และการให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกระดับ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการและร่วมเป็นเจ้าของจัดการปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยกระบวนการสภาสุขภาพอำเภอ

ฤทัย วรรธนวินิจ[18] ศึกษาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ อิงกรอบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ 6 Building Blocks ของ WHO เน้นการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ให้ความสำคัญกับโครงสร้างการบริหารจัดการที่มีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และควรมีโครงสร้างสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยเลขานุการ เพื่อการบริหารจัดการทั้งในด้านทรัพยากร บุคคล ระบบงานบริการสุขภาพ ระบบยา และเวชภัณฑ์ให้ตรงตามประเด็นปัญหาของบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ และยังเน้นถึงระบบการคืนข้อมูลกลับสู่ประชาชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ส่วนในเรื่องการคลังด้านสุขภาพเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ (พชอ.) ต้องมีงบประมาณเป็นของตนเองเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนงานในทุกมิติของการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

นุชรีย์ แสงสว่าง และบุศรา แสงสว่าง[19] ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิดระหว่างวัยรุ่นตั้งครรภ์และวัยรุ่นไม่ตั้งครรภ์ เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตติยภูมิและวัยรุ่นไม่ตั้งครรภ์ซึ่งเป็นนักเรียนหญิงในโรงเรียนมัธยมศึกษา อายุระหว่าง 13 - 19 ปี กลุ่มละ 85 คน รวมทั้งสิ้น 170 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t - test ซึ่งผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิดต่ำกว่าวัยรุ่นไม่ตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 7.4, SD = 1.928 vs M = 12.6, SD = 1.219, t = 3.900, p < .05) การศึกษานี้พบว่า วัยรุ่นตั้งครรภ์ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ช่วงอายุที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ดังนั้น การให้ความรู้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดที่ถูกต้องกับวัยรุ่นจะช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, รัตนาภรณ์ อาษา, พิชสุดา เดชบุญ และภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ[20] ศึกษาระดับทัศนคติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ศึกษาในนักศึกษาหญิงจำนวน 300 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาหญิงมีทัศนคติต่อการคุมกำเนิดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.7 โดยเห็นด้วยว่าการคุมกำเนิดเป็นสิ่งสำคัญและสามารถช่วยป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนได้ รองลงมามีทัศนคติต่อการคุมกำเนิดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.3 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของนักศึกษาหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ได้แก่ ความรู้ต่อการคุมกำเนิดและความกลัวต่อการคุมกำเนิด (p - <0.05) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้อยู่ในระดับสูงจะมีโอกาสที่มีทัศนคติเห็นด้วยกับการคุมกำเนิดอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีความกลัวต่อการคุมกำเนิดอยู่ในระดับต่ำจะมีโอกาสที่มีทัศนคติเห็นด้วยกับการคุมกำเนิดอยู่ในระดับสูง ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดรูปแบบกิจกรรมหรือการดำเนินงานในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ในด้านการป้องกันและส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ[21] ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหาเยาวชนหญิงที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรกับมิติสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้เนื่องจากการให้คุณค่าความหมายของ “เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร” ในสังคมไทย และเพศสัมพันธ์ของเยาวชนเป็นเรื่องผิดบรรทัดฐานทางสังคม ทำให้เยาวชนหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ จากทั้งกฎหมายองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ เช่น โรงเรียนและโรงพยาบาล แม้แต่ในชุมชนและครอบครัวของเยาวชนหญิงเอง ไม่ว่าสิทธิการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ถูกกีดกันแบ่งแยก เลือกปฏิบัติ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ การรับบริการที่ปลอดภัยและรอบด้านที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ครั้งนี้เพื่อ 1) การศึกษาเปรียบเทียบทั้งกฎหมายและมาตรการต่าง ๆ ภายในรัฐไทยและกฎหมายต่างประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของรัฐและองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนของเยาวชนหญิงตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และ 2) ศึกษาประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนของเยาวชนหญิงตั้งครรภ์ควบคู่ไปด้วย สำหรับวิธีวิทยาคือ การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยกลุ่มเป้าหมายของการศึกษา ได้แก่ 1) กลุ่มเยาวชนหญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม แบ่งเป็นกลุ่มเยาวชนหญิงที่ตั้งครรภ์ต่อและยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 32 คน 2) กลุ่มผู้ปกครองของเยาวชนหญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และเจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม โรงพยาบาล โรงเรียน ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน และ 3) กลุ่มเยาวชนชายทั่วไปที่ยังไม่ได้แต่งงาน ซึ่งไม่จำเป็นว่าจะมีประสบการณ์ทางเพศหรือไม่ จำนวน 20 คน โดยพื้นที่ในการเก็บข้อมูลเลือกเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นนทบุรี นครปฐม และเพชรบุรี จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนของเยาวชนหญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงสิทธิ อนามัยเจริญพันธุ์ อนามัยเจริญพันธุ์และเพศศึกษาของเยาวชนเอง ของผู้ปกครอง ครอบครัวของเยาวชนและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริการเยาวชนที่ตั้งครรภ์

สุธีราวัลย์ ศรีวงศ์[22] ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ของมารดาที่มีบุตรสาววัยรุ่นตอนต้นของอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่สร้างกรอบแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวของฟรีดแมน (Friedman) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ของมารดาที่มีบุตรสาววัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรสาวอายุ 10 - 13 ปีที่กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 7 โรงเรียน ในเขตอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 319 คน ได้จากวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ. 2551 โดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงระหว่าง 0.75 - 0.83 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อีต้า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า การให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และเจตคติต่อเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรสาวและความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยระดับการศึกษาของมารดา รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรสาววัยรุ่นตอนต้น ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และเจตคติต่อเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ปัจจัยเจตคติต่อเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ สัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตรสาว ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้เรียน รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเข้มงวดและการศึกษาระดับอุดมศึกษา สามารถร่วมกันทำนายการให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ร้อยละ 27.6 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยเสนอแนะว่าสถาบันครอบครัวโดยเฉพาะมารดาควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์แก่บุตรสาววัยรุ่นตอนต้นโดยโรงเรียนและชุมชนควรมีส่วนร่วมในการจัดโครงการเพื่อเพิ่มทักษะ

ให้มารดามีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถูกต้อง เพื่อให้มารดาสามารถแสดงบทบาทการให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์แก่บุตรสาววัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วนิดา ศรีพรหมษา, ดวงพร ถิ่นถา, สถิดาภรณ์ สุระถิตย์ และเพ็ญศิริ ศรีจันทร์[23] การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาความคิดเห็นของวัยรุ่นเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คุณลักษณะบริการที่เป็นมิตรและสมรรถนะของผู้ให้บริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี กำลังเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาใน 5 พื้นที่ชนบท จังหวัดอุดรธานี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยสุ่มเลือกอย่างง่าย จำนวน 439 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 5 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ การตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ความคิดเห็นเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและเอดส์ และการตระหนักด้านการจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ และสถิติ Chi - square ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องเพศศึกษา 6.34 จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ทัศนคติต่อการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ วัยรุ่นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 74.7 ไม่ทราบว่าสถานบริการอยู่ที่ไหน และร้อยละ 80 ตอบแบบสอบถามว่าสถานบริการเหล่านี้น่าจะไม่มีประโยชน์มาก ไม่ทราบว่าสถานที่เหล่านี้ให้บริการอะไรแก่วัยรุ่นพบร้อยละ 60.6 และร้อยละ 50 ระบุว่าสถานบริการเหล่านี้ไม่มีบริการสำหรับวัยรุ่น และที่สำคัญคือร้อยละ 98 ของกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า มันเป็นการยากที่จะเข้าถึงสถานบริการเหล่านี้ โดยที่ร้อยละ 75 กังวลว่าเจ้าหน้าที่ของสถานบริการเหล่านี้จะคาดเดาพฤติกรรมของวัยรุ่น ข้อเสนอแนะจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าความรู้ที่ได้รับจากโรงเรียนยังไม่เพียงพอ เกี่ยวกับการรักร่วมเพศ เลสเบี้ยน เกย์ การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนต่างเพศ การตั้งครรภ์และการทำแท้ง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการเพิ่มเติมในการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน ระบบบริการสุขภาพคือหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัดและพื้นที่ ควรมีการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์และกิจกรรมที่รณรงค์ส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับเยาวชน ควรที่จะกำหนดให้เห็นถึงสิทธิของเยาวชนในการรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธ์ การเข้าถึงบริการ การเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายด้านอนามัยการเจริญพันธ์ การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือศึกษาเฉพาะวัยรุ่นในโรงเรียน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมวัยรุ่นในทุกพื้นที่และครอบคลุมทั้งกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เสี่ยงกลุ่มเสี่ยง ทั้งในและนอกโรงเรียน

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ดวงพร ถิ่นถา, สถิดาภรณ์ สุระถิตย์, เพ็ญศิริ ศรีจันทร์ และดาราวรรณ รองเมือง[24] ศึกษาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นตามการประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดอุดรธานี การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินตนเองของผู้ให้บริการ ด้านการบริการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นไทยเกี่ยวกับการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการจาก 51 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี โดยมีแบบสอบถามมาตรฐานของการให้บริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธ์สำหรับวัยรุ่น ใน 4 มิติ ได้แก่ การจัดการ

การเข้าถึง การคุ้มครองและประสิทธิภาพในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยนำสถิติเชิงพรรณนามาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.3 และมีอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 29.41 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 58.82 น้อยกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีการจัดประชุม สำหรับการอภิปรายเกี่ยวกับผลงานและอื่น ๆ พบว่า ร้อยละ 60 ระบุว่าวัยรุ่นสามารถเข้าถึงการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นโดยเจ้าหน้าที่ได้จัดกิจกรรมสำหรับวัยรุ่นในรูปแบบต่าง ๆ ในการเข้าถึงได้ง่าย ประมาณ ร้อยละ 50 ระบุว่ากลุ่มเป้าหมายได้เยี่ยมบ้านสำหรับวัยรุ่นที่มีปัญหาอย่างรุนแรงจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 69.8 มีความสัมพันธ์ที่ดีกับวัยรุ่น มีการทำงานเป็นทีม ร้อยละ 67.9 การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 64.2 สถานที่และสภาพแวดล้อมในการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น มีความสะอาด เป็นส่วนตัว และมีความสะดวกสบาย ร้อยละ 71.7 เจ้าหน้าที่ด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นได้รับการฝึกอบรมในพื้นที่เฉพาะ ร้อยละ 71.7 และ ร้อยละ 60 ของผู้เข้าร่วมระบุว่าพวกเขามีประสบการณ์ในหลักสูตร มีเพียง ร้อยละ 35.8 ระบุว่าพวกเขาได้มีการประชุมอย่างต่อเนื่องกับทีมงานในการปรับปรุงการบริการของพวกเขา

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิจระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีทั้งหมด 878 อำเภอ ตามจำนวนอำเภอทั้งหมด ซึ่งในการศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีผสมระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ดังนี้

1.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือผู้แทน พชอ.ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 576 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม กำหนดโดยใช้สูตรของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)[25] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 3% ดังต่อไปนี้

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

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควรที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (χ^2=3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

แทนค่าตามสูตร

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

$$n = 481.9 \approx 482$$

จากการคำนวณ พบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 482 คน และได้สำรองเพื่อป้องกันความผิดพลาดของแบบสอบถามไว้ 10% เท่ากับ 530 คน แต่เนื่องจากการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ มีโอกาสเสี่ยงในการตอบกลับต่ำผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บแบบสอบถามจำนวนที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 576 คน และเลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stages sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากประชากร 3 กลุ่ม ผู้วิจัยคำนวณหาสัดส่วน (Proportion to size) ของการสุ่มตัวอย่างทั้งหมด ดังนี้

- กลุ่มจังหวัดขนาดใหญ่ คือ จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอตั้งแต่ 15 – 32 อำเภอ มีทั้งสิ้น 19 จังหวัด จำนวน 384 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 228 อำเภอ
- กลุ่มจังหวัดขนาดกลาง คือ จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอตั้งแต่ 8 – 14 อำเภอ มีทั้งสิ้น 39 จังหวัด จำนวน 389 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 312 อำเภอ
- กลุ่มจังหวัดขนาดเล็ก คือ จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอตั้งแต่ 3 – 7 อำเภอ มีทั้งสิ้น 18 จังหวัด จำนวน 105 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 อำเภอ

ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) การสุ่มเลือกจากทุกจังหวัด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายครอบคลุม ผู้วิจัยใช้แบบแบ่งชั้นที่ไม่อาศัยสัดส่วน โดยแบ่งเป็นโควตา (Quota) ดังนี้

- กลุ่มจังหวัดขนาดใหญ่ จำนวน 19 จังหวัด สุ่มเลือกอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จังหวัดละ 12 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 228 อำเภอ
- กลุ่มจังหวัดขนาดกลาง จำนวน 39 จังหวัด สุ่มเลือกอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จังหวัดละ 8 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 312 อำเภอ
- กลุ่มจังหวัดขนาดเล็ก จำนวน 18 จังหวัด สุ่มเลือกอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จังหวัดละ 2 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 อำเภอ

รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 576 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มจังหวัด

กลุ่มจังหวัด	รายชื่อจังหวัด	จำนวนอำเภอ	สุ่มอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง
1. กลุ่มจังหวัดขนาดใหญ่	1. จังหวัดนครราชสีมา	32	12
	2. จังหวัดขอนแก่น	26	12
	3. จังหวัดอุบลราชธานี	25	12
	4. จังหวัดเชียงใหม่	25	12
	5. จังหวัดบุรีรัมย์	23	12
	6. จังหวัดนครศรีธรรมราช	23	12
	7. จังหวัดศรีสะเกษ	22	12
	8. จังหวัดอุดรธานี	20	12
	9. จังหวัดร้อยเอ็ด	20	12
	10. จังหวัดสุราษฎร์ธานี	19	12
	11. จังหวัดสกลนคร	18	12
	12. จังหวัดกาฬสินธุ์	18	12
	13. จังหวัดเชียงราย	18	12
	14. จังหวัดสุรินทร์	17	12
	15. จังหวัดสงขลา	16	12
	16. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	16	12
	17. จังหวัดชัยภูมิ	16	12
	18. จังหวัดน่าน	15	12
	19. จังหวัดนครสวรรค์	15	12
2. กลุ่มจังหวัดขนาดกลาง	1. จังหวัดเลย	14	8
	2. จังหวัดสระบุรี	13	8
	3. จังหวัดลำปาง	13	8
	4. จังหวัดมหาสารคาม	13	8
	5. จังหวัดนราธิวาส	13	8
	6. จังหวัดกาญจนบุรี	13	8
	7. จังหวัดพิจิตร	12	8
	8. จังหวัดปัตตานี	12	8
	9. จังหวัดนครพนม	12	8
	10. จังหวัดลพบุรี	11	8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กลุ่มจังหวัด	รายชื่อจังหวัด	จำนวนอำเภอ	สุ่มอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง
	11. จังหวัดพัทลุง	11	8
	12. จังหวัดชลบุรี	11	8
	13. จังหวัดฉะเชิงเทรา	11	8
	14. จังหวัดกำแพงเพชร	11	8
	15. จังหวัดเพชรบูรณ์	11	8
	16. จังหวัดสุพรรณบุรี	10	8
	17. จังหวัดราชบุรี	10	8
	18. จังหวัดตรัง	10	8
	19. จังหวัดจันทบุรี	10	8
	20. จังหวัดอุตรดิตถ์	9	8
	21. จังหวัดหนองคาย	9	8
	22. จังหวัดสุโขทัย	9	8
	23. จังหวัดสระแก้ว	9	8
	24. จังหวัดยโสธร	9	8
	25. จังหวัดพิษณุโลก	9	8
	26. จังหวัดพะเยา	9	8
	27. จังหวัดตาก	9	8
	28. จังหวัดอุทัยธานี	8	8
	29. จังหวัดลำพูน	8	8
	30. จังหวัดระยอง	8	8
	31. จังหวัดยะลา	8	8
	32. จังหวัดพังงา	8	8
	33. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	8	8
	34. จังหวัดบึงกาฬ	8	8
	35. จังหวัดชุมพร	8	8
	36. จังหวัดชัยนาท	8	8
	37. จังหวัดกระบี่	8	8
	38. จังหวัดแพร่	8	8
	39. จังหวัดเพชรบุรี	8	8
3. กลุ่มจังหวัดขนาดเล็ก	1. จังหวัดอำนาจเจริญ	7	2
	2. จังหวัดอ่างทอง	7	2
	3. จังหวัดสตูล	7	2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

กลุ่มจังหวัด	รายชื่อจังหวัด	จำนวนอำเภอ	สุ่มอำเภอ กลุ่มตัวอย่าง
	4. จังหวัดมุกดาหาร	7	2
	5. จังหวัดปราจีนบุรี	7	2
	6. จังหวัดปทุมธานี	7	2
	7. จังหวัดนครปฐม	7	2
	8. จังหวัดตราด	7	2
	9. จังหวัดแม่ฮ่องสอน	7	2
	10. จังหวัดหนองบัวลำภู	6	2
	11. จังหวัดสิงห์บุรี	6	2
	12. จังหวัดสมุทรปราการ	6	2
	13. จังหวัดนนทบุรี	6	2
	14. จังหวัดระนอง	5	2
	15. จังหวัดนครนายก	4	2
	16. จังหวัดสมุทรสงคราม	3	2
	17. จังหวัดสมุทรสาคร	3	2
	18. จังหวัดภูเก็ต	3	2
รวม	**76 จังหวัด**	**878**	**576**

รายละเอียดดัง ภาคผนวก ข

1.2 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นสาธารณสุขอำเภอหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
2. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นอย่างน้อย 2 ปี
3. เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามคำสั่ง และเคยเข้าร่วมประชุม
4. สมัครใจให้ข้อมูลด้วยการกรอกข้อมูลในแบบสอบถาม

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาข้อมูลเชิงลึกหรือข้อมูลคุณภาพ เพื่อให้ทราบกลไกและกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน บทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง 2 พชอ. ที่มีการดำเนินการต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม มีหน่วยงานภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง แนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง เหมาะเป็นพื้นที่ตัวอย่างสำหรับการเรียนรู้และเป็นแนวทางการดำเนินงานต่อไป คือ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี และ 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามคำสั่งแต่งตั้ง

2.1 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียน

1. เป็นกรรมการหรือผู้แทนในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีนายอำเภอเป็นประธาน และเป็นตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการของอำเภอ

2. มีประสบการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นอย่างน้อย 2 ปี

3. สมัครใจให้ข้อมูลด้วยการเข้าร่วมถอดบทเรียน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการตอบแบบสอบถาม การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งดำเนินการโดยการส่งจดหมายถึง สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยจัดส่ง QR Code ของไฟล์แบบสอบถามออนไลน์แนบไปพร้อมกับจดหมายนำส่ง จากนั้นจึงได้นำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการเก็บแบบสอบถาม มาวิเคราะห์สำหรับเป็นแนวทางในการศึกษาเชิงคุณภาพต่อไป

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 2 วิธี คือ 1. การใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การประชุมถอดบทเรียนในพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ปลัดอำเภอ เกษตรอำเภอ นายกเทศมนตรี นายกเหล่ากาชาด พระภิกษุ กำนันผู้ใหญ่บ้าน วิทยาลัยเทคโนโลยีอาชีวศึกษา สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคประชาชน และ อสม. ของอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี และอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง และ 2. การสรุปผลการดำเนินงานของ 2 พื้นที่ต้นแบบ ในการประชุมระดมความคิดเห็น โดยมีผู้เข้าร่วมจากอำเภอต้นแบบ เจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัย และเจ้าหน้าที่จากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ มีการนำเสนอ อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การศึกษาเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นคำถามเกี่ยวกับการขับเคลื่อน กลไก กิจกรรม สิ่งสนับสนุน ระดับของกระบวนการ ผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 28 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามโดยการส่งให้ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญตรวจความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา จากแบบสอบถามที่ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแล้วมีการจัดทำทะเบียนหมายเลขแบบสอบถามเพื่อส่งให้สาธารณสุขอำเภอ

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการสนทนากลุ่มกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีผลงานเด่นในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้นแบบ 2 แห่ง ที่มีกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หัวข้อนำเสนอเป็นแนวทางในการอภิปรายร่วมและมีแนวคำถามหลักการอภิปราย เพื่อสะท้อนให้เห็นกระบวนการดำเนินงานและทำการรวบรวมข้อมูลด้วยการจดบันทึกและบันทึกเทป

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย คำถามหลักเกี่ยวกับ กระบวนการและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น บทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ผลลัพธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค บทเรียนและก้าวต่อไปในการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าต่ำสุด - สูงสุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการประมวลผลและนำมาจัดกลุ่มตามประเด็นคำถามและคำตอบ เพื่อเรียบเรียง วิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการฯ เลขที่ 44/2562

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ ต้องการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ลักษณะ คือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 563 คน และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดประชุมถอดบทเรียนในพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2562 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ
   1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
   1.2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
   1.3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.6 อายุกระจายในทุกกลุ่ม โดยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.8 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 31 - 40 ปี และ กลุ่มอายุ 51 - 60 ปี คือ ร้อยละ 25.9 และ 25.6 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.7 ปี อายุต่ำสุดคือ 21 ปี และอายุสูงสุดคือ 60 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.5 รองลงมาคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 7.1 สถานภาพการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.4 รองลงมาคือ หัวหน้าหน่วยงาน ร้อยละ 21.3 ประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่น/เยาวชน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยคือ 6.9 ปี ระยะเวลาต่ำสุดคือ 1 เดือน และระยะเวลาสูงสุดคือ 42 ปี โดยช่วงเวลาที่ทำมากที่สุดคือ 1 - 4 ปี ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ 5 - 9 ปี และน้อยกว่า 1 ปี คือ ร้อยละ 24.5 และ 17.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ (n = 562)		
ชาย	109	19.4
หญิง	453	80.6
2. อายุ (n = 549)		
21 - 30 ปี	108	19.7
31 - 40 ปี	142	25.9
41 - 50 ปี	158	28.8
51 - 60 ปี	141	25.6
อายุเฉลี่ย 41.76 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 60 ปี		
3. ระดับการศึกษาสูงสุด (n = 419)		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	30	7.1
ปริญญาตรี	379	90.5
สูงกว่าปริญญาตรี	10	2.4
4. ตำแหน่ง (n = 555)		
หัวหน้าหน่วยงาน	120	21.3
ผู้ปฏิบัติงาน	435	78.4
5. ประสบการณ์การทำงานเรื่องวัยรุ่น/เยาวชน (n = 509)		
ต่ำกว่า 1 ปี	88	17.2
1 - 4 ปี	198	38.9
5 - 9 ปี	125	24.5
10 - 14 ปี	39	7.7
15 - 20 ปี	29	5.7
21 - 24 ปี	15	3.0
25 - 30 ปี	6	1.2
31 - 34 ปี	5	1.0
35 ปีขึ้นไป	4	0.8

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.1 การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การขับเคลื่อนการดำเนินงาน พบว่า ปัจจุบันมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอยู่ร้อยละ 96.2 โดยมีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน ร้อยละ 92.6 ซึ่งเมื่อจำแนกตามจำนวนชุดของกรรมการ พบว่า มีการดำเนินงานโดยกรรมการ 1 ชุด ร้อยละ 48.3 ซึ่งจำแนกเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร้อยละ 47.6 และ คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 43.7 และมีการดำเนินงานโดยกรรมการอย่างน้อย 2 ชุด ร้อยละ 51.1 โดยมีทั้งคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ (พชอ.) ร้อยละ 97.0 คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และกรรมการอื่น ๆ ร้อยละ 1.9 และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกรรมการอื่น ๆ ร้อยละ 1.1 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประเมินการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (n = 555)		
ไม่มี	21	3.8
มี	534	96.2
2. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (n = 556)		
ไม่มี	41	7.4
มี	515	92.6
3. จำนวนชุดกรรมการ (n = 522)		
1. การขับเคลื่อนโดยกรรมการ 1 ชุด	252	48.3
- คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	110	43.7
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	120	47.6
- อื่น ๆ เช่น สภาเด็ก กรรมการอนามัยแม่และเด็ก กรรมการที่จัดตั้งตามงบ สปสช.	22	8.7
2. การขับเคลื่อนโดยกรรมการ 2 ชุด	267	51.1
- คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	259	97.0
- คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และกรรมการอื่น ๆ	5	1.9
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกรรมการอื่น ๆ	3	1.1

การดำเนินงานกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอนั้นมีหลายลักษณะ พบว่า กิจกรรมที่ยังมีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ คลินิกวัยรุ่น ร้อยละ 50.2 รองลงมาคือ การรณรงค์/จัดกิจกรรมวันสำคัญ การอบรมวัยรุ่น การประชาสัมพันธ์ ตามสื่อ วิทยุชุมชนสื่อออนไลน์ การอบรมแกนนำวัยรุ่น การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น และการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ ให้การปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.5, 46.5, 41.8, 40.9, 37.1 และ 34.6 ตามลำดับ

นอกจากนี้พื้นที่ยังระบุถึงการมีแผนที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ การอบรมแกนนำวัยรุ่น การอบรมวัยรุ่น การรณรงค์/จัดกิจกรรมวันสำคัญ และการอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 33.2, 32.1, 31.5 และ 29.7 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามยังมีกิจกรรมที่พื้นที่ไม่เคยทำคือ การจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ ให้การปรึกษา ร้อยละ 28.9 รองลงมาคือ คลินิกวัยรุ่น การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น การประชาสัมพันธ์ ตามสื่อ วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์ การรณรงค์/จัดกิจกรรมวันสำคัญ และการอบรมแกนนำวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 19.9, 19.5, 16.9, 14.6 และ 13.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่น (n=555)

กิจกรรม	การดำเนินงาน (ร้อยละ)			
	ไม่เคยทำ	เคยทำ แต่ไม่ทำแล้ว	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	มีแผน ที่จะ ดำเนินการ
1. คลินิกวัยรุ่น	110	37	279	129
	(19.9)	(6.6)	(50.2)	(23.3)
2. การอบรมแกนนำวัยรุ่น	75	69	227	184
	(13.5)	(12.4)	(40.9)	(33.2)
3. การอบรมวัยรุ่น	63	55	258	178
	(11.4)	(10.0)	(46.5)	(32.1)
4. การจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้	160	53	192	150
ความรู้ ให้การปรึกษา	(28.8)	(9.6)	(34.6)	(27.0)
5. การรณรงค์/จัดกิจกรรม	81	41	258	175
วันสำคัญ	(14.6)	(7.4)	(46.5)	(31.5)
6. การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครอง	108	76	206	165
ที่มีลูกหลานวัยรุ่น	(19.5)	(13.7)	(37.1)	(29.7)
7. การประชาสัมพันธ์ ตามสื่อ	94	68	232	161
วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์	(16.9)	(12.3)	(41.8)	(29.0)

ด้านความคิดเห็นต่อระดับการได้รับการสนับสนุนในปัจจุบันเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอนั้น พบว่า ด้านนโยบายจากผู้บริหาร ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 79.9 แต่ยังพบว่ามีร้อยละ 20.1 อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ด้านทีมบุคลากรได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 67.7 และพบว่าอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 32.3 ด้านงบประมาณ/แหล่งทุน ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดร้อยละ 60.9 สูงกว่าระดับมากถึงมากที่สุดซึ่งมีร้อยละ 39.1 ด้านสื่อ วัสดุ/อุปกรณ์ พบว่าได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุดร้อยละ 61.8 สูงกว่าระดับมากถึงมากที่สุดที่มีอยู่ร้อยละ 38.2 และสำหรับการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย

ที่ร่วมดำเนินการ พบว่า ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 65.8 แต่ยังพบว่ามีร้อยละ 34.2 อยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อระดับการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (n=555)

ประเด็น	ระดับการได้รับการสนับสนุน (ร้อยละ)			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. นโยบายจากผู้บริหาร	104	339	99	13
	(18.8)	(61.1)	(17.8)	(2.3)
2. ทีมบุคลากร	69	307	156	23
	(12.4)	(55.3)	(28.1)	(4.2)
3. งบประมาณ/แหล่งทุน	31	186	285	53
	(5.6)	(33.5)	(51.4)	(9.5)
4. สื่อ วัสดุ/อุปกรณ์	19	193	294	49
	(3.4)	(34.8)	(53.0)	(8.8)
5. ภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน	51	314	169	21
	(9.2)	(56.6)	(30.5)	(3.7)

จากการประเมินความคิดเห็นต่อระดับของกระบวนการหรือการดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอ พบว่า การถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 70.6 รองลงมาคือ ด้านแผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการในระดับพื้นที่ ร้อยละ 67.1 ด้านโครงสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนงาน ร้อยละ 66.2 รูปแบบ กระบวนการดำเนินงาน ร้อยละ 63.2 ผลการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ร้อยละ 52.8 การกำกับ ติดตาม ประเมินผล ร้อยละ 50.4 และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่ ร้อยละ 46.9 ซึ่งในทางกลับกัน จะเห็นได้ว่า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่น้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 53.1 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความคิดต่อกระบวนการการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอ (n=555)

ประเด็น	ระดับของกระบวนการ (ร้อยละ)			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. การถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหาร	75	317	150	13
สู่ผู้ปฏิบัติ	(13.5)	(57.1)	(27.1)	(2.3)
2. โครงสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนงาน	40	327	175	13
	(7.2)	(59.0)	(31.5)	(2.3)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ประเด็น	ระดับของกระบวนการ (ร้อยละ)			
	มากที่สุด	**มาก**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**
3. แผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการ ในระดับพื้นที่	45 (8.1)	327 (59.0)	170 (30.6)	13 (2.3)
4. รูปแบบ กระบวนการดำเนินงาน	33 (5.9)	318 (57.3)	191 (34.5)	13 (2.3)
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่	33 (5.9)	227 (41.0)	279 (50.2)	16 (2.9)
6. ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม	29 (5.2)	264 (47.6)	243 (43.8)	19 (3.4)
7. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล	34 (6.1)	246 (44.3)	257 (46.3)	18 (3.3)

2.2 ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน และปัจจัยความสำเร็จ

จากการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 58.4 ที่ตอบเรื่องผลลัพธ์ (329 คน) โดยมีความเห็นว่าเป็นผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ร้อยละ 55.0 และผลลัพธ์เชิงปริมาณ ร้อยละ 45.0

ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์เชิงคุณภาพ พบว่า ทำให้วัยรุ่นและผู้ปกครอง มีความเข้าใจ/ความรู้/ทักษะ ในเรื่องของปัญหาของวัยรุ่นมากขึ้นจากการทำกิจกรรม ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ มีคลินิกวัยรุ่นในสถานบริการและสถานศึกษาให้บริการที่เข้าถึงเด็กมากขึ้น ร้อยละ 19.9 ผ่านการประเมินอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และมีแผนการดำเนินงาน ร้อยละ 14.9 นอกจากนั้นได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย อีกทั้งยังทำให้วัยรุ่นแกนนำมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากปัญหาและสามารถถ่ายทอดได้ ร้อยละ 6.1

ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์เชิงปริมาณตามที่กลุ่มตัวอย่างระบุ พบว่า ทำให้มีปัญหาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมลดลง ร้อยละ 43.9 มีคลินิกวัยรุ่นในสถานบริการและสถานศึกษาให้บริการที่เข้าถึงเด็กมากขึ้น ร้อยละ 24.3 และมีการอบรมวัยรุ่นและเยาวชนในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 23.0 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผลลัพธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ	**181**	**55.0**
1. วัยรุ่นและผู้ปกครอง มีความเข้าใจ/ความรู้/ทักษะ ในเรื่องของปัญหาของวัยรุ่นมากขึ้นจากการทำกิจกรรม	94	51.9
2. มีคลินิกวัยรุ่นในสถานบริการและสถานศึกษาให้บริการ ที่เข้าถึงเด็กมากขึ้น	36	19.9

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ผลลัพธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. ผ่านการประเมินอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และมีแผนการดำเนินงาน	27	14.9
4. ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย	11	6.1
5. วัยรุ่นแกนนำมีความสามารถในการป้องกันตนเองจากปัญหาและสามารถถ่ายทอดได้	11	6.1
6. วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	2	1.1
ผลลัพธ์เชิงปริมาณ	**148**	**45.0**
1. มีปัญหาวัยรุ่นที่ไม่พร้อมตั้งครรภ์น้อยลง	65	43.9
2. มีคลินิกวัยรุ่นในสถานบริการและสถานศึกษาให้บริการที่เข้าถึงเด็กมากขึ้น	36	24.3
3. การอบรมวัยรุ่นและเยาวชนโรงเรียนมัธยมทุกแห่งอย่างต่อเนื่อง	34	23.0
4. มีเครือข่ายมากขึ้น	5	3.4
5. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด	3	2.0
6. การเข้าถึงบริการฝังยาคุมเพิ่มขึ้น	2	1.4
7. เกิดผลลัพธ์แต่จำนวนไม่มาก	2	1.4
8. ผู้เข้าร่วมโครงการน้อย	1	0.6

สำหรับปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด มีผู้ตอบ 336 คน พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่ การให้ความสำคัญของผู้นำ/ผู้บริหารของสถานศึกษา ร้อยละ 30.6 และใกล้เคียงกันคือ การได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ร้อยละ 30.4 รองลงมาคือ มีงบสนับสนุน ร้อยละ 14.6 และมีนโยบายและมาตรการหนุนเสริม ร้อยละ 10.4 และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ระบุ เช่น การทำงานเป็นทีม/ทีมงานเข้มแข็ง/มีแกนนำวัยรุ่นที่เข้มแข็ง มีการบูรณาการงาน และมีการจัดกิจกรรมให้แก่เด็กวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัจจัยความสำเร็จ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้นำ/ผู้บริหาร/สถานศึกษา ให้ความสำคัญ	103	30.6
2. ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย	102	30.4
3. มีงบสนับสนุน	49	14.6
4. มีนโยบายและมาตรการ	35	10.4
5. การทำงานเป็นทีม/ทีมงานเข้มแข็ง/มีแกนนำวัยรุ่นที่เข้มแข็ง	21	6.2

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยความสำเร็จ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. มีการบูรณาการงาน	13	3.9
7. มีการจัดกิจกรรมให้แก่เด็กวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง	10	3.0
8. มีการประเมินมาตรฐาน	3	0.9

2.3 ปัญหาอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุน

สำหรับปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเช่นกัน พบว่ามีผู้ตอบ 355 คน โดยกลุ่มตัวอย่างตอบสูงที่สุดมองว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง (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 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปัญหา/อุปสรรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปัญหาที่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง (ไม่สนใจ/ทัศนคติ/ค่านิยม/ความอาย)	120	33.8
2. ขาดการสนับสนุนงบประมาณ	96	27.1
3. การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์	39	11.0
4. บุคลกรไม่เพียงพอ/ทีมงานไม่เข้มแข็ง	34	9.6
5. ความเข้าใจและการยอมรับของผู้ปกครอง	28	7.9
6. ผู้นำ/ผู้บริหารไม่ให้ความสนใจกับปัญหา	23	6.5
7. นโยบายและมาตรการ	14	3.9
8. การสนับสนุนสื่อไม่เพียงพอ	1	0.2

ความคิดเห็นต่อสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอจากระดับต่าง ๆ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเช่นกัน มีผู้ตอบ 537 คน พบว่า สิ่งที่ต้องการการสนับสนุนสูงสุดคือ งบประมาณ ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือ สื่อและอุปกรณ์ นโยบาย/มาตรการภาคบังคับ และมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่วัยรุ่นและทีมงาน ร้อยละ 29.0, 14.7 และ 12.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อสิ่งที่ต้องการการสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สิ่งที่ต้องการการสนับสนุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. งบประมาณ	193	36.0
2. สื่อและอุปกรณ์	156	29.0
3. นโยบาย/มาตรการภาคบังคับ	79	14.7
4. มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่วัยรุ่นและทีมงาน	66	12.3
5. บุคลากร	43	8.0

ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น พบว่า ประเด็นที่ต้องการได้รับการพัฒนา ได้แก่ การให้คำปรึกษา ร้อยละ 81.1 การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ร้อยละ 78.3 ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพวัยรุ่น ร้อยละ 76.6 ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 74.7 และการเป็นวิทยากรกระบวนการ ร้อยละ 73.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อประเด็นที่ต้องการการพัฒนาศักยภาพ

ประเด็นที่ต้องการการพัฒนาศักยภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การให้คำปรึกษา	430	81.1
2. การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน	415	78.3
3. ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพวัยรุ่น	406	76.6
4. ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	396	74.7
5. การเป็นวิทยากรกระบวนการ	389	73.4

2.4 ประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ความสำคัญ

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในแต่ละอำเภอจะมีการกำหนดประเด็นเร่งด่วนหรือประเด็นที่ให้ความสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาและการดำเนินงานเป็นอันดับต้น ๆ พบว่า ในปัจจุบันประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ความสำคัญสูงสุดคือ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ ขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 56.4 อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 51.1 วัยรุ่น ร้อยละ 41.0 นอกจากนั้น ได้แก่ เรื่องอาหารปลอดภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เด็กปฐมวัย และโรคติดต่อ ร้อยละ 39.0, 36.0, 34.2 และ 29.4 ตามลำดับ สำหรับประเด็นอื่น ๆ มักเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่และเป็นวาระเร่งด่วน เช่น เด็กจมน้ำ วัคซีนหัด เป็นต้น ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้ความสำคัญ

ประเด็นที่ พชอ. ให้ความสำคัญ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส	343	60.9
2. ขยะ สิ่งแวดล้อม	318	56.4
3. อุบัติเหตุทางถนน	288	51.1
4. วัยรุ่น	231	41.0
5. อาหารปลอดภัย	220	39.0
6. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	203	36.0
7. เด็กปฐมวัย	193	34.2
8. โรคติดต่อ	166	29.4
9. อื่น ๆ เช่น เด็กจมน้ำ หัด	71	12.6

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการถอดบทเรียนกลไกและกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใน 2 พื้นที่ต้นแบบ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง พบว่า กลไกและการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ยังคงมีการดำเนินงานภายใต้กลไกของคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ดังรายละเอียดในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 กลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
โครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในอำเภอประกอบด้วยหน่วยงานใดบ้าง มีคณะทำงานย่อยหรือไม่ อย่างไร	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการเฉพาะสำหรับขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการในเดือนธันวาคม 2561 จำนวน 3 ชุด คือ คณะกรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วย พระภิกษุ 3 รูป คณะกรรมการอำนวยการ จำนวน 24 คน ประกอบด้วย ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ประธานชมรม/ผู้นำ หน่วยงานสาธารณสุข และคณะทำงาน จำนวน 28 คน ซึ่งเป็นชุดเดียวกับคณะกรรมการอำนวยการ โดยเพิ่มเติมบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้านและผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น อนามัยแม่และเด็ก จิตเวช เอดส์และวัยรุ่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)	มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มี 1 ชุด จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ อปท. และภาคประชาชน หน่วยงานละ 1 คน ซึ่งมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในอำเภอของท่านให้ความสำคัญ	ปัญหาวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่ได้รับการให้ความสำคัญหรือตระหนักเป็นลำดับต้น ๆ ของการแก้ปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	ปัญหาวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เป็นประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จัดลำดับให้ความสำคัญ ทั้งนี้เพราะในช่วงที่ผ่านมาได้ดำเนินการจนทำให้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง หากแต่ยังคงมีการ

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
		ดำเนินการอย่างต่อเนื่องภายใต้คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
สถานการณ์การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านเป็นอย่างไร	สถานการณ์การคลอดของวัยรุ่นในช่วงปี 2559 - 2561 พบว่า การคลอดของวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.53 ร้อยละ 0.61 และร้อยละ 1.94 ของจำนวนการคลอดทั้งหมด การคลอดของวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ16.58 ร้อยละ 19.51 และร้อยละ 18.06 ของจำนวนการคลอดทั้งหมด	จากการนำเสนอสถานการณ์การขับเคลื่อนในพื้นที่ที่ผ่านมา พบว่า อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี มีแนวโน้มลดลงจาก 52.6 ในปี 2557 เป็น 27.84 ในปี 2558 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (38 ต่อพัน) เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (แบบยาฝังคุมกำเนิด) พบว่า สามารถทำได้สูงกว่าเกณฑ์
กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านที่ผ่านมาเป็นอย่างไร	1. เป็นการขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี ที่ชุมชนมีสถานการณ์ปัญหาและได้มีวิทยาลัยพยาบาลเข้ามาและกระตุ้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการวิจัยชุมชน (สถาบันกาสัก) โดยมีพระครูใบฎีกาทรงพล ชยนนฺโท (บทบาทวัด) เข้ามาเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนในชุมชนใช้ยุทธศาสตร์ไข่แดง เด็กเป็นไข่แดง ครอบครัวเป็นไข่ขาว หน่วยงานเป็นเปลือกไข่และผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะ “คนรู้ คนทำ คนหนุน” จากนั้นเป็นหนองม่วงโมเดล 2. ปี 2559 บันทึกข้อตกลง (MOU) การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก บูรณาการร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาว และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ลพบุรีโมเดล) ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) อปท. และภาคเอกชน	1. ปี 2555 มีการอบรมครูในโรงเรียนต่าง ๆ ด้วยหลักสูตรของมูลนิธิแพธทูเฮลท์ (P2H) 2. ปี 2556 - 2558 มีการดำเนินการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และมีการพัฒนาแบบฟอร์มและระบบการจัดเก็บข้อมูลร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด 3. ปี 2559 ได้มีการดำเนินการต่อเนื่องด้วยการศึกษาข้อมูล (วิจัย) และมีการพัฒนา Green Card ที่เป็นบัตรให้ข้อมูลการเข้าถึงบริการ (เบอร์โทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบงานในทุกโรงพยาบาล) ที่ผู้รับบริการสามารถเลือกได้ตามความสะดวก 4. มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างนายอำเภอไชโย กับคณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์และหน่วยงานต่าง ๆ ในอำเภอไชโย และประชาสัมพันธ์

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
	3. ปี 2559 จังหวัดมีการจัดเวทีเสวนาสานพลังเครือข่ายทุกภาคส่วน สร้างเด็กลพบุรี สร้างชาติ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน โดยมีมติให้จัดตั้งองค์กรสร้างเด็กและเยาวชน และมีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านเด็กและเยาวชน โดยมีการกำหนดผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ (เด็กลพบุรีเติบโตสมส่วน พัฒนาการสมวัย มีทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม) โดยมี 4 กลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องคือ(1) พัฒนาศักยภาพครอบครัวให้เข้มแข็ง (2) สร้างเสริมภูมิคุ้มกันชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (3) พัฒนาระบบบริการให้ได้คุณภาพ และ (4) สร้างเสริมความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย 4. มีการบูรณาการประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเวทีระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ได้แก่ คณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยคณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาครอบครัว คณะอนุกรรมการกองทุนคุ้มครองเด็กและเยาวชน และเวทีสมัชชาจังหวัด (ประเด็นท้องไม่พร้อม) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดลพบุรี มีการมอบหมายเจ้าภาพยุทธศาสตร์ ดังนี้ 4.1 กระทรวงศึกษาธิการ พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพและมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม	สร้างกระแส และเพื่อเร่งแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานภายในหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร ปรับคณะกรรมการ/คณะทำงานภายในหน่วยงาน และเครือข่ายใหม่และมีแผนผังโครงสร้างการทำงาน 6. ปี 2560 มีการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของการตั้งครรภ์ ซึ่งพบปัญหาที่สำคัญ คือ (1) วัยรุ่นขาดความรู้ ทักษะและทัศนคติ (2) ครอบครัวขาดการสื่อสาร (3) ระบบบริการยังไม่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (4) ขาดการเชื่อมโยงการดำเนินงานในรูปภาคี (ตำบล) และ (5) ขาดความครบถ้วน ถูกต้องและทันเวลาของข้อมูล ซึ่งได้มีการปรับปรุง Green Card 7. มีการให้บริการและจัดกิจกรรมเชิงรุกในโรงเรียน โดยมีการอบรมนักเรียนอย่างต่อเนื่องทุกปีช่วงเปิดภาคเรียน (บรรจุอยู่ในแผนการศึกษาของโรงเรียน) และจัดอบรมครอบครัว (การสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและนักเรียน) ทุกปี โดยเป็นแผนงานของงานสาธารณสุขและได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
	4.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (1) ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบกิจการในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น (2) พัฒนาระบบบริการช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และการจัดสวัสดิการสังคมกลุ่มวัยรุ่น 4.3 กระทรวงสาธารณสุข (1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร (2) ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้ 5. ปี 2560 บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ) 4 กระทรวง ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล โดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และขับเคลื่อนพัฒนายกระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) นำร่องด้วยกระบวนการเรียนการสอนแบบไฮสโคป (High Scope)	
ความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนกิจกรรม และบทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและ	1. มีการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง 2. มีการขับเคลื่อนโครงการนำร่องการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นวัยเรียนแบบครบวงจร อำเภอหนองม่วง ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (โครงการวัยรุ่น วัยใส)	1. แม้ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นไม่ใช่ปัญหาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่พบว่าหน่วยงานต่าง ๆ มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในลักษณะบูรณาการกับงานปกติของพื้นที่ อาทิ (1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการอบรมครอบครัวเรื่องการสื่อสาร

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านมีหน่วยงานใดบ้าง แต่ละหน่วยงานมีบทบาทอย่างไร	3. ดำเนินการคลินิกวัยใสในสถานบริการสาธารณสุขและยังคงดำเนินการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง (มีการทำงานกับภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม) 4. โรงพยาบาลและ รพ.สต. มีการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมร่วมกับโรงเรียนและชุมชน และทำกิจกรรมร่วมกับ TO BE NUMBER ONE 5. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายอื่น ๆ เช่น สโมสรพลเมืองลิง OSCC 6. แนวทางการดำเนินงานปี 2562 6.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น บูรณาการร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่าย และขับเคลื่อนให้เป็นประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดังนี้ (1) อำเภอที่มีประเด็น แม่และเด็ก : อำเภอโคกสำโรง (2) อำเภอที่มีประเด็น เด็กและเยาวชน : อำเภอชัยบาดาล อำเภอสระโบสถ์ อำเภอโคกเจริญ และอำเภอลำสนธิ (3) อำเภอที่มีประเด็น ท้องก่อนวัยอันควร : อำเภอท่าหลวง อำเภอหนองม่วง 6.2 เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน เชิงรุกในชุมชน/สนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุข มีแผนงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน	กับวัยรุ่น (2) มีการอบรมให้ความรู้แก่นักเรียนทั้งในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและวิทยาลัย ซึ่งมีการใช้งบประมาณปกติและงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำงานเชิงรุกเพื่อให้ผู้ปกครองและเด็กยอมรับด้วยการอบรมผู้ปกครอง ครูอนามัยและนักเรียนและในส่วนของโรงเรียนมีการนำไปสอนในวิชาสุขศึกษา ทำให้ได้รับการยอมรับ ให้ อสม. เป็นแกนนำช่วยมีการเยี่ยมบ้านและใช้เพื่อนช่วยเพื่อน และใช้สื่อโซเชียลช่วยในการสื่อสาร 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) เพื่อใช้ในการอบรมนักเรียนและนักศึกษา (โรงเรียนกีฬา) อย่างต่อเนื่อง มีการอบรมของสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (บวชสามเณร) และให้แรงจูงใจแก่ อสม. ในการค้นหา 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง 5. กำหนดวิสัยทัศน์ขับเคลื่อนในระดับอำเภอ (อำเภอไชโย)

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
	และการให้บริการเชิงรุก 6.3 ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม Line สายด่วน 1663 6.4 ประสานให้พื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มแม่วัยรุ่นและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขให้ตรงจุด 6.5 ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จัดอบรมผู้ปกครองวัยรุ่นเรื่องเพศคุยได้ในครอบครัว และแกนนำวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา 6.6 วางแผนลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 7. มีคณะทำงานอนามัยแม่และเด็ก เครือข่ายบริการสุขภาพของอำเภอหนองม่วงอย่างต่อเนื่อง โดยมีโรงพยาบาลหนองม่วงเป็นเจ้าภาพหลัก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง (7 แห่ง) ร่วมกันทำงานเป็นเครือข่าย โดยใช้รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดในงานฝากครรภ์คุณภาพของเครือข่ายแม่และเด็ก 6 ขั้นตอน คือ (1) พัฒนาศักยภาพของทีมงาน (2) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง/ค้นหาปัญหา (3) การให้ความรู้ (4) การสังเกตอาการเตือนการคลอดก่อนกำหนด (5) การบอกวันที่ เดือน อายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ และ (6) การทบทวนการเดินทางเมื่อมีปัญหา เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์	และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องดังนี้ 5.1 แนวทางการให้บริการ คือ “บริการด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนแบบองค์รวมอย่างเป็นมิตรและมีคุณภาพมาตรฐาน” 5.2 พันธกิจ คือ บริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ให้ได้รับบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานจากผู้ให้บริการที่เป็นมิตรและสร้างการมีส่วนร่วมของเยาวชนและภาคีเครือข่ายในการวางแผนและดำเนินการบริการสุขภาพอนามัยและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น 5.3 นโยบาย (1) จัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั้งเชิงรุกและเชิงรับ (2) สนับสนุนให้มีการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตอย่างรอบด้าน ที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่ความรับผิดชอบทางเพศและความสัมพันธ์ที่เสมอภาคระหว่างคนกับสภาวะทางเพศด้านต่าง ๆ โดยกำหนดให้เป็นการศึกษาตลอดชีวิตทั้งในระบบและนอกระบบ (3) จัดบริการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ ความเข้าใจที่รอบด้านทุกมิติ เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมก่อนการตัดสินใจ

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองม่วงมีเป้าหมาย คือ ทำอย่างไรหญิงตั้งครรภ์ไม่คลอดก่อนกำหนดเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาโรงพยาบาลโดยเร็ว กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองม่วงที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาถึง โรงพยาบาลหนองม่วง และโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยปากมดลูกเปิดไม่เกิน 2 เซนติเมตร 8. มีการนิเทศเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง 9. มีระบบการสื่อสารและการจัดการข้อมูลเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบ โดยมีเบอร์โทรศัทพ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สอบถามอาการสงสัย เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ (สอบถามอาการสงสัย) ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. เบอร์กู้ภัย เบอร์มูลนิธิ และเบอร์ฉุกเฉิน 1669	ยุติการตั้งครรภ์ที่เป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา และการปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (4) ส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยง ภัยคุกคามจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (5) มีการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมกับวัย และจัดให้มีบริการในลักษณะที่เป็นมิตร (6) ประสานบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 6. กลยุทธ์ที่ใช้คือ (1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านการบริหารจัดการของผู้บริหารในรูปแบบภาคีเครือข่าย (2) พัฒนาระบบบริการ (3) สร้างเสริมองค์ความรู้ให้แก่วัยรุ่นและครอบครัว และ (4) พัฒนาระบบสารสนเทศ 7. มีระบบบริการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ คือ มีการสื่อสารข้อมูลของผู้รับบริการให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของวัยรุ่นและเยาวชน มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง มีการรับและการส่งต่อหน่วยงานภายในและเครือข่าย

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
ผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านเป็นอย่างไร	1. ผลการดำเนินงานในระยะที่ผ่านมา (ปี 2561) ของจังหวัดลพบุรี 1.1 อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 9 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 81.82 1.2 โรงพยาบาลในสังกัดฯ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินมาตรฐานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.91 1.3 โรงพยาบาลในสังกัดฯ ที่สามารถให้บริการยาฝังคุมกำเนิดโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม จำนวน 11 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100 1.4 แม่วัยรุ่นได้รับการวางแผนคุมกำเนิดด้วยวิธียาฝังคุมกำเนิด จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.8 2. ผลลัพธ์ของอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี 2.1 โรงพยาบาลมีกระบวนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม มีช่องทางการสื่อสารได้ในทุกระดับตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบล และอำเภอและใช้สื่อออนไลน์ช่วยในการสื่อสาร 2.2 มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ 2.3 มีระบบการช่วยเหลือและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ 2.4 พชอ. และภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง	1. ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์น้อยลงมาก ที่มีอุบัติการณ์เป็นวัยรุ่นมาจากนอกพื้นที่ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีความพร้อมอยากมีลูก เพราะออกจากระบบการศึกษาแล้ว มีงานทำแล้ว 2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (โดยเฉพาะนักเรียน) เข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์มากขึ้น และยอมรับการฝังยาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น 2.1 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เกณฑ์ไม่เกิน 40 ต่อประชากร 15 - 19 ปี พันคน ปี 2558 – 2561 ในช่วงปี 2561 เกิดขึ้น 27.8 ต่อพัน 2.2 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกิน ร้อยละ 10 พบว่าเกิดขึ้น ร้อยละ 9.41 ในปี 2561 2.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น เป็น 46.59 ต่อพัน ในปี 2561 2.4 ความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็น ร้อยละ 100 (ปี พ.ศ. 2560) 2.5 อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง จากร้อยละ 5.21 ในปี 2555 เหลือร้อยละ 1.59 ในปี 2560 และ ในปี 2561 - 2562 ลดลงเป็นศูนย์ 3. มีการบูรณาการกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไว้ในระบบการปฏิบัติงานปกติของหน่วยงาน เช่น รพช. รพ.สต. โรงเรียน

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
	2.5 ผลการดำเนินงานเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ดังตัวอย่างข้อมูลของ รพ.สต. ชอนสารเดช ที่มีอัตราคลอดก่อนกำหนดจาก 3.85 ในปี 2559 ลดลงเป็น 0 ในปี 2561 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พ.ค. 2561)	4. อปท. ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่องในการจัดกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5. เด็ก/วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกัน มีความเข้าใจ และมีทักษะมากขึ้น กล้าเข้าหาเจ้าหน้าที่/อสม. เพื่อขอคำปรึกษา 6. มีมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Teen Care Club Chaiyo) 7. มีนักเรียนตั้งครรภ์ต่อเพิ่มขึ้น (ไม่ทำแท้งหรือยุติการตั้งครรภ์) และเรียนต่อมากขึ้น
สิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง	1. มีผู้นำศาสนาที่เป็นที่เคารพนับถือและเกาะติดเรื่องนี้อย่างจริงจัง และใช้ยุทธศาสตร์ระเบิดจากภายใน คือ ทำให้ปัญหาเป็นของทุกคน “เป็นเรื่องของเรา ไม่ใช่เรื่องของเขา” ต้องกำหนดบทบาทเด็ก พ่อแม่ต้องให้เวลาลูกและครูต้องช่วยกัน ดังนั้น คนในหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต้องช่วยกันสอดส่อง ถ้าเห็นเด็กอยู่ที่ศาลาเวลากลางคืน ก็ต้องให้กลับบ้าน เป็นการทำงานในพื้นที่ของตัวเองก่อน 2. ผู้นำ (นายอำเภอ) ให้ความสำคัญและเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนอย่างจริงจัง เช่นเดียวกับผู้บริหารของหน่วยงานหลัก ๆ ให้ความสำคัญและดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง 3. มีแกนนำหลัก คือ โรงพยาบาล (มีเจ้าหน้าที่เกาะติด) และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	1. อำเภอไชโยเป็นพื้นที่เล็กทำให้จัดการง่าย เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องรู้จักกันมีสัมพันธภาพที่ดี จึงมีการสื่อสารกันได้ทั่วถึง2. มีแกนนำหลักคือโรงพยาบาล (มีเจ้าหน้าที่เกาะติด) และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและนายอำเภอให้ความสำคัญ 3. มีการทำงานประสานและสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดีจากระดับจังหวัด อำเภอและตำบล 4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงเรียนให้ความสำคัญและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรงเรียนที่มีครูที่ทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง 5. ความสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันสามารถยกหูหากันได้แม้ในเวลา นอกเวลางาน 6. มีการวางระบบส่งต่อข้อมูลโดยเฉพาะ Green Card

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
	4. มีองค์ประกอบที่ลงตัวของภาคีเครือข่าย เช่น ความตั้งใจและความต่อเนื่องในการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5. ความสัมพันธ์/สัมพันธภาพมีความสำคัญมาก ทั้งที่เป็นความสัมพันธ์แบบทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้สามารถขอความร่วมมือและความช่วยเหลือระหว่างภาคีเครือข่ายได้เป็นอย่างดี 6. มีการทำงานประสานและสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดีจากระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล 7. เครือข่าย อสม. อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (ท้องถิ่น/ท้องที่) มูลนิธิกู้ภัยหนองม่วง ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ Caregiver จิตอาสา ฯลฯ มีความเข้มแข็งและทำงานร่วมกันดี 8. อปท. ให้การสนับสนุนงบประมาณของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และมีทีมวิทยากรการอบรมเรื่องเพศวิถีศึกษาซึ่งเคยได้รับการอบรมจากมูลนิธิแพธทูเฮลท์ (P2H)	ช่วยให้เด็กกล้าที่จะโทรศัพท์ขอคำปรึกษา 7. การสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อปท.) ซึ่งจะได้รับการสนับสนุนทุกครั้ง และมีการประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกันก่อนอนุมัติทุกครั้ง ทำให้ท้องถิ่นเข้าใจและให้ความสำคัญกับปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 8. มีบุคลากรและมีวิทยากรจากโรงพยาบาลในการอบรมเรื่องเพศที่มีศักยภาพ 9. มีข้อมูล โดยฝ่ายสาธารณสุขต้องชงและเชื่อมโยงให้ทุกภาคส่วนเห็นปัญหาและช่วยกันวางแผนแก้ไขการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้ปัญหาลดลง 10. ทักษะของบุคลากร ที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์	สำหรับประเด็นปัญหาอุปสรรค ทั้งอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี และอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง มีข้อคิดเห็นที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ 1. ปัญหาการเลี้ยงดูของครอบครัว ผู้ปกครองไม่เข้าใจและเมื่อมีปัญหาไม่สามารถพูดคุยกับลูกได้ 2. ปัญหาวัยรุ่นในพื้นที่ที่สำคัญ คือ ปัญหายาเสพติด และวัยรุ่นเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3. การเปลี่ยนผู้นำ/ผู้บริหาร ส่งผลต่อนโยบาย	

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านมีอะไรบ้าง	4. การให้ความสำคัญของผู้บริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานศึกษา 5. ทักษะและสัมพันธภาพของ อสม. ในการให้คำแนะนำกับผู้ปกครอง 6. เด็กวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง ค่านิยมของวัยรุ่นที่เปลี่ยนไป วัยรุ่นไม่ให้ความร่วมมือ จึงเน้นที่ผู้ปกครองแทน และกลับไปเน้นที่ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ (เน้นท้องแล้วแต่ไม่ท้องซ้ำ)และให้มีการฝังยาคุมกำเนิดในทุกราย (ส่วนใหญ่จะทำที่โรงพยาบาลเนื่องจากคลอดในโรงพยาบาล) 7. นักเรียนมีการปกปิดข้อมูล วัยรุ่นไม่กล้าบอกข้อมูล เพราะไม่ไว้วางใจผู้ใหญ่ (ครู เจ้าหน้าที่และพ่อแม่ ผู้ปกครอง) 8. สถานที่และการจัดบริการคลินิกวัยรุ่น 9. ความไม่เพียงพอของบุคลากรที่มีศักยภาพและทักษะในการทำงานกับวัยรุ่น 10. ขาดสิ่งสนับสนุนและงบประมาณดำเนินงานที่เพียงพอต่อการทำงานอย่างต่อเนื่อง 11. สภาเด็กและเยาวชนที่ดำเนินการให้มีการจัดตั้งโดยเทศบาล ยังไม่มีบทบาทในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างจริงจัง 12. การดำเนินงานยังมุ่งเน้นในระบบโรงเรียน ยังไม่ได้ดำเนินการในการศึกษานอกโรงเรียนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มที่เป็นปัญหาเพราะเมื่อเด็กมีปัญหาในระบบโรงเรียนมักจะไปเรียนต่อในระบบการศึกษานอกโรงเรียน 13. การหาข้อมูลและระบบข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ ยังเป็นจุดอ่อนของแต่ละพื้นที่ 14. การแก้ปัญหาปัจจุบันเหมือนการปูพรมให้ความรู้ไม่เฉพาะเจาะจง และขาดการติดตามและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 15. ประชาชนให้ความสำคัญกับข้อมูลความยากจนของพื้นที่ ซึ่งต้องมีการเชื่อมโยงปัญหากับความยากจนเพื่อชุมชนจะได้เห็นปัญหาและร่วมมือในการแก้ไขปัญหา	
แนวทางในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป	1. บูรณาการแก้ไขปัญหาท้องไม่พร้อมแบบไร้รอยต่ออย่างจริงจังและต่อเนื่อง 2. Big data จัดทำฐานข้อมูลระดับจังหวัด และคืนข้อมูลให้ชุมชน 3. แผนการทำงานเชิงรุกในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไข	1. เสริมสร้างภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่น 1.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานผ่านการบริหารจัดการของผู้บริหารในภาคีเครือข่าย

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ประเด็น	พชอ. หนองม่วง จ.ลพบุรี	พชอ. ไชโย จ.อ่างทอง
	ปัญหาของทุกภาคส่วน	1.2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ รวมถึงการให้บริการคุมกำเนิดแก่แม่วัยรุ่น 2. สร้างเสริมองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ทักษะชีวิต และทักษะการสื่อสารให้แก่วัยรุ่น สามี ผู้ปกครองของวัยรุ่น 3. การพัฒนาระบบสารสนเทศอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น (การเก็บข้อมูลวิจัยและการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง)

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากพื้นที่อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี และอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง ทำให้เห็นรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบที่กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หยิบยกเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ 2) รูปแบบการดำเนินการภายใต้กลไกคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของพื้นที่ที่เลือกถอดบทเรียนเห็นได้ชัดเจนถึงความต่อเนื่องและประสิทธิผลของการดำเนินงานที่เกิดจาก

1. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีเจ้าหน้าที่ที่เกาะติดมาอย่างต่อเนื่อง

2. การเห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่และการหนุนเสริมจากภายนอก ทำให้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จึงเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานต่อเนื่องได้ แม้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะไม่ได้รับเป็นวาระเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา

3. การมีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบบริการปกติและมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมผู้ปกครองซึ่งอยู่ในแผนปกติและได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานต่าง ๆ

4. สัมพันธภาพของภาคีเครือข่ายที่เป็นแบบไม่เป็นทางการและมีส่วนร่วมในการทำงานทุกเรื่อง

5. การจัดทำข้อมูล ซึ่งเป็นพื้นฐานการทำงานที่ทำให้เกิดความตระหนักและเป็นเครื่องมือในการติดตามกำกับให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นเรื่องสำคัญที่พื้นที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงสภาพครอบครัว/การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อให้เกิดปัญหา ซึ่งการขับเคลื่อนของภาครัฐผ่านการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ การตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ฯลฯ เป็นแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ดี การมีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในระดับอำเภอแม้จะเป็นที่คาดหวังให้เป็นกลไกในการช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง พบว่า คงไม่สามารถคาดหวังได้อย่างเต็มที่ เพราะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะมีปัญหาเฉพาะของพื้นที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการประเมินและการถอดบทเรียนชี้ชัดให้เห็นว่า คณะกรรมการอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เริ่มขับเคลื่อนงานเรื่องนี้มาอย่างจริงจัง ถือเป็นกลไกที่สำคัญที่ควรให้คงบทบาทและทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนการขับเคลื่อนเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้นั้นถือเป็นกระบวนการหนุนเสริมให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากการถอดบทเรียนรายอำเภอแล้ว จากนั้นมีการนำมาสรุปเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการต่อไป ซึ่งมีการเชิญทั้งสองอำเภอ และบุคลากรในระดับเขต/ศูนย์อนามัยเพื่อระดมความคิดเห็นถึงแนวทางการขับเคลื่อนต่อไปโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งได้ข้อสรุปดังนี้

1. เรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรยังไม่ถูกเป็นประเด็นที่ให้ความสำคัญ หรือไม่เป็นปัญหาในอำเภอ เพราะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นปัญหาในอำเภอนั้นจริง ๆ ดังนั้นหากสถานการณ์และข้อมูลได้ถูกหยิบยก ก็จะไม่ได้รับการแก้ไข จึงต้องจัดทำข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จะมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ชงเรื่องให้ภาคีเครือข่ายที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เห็นความสำคัญในฐานะที่เป็นเลขาฯ

2. การขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คงเป็นไปได้ช้า เพราะแต่ละภาคี/กรรมการมองไม่เห็นหน้าที่และบทบาทของตนเองต่อเรื่องนี้ ส่วนใหญ่ทำงานด้าน NCD อุบัติเหตุ สิ่งแวดล้อม (ขยะ) และผู้สูงอายุในระดับอำเภอ

3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นตัวกำหนดนโยบายให้หน่วยที่เกี่ยวข้อง การรับรู้ข้อกฎหมาย และเป็นกลไกจัดการซึ่งมีความเข้มแข็ง การและทำการขับเคลื่อนได้ดี แต่ต้องให้เป็นประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ความสำคัญ

4. การศึกษา Best practice จะช่วยให้เห็นแนวทางการดำเนินงานดี ๆ นำไปพูดคุยกับพื้นที่ การขายไอเดีย

5. ระดับตำบลและท้องถิ่น ยังมีปัญหาเรื่องงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ซึ่งต้องมีการทำงานกับท้องถิ่นและผลักดันให้ท้องถิ่นเห็นปัญหาและให้ความสำคัญ จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมเยาวชน ครอบครัว

6. แต่ละจังหวัดอาจมีแนวทางหรือจุดเน้นแตกต่างกัน หากแต่การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ยังคงทำภารกิจ 9 ด้าน กรณีตัวอย่างโคราชมีการจับคู่ 88 โรงเรียน 88 โรงพยาบาลส่งต่อกันและกัน/มีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สนับสนุนงบประมาณและรถรับส่ง

7. การป้องกันปัญหาเรื่องนี้ควรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่ประชาชน ซึ่งสอดคล้องแนวนโยบายของชาติ

8. การจัดทำข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ และควรมีการสำรวจความต้องการของประชาชน เพื่อให้การแก้ปัญหาตอบสนองความต้องการของประชาชน

9. มีระบบบริการและช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการเข้าถึงถุงยางอนามัย เพราะการห้ามไม่ให้เด็กมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยากมาก ดังนั้นการป้องกันการตั้งครรภ์ในเบื้องต้นจึงต้องให้เข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่าย

10. มีการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ green card ของ อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการจากการวางเผยแพร่ในสถานบริการสาธารณสุข (รพช. และ รพ.สต.) ก็ไปวางตามร้านขายยา ที่เด็กมักไปใช้หาซื้อตัวตรวจการตั้งครรภ์ จะทำให้เด็กเข้าถึงช่องทางการรับบริการให้คำปรึกษาได้ง่าย

11. สร้างความตระหนักให้กับคนในชุมชน/สังคม และให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาร่วมกัน

12. มีการทำงานเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนและโรงเรียน ไม่ทำเฉพาะแต่ในหน่วยบริการ และควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์และงบประมาณที่เพียงพอเพื่อแก้ปัญหา เช่น โครงการฝังยาคุม และการมีวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถในการอบรมอย่างต่อเนื่อง

13. การทำงานกับโรงเรียนมีความสำคัญยิ่ง เพื่อให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจ ซึ่งควรมีการอบรมครูให้คำปรึกษา เรื่องเพศศึกษา ซึ่งหลักสูตรเดิมขององค์การแพท เรื่องเพศศึกษารอบด้านเป็นหลักสูตรที่ดีที่ควรมีการอบรมอย่างต่อเนื่องให้แก่ครู แกนนำนักเรียน เพื่อจะได้นำมาใช้สอดแทรกในหลักสูตร และจัดกิจกรรมป้องกัน/ให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็ก และสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือสาธารณสุขอำเภอหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและมีประสบการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น จำนวน 563 คน และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างเป็นพื้นที่ต้นแบบ 2 แห่ง คือ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี และ 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม เรื่อง การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เรื่อง การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้ผลการศึกษาโดยสรุป ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.6 อายุกระจายในทุกกลุ่ม โดยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูง ร้อยละ 90.5 จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี สถานภาพการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.43 และมีประสบการณ์การทำงานกับวัยรุ่น/เยาวชน เฉลี่ยคือ 6.9 ปี โดยระยะเวลาที่ทำมากที่สุดคือ 1 - 4 ปี ร้อยละ 38.9

2. การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า มีการขับเคลื่อนอยู่อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 96.2 โดยมีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน ร้อยละ 92.6 มีกลไกหลัก ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร้อยละ 47.3 และกลไกคณะกรรมการอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 43.7 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ซึ่งกิจกรรมที่ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ คลินิกวัยรุ่น การรณรงค์/จัดกิจกรรมวันสำคัญ การอบรมวัยรุ่น การประชาสัมพันธ์ ตามสื่อ วิทยุชุมชนสื่อออนไลน์ การอบรมแกนนำวัยรุ่น การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น และการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ ให้การปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.5, 46.5, 41.8, 40.9, 37.1 และ 34.6 ตามลำดับ ในทางกลับกัน พบว่า พื้นที่จำนวนมากที่ยังไม่ได้ดำเนินการ/ปฏิบัติการเชิงรุกในเรื่องการจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ ให้การปรึกษา และการตั้งคลินิกวัยรุ่น ในกระบวนการดำเนินงาน พบว่า ประเด็นที่ให้ความสำคัญสูงสุดคือ การถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารชัดเจนและมีการถ่ายทอดกับผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจ ร้อยละ 70.6

สำหรับผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนและการดำเนินงาน พบว่า เกิดผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพในการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการแก้ไขปัญหาให้แก่วัยรุ่น ผู้ปกครองและทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงเรียน ชุมชน และภาคีเครือข่าย ร้อยละ 51.9 ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความสำคัญของผู้นำ/ผู้บริหาร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 30.6 และ 30.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่เกิดจากตัววัยรุ่นเอง ขาดการสนับสนุนงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 33.8 และ 27.1 ตามลำดับ โดยสิ่งต้องการได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ งบประมาณสำหรับดำเนินงาน ร้อยละ 36.0 ซึ่งข้อมูลมีความสอดคล้องกันทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ นอกจากนี้ด้านความสามารถและทักษะของบุคลากรยังต้องการการพัฒนา อาทิ การให้คำปรึกษา การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่น ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการเป็นวิทยากรกระบวนการ คิดเป็นร้อยละ 81.1, 78.3, 76.6, 74.7 และ 73.4 ตามลำดับ

สำหรับความคาดหวังในบทบาทของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น จะพบว่าปัญหาวัยรุ่นยังในภาพรวมไม่ใช่เป็นปัญหาในลำดับต้น ๆ แต่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ซึ่งพบว่ามีประมาณร้อยละ 41.0 ที่เป็นปัญหาในระดับต้น ๆ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าในภาพรวมการทำงานสามารถเชื่อมโยงและบูรณาการได้กับประเด็นอื่น ๆ เช่น ยาเสพติด

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อหนุนเสริมข้อมูลเชิงปริมาณในประเด็นหลัก คือ บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งจาก 2 พื้นที่เห็นรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หยิบยกเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับรูปแบบที่ประเด็นดังกล่าวไม่ได้อยู่ในปัญหาลำดับต้น ๆ แต่ยังคงมีการดำเนินการอยู่ภายใต้กลไกเดิม คือ กลไกคณะกรรมการอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของพื้นที่ที่เลือกถอดบทเรียน เห็นได้ชัดเจนถึงความต่อเนื่องและประสิทธิผลของการดำเนินงานที่เกิดจาก 1) การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีเจ้าหน้าที่ที่เกาะติดมาอย่างต่อเนื่อง 2) การเห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่และการหนุนเสริมจากภายนอก ทำให้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น คณะกรรมการอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ จึงเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเป็นอย่างต่อเนื่องได้ แม้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะไม่ได้รับเป็นวาระเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา 3) การมีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการทำงานปกติ และมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมผู้ปกครอง ซึ่งอยู่ในแผนปกติและได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ 4) สัมพันธภาพของภาคีเครือข่ายที่เป็นแบบไม่เป็นทางการและมีส่วนร่วมในการทำงานในทุกเรื่อง 5) การจัดทำข้อมูลซึ่งเป็นพื้นฐานการทำงานที่ทำให้เกิดความตระหนักและเป็นเครื่องมือในการติดตามกำกับให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นเรื่องสำคัญที่พื้นที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง สภาพครอบครัว/การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อให้เกิดปัญหา ซึ่งการขับเคลื่อนของภาครัฐผ่านการดำเนินการอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ การตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เป็นแนวทางของควบคุมปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ดี การมีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แม้จะเป็นที่คาดหวังให้เป็นกลไกในการช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง พบว่า คงไม่สามารถคาดหวังได้อย่างเต็มที่ เพราะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะมีปัญหาเฉพาะของพื้นที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการประเมินและการถอดบทเรียนชี้ชัดให้เห็นว่า คณะกรรมการอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ที่เริ่มขับเคลื่อนงานเรื่องนี้มาอย่างจริง ถือเป็นกลไกที่สำคัญที่ควรให้คงบทบาทและทำงานอย่างต่อเนื่อง ส่วนการขับเคลื่อนเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้นั้น ถือเป็นกระบวนการหนุนเสริมให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีประเด็นการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 5 ประการที่ควรนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีเจ้าหน้าที่ที่เกาะติดมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเรือน ดีพูน และประเสริฐ ประสมรักษ์[16] พบว่า ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นปัญหาและตัวชี้วัดที่ชัดเจน การสร้างการมีส่วนร่วม การมีคณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามต่อเนื่อง

2. การเห็นความสำคัญของปัญหาในพื้นที่และการหนุนเสริมจากภายนอก ทำให้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น คณะกรรมการอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ จึงเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเป็นอย่างต่อเนื่องได้ แม้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะไม่ได้รับเป็นวาระเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา

3. การมีระบบการดำเนินงานที่ลงตัวในระบบการทำงานปกติ และมีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมผู้ปกครอง ซึ่งอยู่ในแผนปกติและได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มานพ ฉลาดธัญญกิจ[17] พบว่า จุดแข็งของการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ รูปแบบการบริหารจัดการหน่วยงานของผู้บริหารเป็นไปในทิศทางที่ดี เอื้อต่อบรรยากาศในการทำงานของเจ้าหน้าที่

4. สัมพันธภาพของภาคีเครือข่ายที่เป็นแบบไม่เป็นทางการและมีส่วนร่วมในการทำงานในทุกเรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มานพ ฉลาดธัญญกิจ[17] พบว่า จุดแข็งของการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็งมีสัมพันธภาพที่ดี

โดยการช่วยเหลือสนับสนุนงานซึ่งกันและกันมีการเสริมพลังในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายโดยการยกย่อง เชิดชูเกียรติในที่ประชุมและในที่สาธารณะ

5. การจัดทำข้อมูล ซึ่งเป็นพื้นฐานการทำงานที่ทำให้เกิดความตระหนักและเป็นเครื่องมือในการติดตามกำกับให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัย วรรธนวินิจ[18] พบว่า การออกแบบระบบ ทั้งการจัดเก็บข้อมูลและการดึงข้อมูลที่มีอยู่จากระบบปกติของหน่วยงานต่าง ๆ มาวิเคราะห์จะแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น และมีการคืนข้อมูลกลับสู่ประชาชนเพื่อสร้างความเข้าใจกับประชาชนจนนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มานพ ฉลาดธัญญกิจ[17] พบว่า จุดแข็งของการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพลดขั้นตอนการทำงานส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานส่วนกลาง มีการสนับสนุนวิชาการ การหนุนเสริมและการกำกับติดตามการวิจัยประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดการความรู้เพื่อหาแนวทางการพัฒนาให้แก่พื้นที่

1.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยถ่ายทอดนโยบายและประสานงานเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดทำข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เห็นความสำคัญ รวมถึงการแสวงหางบประมาณเพื่อหนุนเสริมการทำงาน

1.3 โรงพยาบาล มีการจัดระบบบริการที่เป็นมิตรทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่าย การจัดทำข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนงาน รวมถึงการจัดอบรมวิทยากรแกนนำเพื่อให้มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการช่วยป้องกันการเกิดปัญหาในพื้นที่

1.4 สถานศึกษา มีการบูรณาการลงในหลักสูตรและการจัดกิจกรรมของโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยเหลือเด็ก การให้ความสำคัญของผู้บริหาร

1.5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก เข้าถึงวัยรุ่น ครอบครัว ชุมชน

1.6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาสภาเด็กและเยาวชนให้เข้มแข็งและการจัดพื้นที่สร้างสรรค์ให้วัยรุ่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เกิดกับประชาชนในมุมมองของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เพื่อสะท้อนการผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ศักยภาพของคณะกรรมการ พชอ. ต้นทุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของประชาชน

บรรณานุกรม

1. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) 204 ตัวชี้วัด [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/3eTi0b9
3. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/2QJRpTa
4. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท โอ – วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2563.
5. กองทุนประชากรแห่งสหประชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/38jvnOU
6. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ฉบับบูรณาการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
7. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. แผนภูมิแสดงผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://rh.anamai.moph.go.th/ download/all_file/drh/RHD_Chart.pdf
8. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135, ตอนพิเศษ 54ง (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561).
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ) (District Health Board: DHB) โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ตามแนวทาง “ประชารัฐ” [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/3VtkSQB
10. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด (มหาชน); 2556.
11. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ; 2551.

12. กรมอนามัย. คู่มือ...วัยรุ่นและเยาวชน การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
13. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 133 ตอนที่ 30 ก (ลงวันที่ 31 มีนาคม 2559).
14. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/3jw15hO
15. Stufflebeam DL., Coryn Chris LS. Evaluation Theory, Models, and Applications. 2nd Edition. USA: JOSSEY-BASS A Wiley Brand; 2014.
16. ศรีเรือน ดีพูน, ประเสริฐ ประสมรักษ์. ประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;7(2):263-81.
17. มานพ ฉลาดธัญญกิจ. การดำเนินงานคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดสกลนคร [อินเทอร์เน็ต] 2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/2VDIBRU
18. ฤทัย วรรธนวินิจ. แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://bit.ly/3fQDIwV
19. นุชรีย์ แสงสว่าง, บุศรา แสงสว่าง. ความแตกต่างของความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิดระหว่างวัยรุ่นตั้งครรภ์และวัยรุ่นไม่ตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2559; 34(1):7-16.
20. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, รัตนาภรณ์ อาษา, พิชสุดา เดชบุญ และภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ. ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560; 12(3):79-90.
21. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหาเยาวชนหญิงที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรกับมิติสิทธิมนุษยชน. กรุงเทพ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ; 2559.
22. สุธีราวัลย์ ศรีวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ของมารดาที่มีบุตรสาววัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2553.

23. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, วนิดา ศรีพรหมษา, ดวงพร ถิ่นถา, สถิดาภรณ์ สุระถิตย์ และเพ็ญศิริ ศรีจันทร์. การจัดบริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ตามการรับรู้ของวัยรุ่นในชนบท จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2559; 17(2):43-56.
24. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ดวงพร ถิ่นถา, สถิดาภรณ์สุระถิตย์, เพ็ญศิริ ศรีจันทร์ และดาราวรรณ รองเมือง. ระบบบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำาหรับวัยรุ่น ตามการประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดอุดรธานี. Research and Development Health System Journal. 2016;9(3):59-67.
25. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-10.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่ ☐☐☐☐

แบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นการสำรวจการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับพื้นที่
2. ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ สาธารณสุขอำเภอหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและมีประสบการณ์การทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น
3. วัยรุ่น หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี (>10 ปี ถึง <20 ปี)
4. เพื่อศึกษาสถานการณ์และนำไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านให้ข้อมูลที่เป็นจริงตรงกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่าน และขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลหรือหน่วยงาน ข้อมูลทั้งหมดจะนำไปใช้วางแผนและพัฒนาการดำเนินงานระดับประเทศต่อไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ก. ผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ○ 1. ชาย ○ 2. หญิง
2. อายุของท่าน.....ปี (นับจำนวนเต็ม)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
   ○ 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี ○ 2. ปริญญาตรี
   ○ 3. สูงกว่าปริญญาตรี ○ 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. ตำแหน่ง
   ○ 1. หัวหน้าหน่วยงาน ○ 2. ผู้ปฏิบัติงาน
5. ประสบการณ์การทำงานด้านวัยรุ่นจนถึงปัจจุบัน.....ปี .....เดือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. อำเภอของท่าน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือไม่
   ○ 1. ไม่มี เพราะ.....
   ○ 2. มี (ระบุ) .....

2. อำเภอของท่าน มี**<u>กลไก</u>**การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือไม่

○ 1. ไม่มี

○ 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

○ 2.1 คณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

○ 2.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

○ 2.3 อื่น (ระบุ).....

3. **<u>กิจกรรม</u>**การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่าน (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

กิจกรรม	**การดำเนินงาน**			
	ไม่เคยทำ	**เคยทำ แต่ไม่ทำแล้ว**	**อยู่ระหว่าง ดำเนินการ**	**มีแผน ที่จะ ดำเนินการ**
1. คลินิกวัยรุ่น				
2. การอบรมแกนวัยรุ่น				
3. การอบรมวัยรุ่น				
4. การจัดหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้ความรู้ ให้การปรึกษา				
5. การรณรงค์ กิจกรรมวันสำคัญ				
6. การอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหลานวัยรุ่น				
7. การประชาสัมพันธ์ ตามสื่อ วิทยุชุมชน สื่อออนไลน์				
8. อื่น ๆ (ระบุ).....				

4. ระดับการได้รับ**<u>สิ่งสนับสนุน</u>**ในปัจจุบันต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในอำเภอ

ประเด็น	**ระดับการได้รับสิ่งสนับสนุน**			
	มากที่สุด	**มาก**	**น้อย**	**น้อยที่สุด**
1. นโยบายจากผู้บริหาร				
2. ทีมบุคลากร				
3. งบประมาณ/แหล่งทุน				
4. สื่อ วัสดุ/อุปกรณ์				
5. ภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน				

5. ระดับของ**<u>กระบวนการ</u>**การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอ ในปัจจุบัน

ประเด็น	ระดับของกระบวนการ			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1. การถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติ				
2. โครงสร้าง กลไกในการขับเคลื่อนงาน				
3. แผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการ ในระดับพื้นที่				
4. รูปแบบ กระบวนการดำเนินงาน				
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่				
6. ผลการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม				
7. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล				

6. **<u>ผลลัพธ์</u>**จากการดำเนินงาน (ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ)

1. เชิงปริมาณ.....

.....

.....

2. เชิงคุณภาพ.....

.....

7. **<u>ปัจจัยความสำเร็จ</u>**ของการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในอำเภอของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

8. **<u>ปัญหา/อุปสรรค</u>**ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

9. **<u>สิ่งที่ต้องการสนับสนุน</u>**การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในอำเภอของท่าน จากระดับต่าง ๆ

○ 1. ระดับส่วนกลาง.....

○ 2. ระดับเขต.....

○ 3. ระดับจังหวัด.....

○ 4. ระดับพื้นที่.....

10. ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ตอบได้หลายประเด็น)

○ 1. ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพวัยรุ่น

○ 2. การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

○ 3. การเป็นวิทยากร

○ 4. การให้คำปรึกษา

○ 5. ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้อง

○ 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

11. การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในอำเภอของท่านมีการดำเนินงานในประเด็นใดบ้าง

○ 1. เด็กปฐมวัย ○ 2. วัยรุ่น

○ 3. ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ○ 4. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

○ 5. โรคติดต่อ ○ 6. อุบัติเหตุทางถนน

○ 7. ขยะ สิ่งแวดล้อม ○ 8. อาหารปลอดภัย

○ 9. อื่น ๆ (ระบุ) .....

****

ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สแกน QR Code เพื่อตอบแบบสอบถาม

ขอความกรุณา ตอบแบบสอบถามกลับภายในวันที่ 30 เมษายน 2562

หากมีข้อสงสัยติดต่อ

ว่าที่ร้อยตรีภัทรพงศ์ ชูเศษ, นางสาวนฎาประไพ สาระ, นางอรอุมา ทางดี,
โทร. 0 2590 4245, 08 9596 3908, 09 5957 1441, 06 3971 5691
กลุ่มพัฒนาเครือข่ายอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ประเด็นคำถาม

1. โครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในอำเภอประกอบด้วยหน่วยงานใดบ้าง มีคณะทำงานย่อย หรือไม่ อย่างไร

2. ประเด็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในอำเภอของท่านให้ความสำคัญ

3. สถานการณ์การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านเป็นอย่างไร

4. กระบวนการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

5. ความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

6. บทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านมีหน่วยงานใดบ้าง แต่ละหน่วยงานมีบทบาทอย่างไร

7. ผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านเป็นอย่างไร

8. สิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง

9. ปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอของท่านมีอะไรบ้าง

10. แนวทางในการขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

ภาคผนวก ข
รายชื่ออำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
1. กลุ่มจังหวัดขนาดใหญ่	1. จังหวัดนครราชสีมา	1. อำเภอขามทะเลสอ 2. อำเภอโชคชัย 3. อำเภอโนนแดง 4. อำเภอสูงเนิน 5. อำเภอจักราช 6. อำเภอขามสะแกแสง 7. อำเภอหนองบุญมาก 8. อำเภอพิมาย 9. อำเภอวังน้ำเขียว 10. อำเภอด่านขุนทด 11. อำเภอบ้านเหลื่อม 12. อำเภอเทพารักษ์
	2. จังหวัดขอนแก่น	1. อำเภอเวียงเก้า 2. อำเภอบ้านฝาง 3. อำเภอซำสูง 4. อำเภอบ้านไผ่ 5. อำเภอเขาสวนกวาง 6. อำเภอโนนศิลา 7. อำเภอมัญจาคีรี 8. อำเภอภูเวียง 9. อำเภอพล 10. อำเภอเปือยน้อย 11. อำเภอชุมแพ 12. อำเภอแวงน้อย
	3. จังหวัดอุบลราชธานี	1. อำเภอวารินชำราบ 2. อำเภอเหล่าเสือโก้ก 3. อำเภอตาลสุม 4. อำเภอดอนมดแดง 5. อำเภอเขื่องใน 6. อำเภอพิบูลมังสาหาร 7. อำเภอทุ่งศรีอุดม 8. อำเภอสิรินธร 9. อำเภอบุณฑริก 10. อำเภอโพธิ์ไทร 11. อำเภอเขมราฐ

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		12. อำเภอน้ำยืน
	4. จังหวัดเชียงใหม่	1. อำเภอแม่ริม 2. อำเภอสันทราย 3. อำเภอหางดง 4. อำเภอสันป่าตอง 5. อำเภอแม่วาง 6. อำเภอดอยหล่อ 7. อำเภอจอมทอง 8. อำเภอฮอด 9. อำเภอไชยปราการ 10. อำเภอเวียงแหง 11. อำเภอแม่แจ่ม 12. อำเภอแม่อาย
	5. จังหวัดบุรีรัมย์	1. อำเภอเมืองบุรีรัมย์ 2. อำเภอพลับพลาชัย 3. อำเภอโนนสุวรรณ 4. อำเภอชำนิ 5. อำเภอคูเมือง 6. อำเภอประโคนชัย 7. อำเภอหนองหงส์ 8. อำเภอพุทไธสง 9. อำเภอปะคำ 10. อำเภอนาโพธิ์ 11. อำเภอหนองกี่ 12. อำเภอละหานทราย
	6. จังหวัดนครศรีธรรมราช	1. อำเภอขนอม 2. อำเภอท่าศาลา 3. อำเภอปากพนัง 4. อำเภอชะอวด 5. อำเภอสิชล 6. อำเภอเชียรใหญ่ 7. อำเภอนาบอน 8. อำเภอจุฬาภรณ์ 9. อำเภอถ้ำพรรณรา 10. อำเภอบางขัน

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		11. อำเภอพระพรหม 12. อำเภอลานสกา
	7. จังหวัดศรีสะเกษ	1. อำเภอพยุห์ 2. อำเภอกันทรารมย์ 3. อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ 4. อำเภอวังหิน 5. อำเภอห้วยทับทัน 6. อำเภอเมืองจันทร์ 7. อำเภอบึงบูรพ์ 8. อำเภอขุขันธ์ 9. อำเภอโนนคูณ 10. อำเภอปรางค์กู่ 11. อำเภอศรีรัตนะ 12. อำเภอเบญจลักษ์
	8. จังหวัดอุดรธานี	1. อำเภอเมืองอุดรธานี 2. อำเภอกุดจับ 3. อำเภอหนองหาน 4. อำเภอหนองวัวซอ 5. อำเภอกุมภวาปี 6. อำเภอพิบูลย์รักษ์ 7. อำเภอบ้านผือ 8. อำเภอไชยวาน 9. อำเภอสร้างคอม 10. อำเภอบ้านดุง 11. อำเภอน้ำโสม 12. อำเภอนายูง
	9. จังหวัดร้อยเอ็ด	1. อำเภอเมืองร้อยเอ็ด 2. อำเภอเชียงขวัญ 3. อำเภอเมืองสรวง 4. อำเภอศรีสมเด็จ 5. อำเภออาจสามารถ 6. อำเภอเกษตรวิสัย 7. อำเภอสุวรรณภูมิ 8. อำเภอพนมไพร 9. อำเภอหนองพอก

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		10. อำเภอเมืองร้อยเอ็ด 11. อำเภอเชียงขวัญ 12. อำเภอเมืองสรวง
	10. จังหวัดสุราษฎร์ธานี	1. อำเภอพุนพิน 2. อำเภอท่าฉาง 3. อำเภอบ้านนาเดิม 4. อำเภอดอนสัก 5. อำเภอเวียงสระ 6. อำเภอพระแสง 7. อำเภอบ้านตาขุน 8. อำเภอพนม 9. อำเภอเกาะพะงัน 10. อำเภอชัยบุรี 11. อำเภอไชยา 12. อำเภอกาญจนดิษฐ์
	11. จังหวัดสกลนคร	1. อำเภอโคกศรีสุพรรณ 2. อำเภอภูพาน 3. อำเภอพรรณานิคม 4. อำเภอพังโคน 5. อำเภออากาศอำนวย 6. อำเภอสว่างแดนดิน 7. อำเภอวานรนิวาส 8. อำเภอเจริญศิลป์ 9. อำเภอนิคมน้ำอูน 10. อำเภอคำตากล้า 11. อำเภอส่องดาว 12. อำเภอเมืองสกลนคร
	12. จังหวัดกาฬสินธุ์	1. อำเภอกมลาไสย 2. อำเภอยางตลาด 3. อำเภอดอนจาน 4. อำเภอสหัสขันธ์ 5. อำเภอนามน 6. อำเภอห้วยเม็ก 7. อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ 8. อำเภอหนองกุงศรี

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		9. อำเภอกุฉินารายณ์ 10. อำเภอคำม่วง 11. อำเภอนาคู 12. อำเภอท่าคันโท
	13. จังหวัดเชียงราย	1. อำเภอเวียงชัย 2. อำเภอแม่ลาว 3. อำเภอดอยหลวง 4. อำเภอพญาเม็งราย 5. อำเภอแม่จัน 6. อำเภอเวียงเชียงรุ้ง 7. อำเภอแม่สรวย 8. อำเภอขุนตาล 9. อำเภอเทิง 10. อำเภอแม่ฟ้าหลวง 11. อำเภอเวียงป่าเป้า 12. อำเภอเชียงของ
	14. จังหวัดสุรินทร์	1. อำเภอชุมพลบุรี 2. อำเภอพนมดงรัก 3. อำเภอบัวเชด 4. อำเภอกาบเชิง 5. อำเภอสำโรงทาบ 6. อำเภอสังขะ 7. อำเภอปราสาท 8. อำเภอลำดวน 9. อำเภอเมืองสุรินทร์ 10. อำเภอโนนนารายณ์ 11. อำเภอรัตนบุรี 12. อำเภอศรีณรงค์
	15. จังหวัดสงขลา	1. อำเภอหาดใหญ่ 2. อำเภอนาหม่อม 3. อำเภอจะนะ 4. อำเภอบางกล่ำ 5. อำเภอรัตภูมิ 6. อำเภอสะเดา 7. อำเภอระโนด

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		8. อำเภอเทพา 9. อำเภอกระแสสินธุ์ 10. อำเภอสะบ้าย้อย 11. อำเภอคลองหอยโข่ง 12. อำเภอเมืองสงขลา
	16. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	1. อำเภอบางบาล 2. อำเภอบางปะหัน 3. อำเภอพระนครศรีอยุธยา 4. อำเภอนครหลวง 5. อำเภอวังน้อย 6. อำเภอมหาราช 7. อำเภอผักไห่ 8. อำเภอบางซ้าย 9. อำเภอบางไทร 10. อำเภอลาดบัวหลวง 11. อำเภอท่าเรือ 12. อำเภออุทัย
	17. จังหวัดชัยภูมิ	1. อำเภอบ้านเขว้า 2. อำเภอซับใหญ่ 3. อำเภอเนินสง่า 4. อำเภอเมืองชัยภูมิ 5. อำเภอจัตุรัส 6. อำเภอคอนสวรรค์ 7. อำเภอหนองบัวแดง 8. อำเภอบำเหน็จณรงค์ 9. อำเภอภักดีชุมพล 10. อำเภอบ้านแท่น 11. อำเภอเกษตรสมบูรณ์ 12. อำเภอเทพสถิต
	18. จังหวัดน่าน	1. อำเภอภูเพียง 2. อำเภอเวียงสา 3. อำเภอแม่จริม 4. อำเภอท่าวังผา 5. อำเภอปัว 6. อำเภอเชียงกลาง

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		7. อำเภอสองแคว 8. อำเภอทุ่งช้าง 9. อำเภอเมืองน่าน 10. อำเภอบ่อเกลือ 11. อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 12. อำเภอนาน้อย
	19. จังหวัดนครสวรรค์	1. อำเภอโกรกพระ 2. อำเภอเก้าเลี้ยว 3. อำเภอพยุหะคีรี 4. อำเภอชุมแสง 5. อำเภอชุมตาบง 6. อำเภอบรรพตพิสัย 7. อำเภอเมืองนครสวรรค์ 8. อำเภอท่าตะโก 9. อำเภอไพศาลี 10. อำเภอตาคลี 11. อำเภอหนองบัว 12. อำเภอตากฟ้า
2. กลุ่มจังหวัดขนาดกลาง	1. จังหวัดเลย	1. อำเภอนาแห้ว 2. อำเภอปากชม 3. อำเภอภูกระดึง 4. อำเภอภูเรือ 5. อำเภอหนองหิน 6. อำเภอเอราวัณ 7. อำเภอเมืองเลย 8. อำเภอวังสะพุง
	2. จังหวัดสระบุรี	1. อำเภอเฉลิมพระเกียรติ 2. อำเภอเสาไห้ 3. อำเภอหนองแค 4. อำเภอพระพุทธบาท 5. อำเภอวิหารแดง 6. อำเภอบ้านหมอ 7. อำเภอหนองโดน 8. อำเภอวังม่วง

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
	3. จังหวัดลำปาง	1. อำเภอเกาะคา 2. อำเภอแม่ทะ 3. อำเภอเสริมงาม 4. อำเภอแจ้ห่ม 5. อำเภอเมืองปาน 6. อำเภองาว 7. อำเภอวังเหนือ 8. อำเภอแม่พริก
	4. จังหวัดมหาสารคาม	1. อำเภอกันทรวิชัย 2. อำเภอยางสีสุราช 3. อำเภอโกสุมพิสัย 4. อำเภอวาปีปทุม 5. อำเภอเชียงยืน 6. อำเภอนาเชือก 7. อำเภอนาดูน 8. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย
	5. จังหวัดนราธิวาส	1. อำเภอเมืองนราธิวาส 2. อำเภอยี่งอ 3. อำเภอบาเจาะ 4. อำเภอเจาะไอร้อง 5. อำเภอจะแนะ 6. อำเภอสุไหงปาดี 7. อำเภอศรีสาคร 8. อำเภอแว้ง
	6. จังหวัดกาญจนบุรี	1. อำเภอท่าม่วง 2. อำเภอพนมทวน 3. อำเภอด่านมะขามเตี้ย 4. อำเภอท่ามะกา 5. อำเภอทองผาภูมิ 6. อำเภอเลาขวัญ 7. อำเภอห้วยกระเจา 8. อำเภอบ่อพลอย
	7. จังหวัดพิจิตร	1. อำเภอสามง่าม 2. อำเภอสากเหล็ก 3. อำเภอโพธิ์ประทับช้าง

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		4. อำเภอวชิรบารมี 5. อำเภอวังทรายพูน 6. อำเภอบางมูลนาก 7. อำเภอโพทะเล 8. อำเภอบึงนาราง
	8. จังหวัดปัตตานี	1. อำเภอหนองจิก 2. อำเภอยะหริ่ง 3. อำเภอโคกโพธิ์ 4. อำเภอเมืองปัตตานี 5. อำเภอแม่ลาน 6. อำเภอปะนาเระ 7. อำเภอสายบุรี 8. อำเภอกะพ้อ
	9. จังหวัดนครพนม	1. อำเภอท่าอุเทน 2. อำเภอปลาปาก 3. อำเภอโพนสวรรค์ 4. อำเภอเรณูนคร 5. อำเภอธาตุพนม 6. อำเภอศรีสงคราม 7. อำเภอบ้านแพง 8. อำเภอนาทม
	10. จังหวัดลพบุรี	1. อำเภอท่าวุ้ง 2. อำเภอบ้านหมี่ 3. อำเภอพัฒนานิคม 4. อำเภอหนองม่วง 5. อำเภอโคกเจริญ 6. อำเภอท่าหลวง 7. อำเภอเมืองลพบุรี 8. อำเภอลำสนธิ
	11. จังหวัดพัทลุง	1. อำเภอปากพะยูน 2. อำเภอกงหรา 3. อำเภอศรีบรรพต 4. อำเภอศรีนครินทร์ 5. อำเภอเมืองพัทลุง 6. อำเภอควนขนุน

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		7. อำเภอป่าพะยอม 8. อำเภอเขาชัยสน
	12. จังหวัดชลบุรี	1. อำเภอบ้านบึง 2. อำเภอศรีราชา 3. อำเภอเกาะสีชัง 4. อำเภอเกาะจันทร์ 5. อำเภอบ่อทอง 6. อำเภอสัตหีบ 7. อำเภอบางละมุง 8. อำเภอพานทอง
	13. จังหวัดฉะเชิงเทรา	1. อำเภอบ้านโพธิ์ 2. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว 3. อำเภอบางคล้า 4. อำเภอท่าตะเกียบ 5. อำเภอสนามชัยเขต 6. อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา 7. อำเภอคลองเขื่อน 8. อำเภอบางปะกง
	14. จังหวัดกำแพงเพชร	1. อำเภอบึงสามัคคี 2. อำเภอขาณุวรลักษบุรี 3. อำเภอทรายทองวัฒนา 4. อำเภอไทรงาม 5. อำเภอโกสัมพีนคร 6. อำเภอพรานกระต่าย 7. อำเภอลานกระบือ 8. อำเภอคลองลาน
	15. จังหวัดเพชรบูรณ์	1. อำเภอหล่มสัก 2. อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ 3. อำเภอเขาค้อ 4. อำเภอหล่มเก่า 5. อำเภอวังโป่ง 6. อำเภอวิเชียรบุรี 7. อำเภอศรีเทพ 8. อำเภอชนแดน

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
	16. จังหวัดสุพรรณบุรี	1. อำเภอบางปลาม้า 2. อำเภอศรีประจันต์ 3. อำเภอดอนเจดีย์ 4. อำเภออู่ทอง 5. อำเภอเดิมบางนางบวช 6. อำเภอหนองหญ้าไซ 7. อำเภอสองพี่น้อง 8. อำเภอด่านช้าง
	17. จังหวัดราชบุรี	1. อำเภอวัดเพลง 2. อำเภอปากท่อ 3. อำเภอบางแพ 4. อำเภอโพธาราม 5. อำเภอบ้านโป่ง 6. อำเภอดำเนินสะดวก 7. อำเภอบ้านคา 8. อำเภอสวนผึ้ง
	18. จังหวัดตรัง	1. อำเภอนาโยง 2. อำเภอย่านตาขาว 3. อำเภอห้วยยอด 4. อำเภอเมืองตรัง 5. อำเภอสิเกา 6. อำเภอปะเหลียน 7. อำเภอรัษฎา 8. อำเภอวังวิเศษ
	19. จังหวัดจันทบุรี	1. อำเภอท่าใหม่ 2. อำเภอมะขาม 3. อำเภอขลุง 4. อำเภอเขาคิชฌกูฏ 5. อำเภอแหลมสิงห์ 6. อำเภอนายายอาม 7. อำเภอสอยดาว 8. อำเภอแก่งหางแมว
	20. จังหวัดอุตรดิตถ์	1. อำเภอลับแล 2. อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ 3. อำเภอท่าปลา

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		4. อำเภอทองแสนขัน 5. อำเภอพิชัย 6. อำเภอน้ำปาด 7. อำเภอฟากท่า 8. อำเภอบ้านโคก
	21. จังหวัดหนองคาย	1. อำเภอสังคม 2. อำเภอรัตนวาปี 3. อำเภอเฝ้าไร่ 4. อำเภอศรีเชียงใหม่ 5. อำเภอโพธิ์ตาก 6. อำเภอโพนพิสัย 7. อำเภอสระใคร 8. อำเภอเมืองหนองคาย
	22. จังหวัดสุโขทัย	1. อำเภอศรีสำโรง 2. อำเภอกงไกรลาศ 3. อำเภอคีรีมาศ 4. อำเภอบ้านด่านลานหอย 5. อำเภอสวรรคโลก 6. อำเภอศรีนคร 7. อำเภอศรีสัชนาลัย 8. อำเภอทุ่งเสลี่ยม
	23. จังหวัดสระแก้ว	1. อำเภอเขาฉกรรจ์ 2. อำเภอวัฒนานคร 3. อำเภอวังน้ำเย็น 4. อำเภออรัญประเทศ 5. อำเภอวังสมบูรณ์ 6. อำเภอคลองหาด 7. อำเภอโคกสูง 8. อำเภอตาพระยา
	24. จังหวัดยโสธร	1. อำเภอทรายมูล 2. อำเภอคำเขื่อนแก้ว 3. อำเภอป่าติ้ว 4. อำเภอเมืองยโสธร 5. อำเภอมหาชนะชัย 6. อำเภอไทยเจริญ

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		7. อำเภอเลิงนกทา 8. อำเภอค้อวัง
	25. จังหวัดพิษณุโลก	1. อำเภอเมืองพิษณุโลก 2. อำเภอวังทอง 3. อำเภอบางระกำ 4. อำเภอวัดโบสถ์ 5. อำเภอบางกระทุ่ม 6. อำเภอพรหมพิราม 7. อำเภอเนินมะปราง 8. อำเภอนครไทย
	26. จังหวัดพะเยา	1. อำเภอดอกคำใต้ 2. อำเภอภูกามยาว 3. อำเภอแม่ใจ 4. อำเภอจุน 5. อำเภอเชียงคำ 6. อำเภอปง 7. อำเภอภูซาง 8. อำเภอเชียงม่วน
	27. จังหวัดตาก	1. อำเภอบ้านตาก 2. อำเภอวังเจ้า 3. อำเภอสามเงา 4. อำเภอแม่สอด 5. อำเภอแม่ระมาด 6. อำเภอพบพระ 7. อำเภอท่าสองยาง 8. อำเภอเมืองตาก
	28. จังหวัดอุทัยธานี	1. อำเภอหนองขาหย่าง 2. อำเภอทัพทัน 3. อำเภอหนองฉาง 4. อำเภอสว่างอารมณ์ 5. อำเภอห้วยคต 6. อำเภอลานสัก 7. อำเภอบ้านไร่ 8. อำเภอเมืองอุทัยธานี

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
	29. จังหวัดลำพูน	1. อำเภอป่าซาง 2. อำเภอแม่ทา 3. อำเภอบ้านธิ 4. อำเภอบ้านโฮ่ง 5. อำเภอเวียงหนองล่อง 6. อำเภอลี้ 7. อำเภอทุ่งหัวช้าง 8. อำเภอเมืองลำพูน
	30. จังหวัดระยอง	1. อำเภอบ้านค่าย 2. อำเภอนิคมพัฒนา 3. อำเภอบ้านฉาง 4. อำเภอปลวกแดง 5. อำเภอแกลง 6. อำเภอวังจันทร์ 7. อำเภอเขาชะเมา 8. อำเภอเมืองระยอง
	31. จังหวัดยะลา	1. อำเภอยะหา 2. อำเภอกรงปินัง 3. อำเภอรามัน 4. อำเภอบันนังสตา 5. อำเภอกาบัง 6. อำเภอธารโต 7. อำเภอเบตง 8. อำเภอเมืองยะลา
	32. จังหวัดพังงา	1. อำเภอตะกั่วทุ่ง 2. อำเภอทับปุด 3. อำเภอกะปง 4. อำเภอท้ายเหมือง 5. อำเภอตะกั่วป่า 6. อำเภอคุระบุรี 7. อำเภอเกาะยาว 8. อำเภอเมืองพังงา
	33. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	1. อำเภอกุยบุรี 2. อำเภอทับสะแก 3. อำเภอสามร้อยยอด

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		4. อำเภอปราณบุรี 5. อำเภอบางสะพาน 6. อำเภอหัวหิน 7. อำเภอบางสะพานน้อย 8. อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์
	34. จังหวัดบึงกาฬ	1. อำเภอพรเจริญ 2. อำเภอโซ่พิสัย 3. อำเภอเซกา 4. อำเภอปากคาด 5. อำเภอบึงโขงหลง 6. อำเภอศรีวิไล 7. อำเภอบุ่งคล้า 8. อำเภอเมืองบึงกาฬ
	35. จังหวัดชุมพร	1. อำเภอปะทิว 2. อำเภอท่าแซะ 3. อำเภอสวี 4. อำเภอทุ่งตะโก 5. อำเภอหลังสวน 6. อำเภอละแม 7. อำเภอพะโต๊ะ 8. อำเภอเมืองชุมพร
	36. จังหวัดชัยนาท	1. อำเภอมโนรมย์ 2. อำเภอสรรพยา 3. อำเภอวัดสิงห์ 4. อำเภอสรรคบุรี 5. อำเภอหันคา 6. อำเภอหนองมะโมง 7. อำเภอเนินขาม 8. อำเภอเมืองชัยนาท
	37. จังหวัดกระบี่	1. อำเภอเหนือคลอง 2. อำเภอเขาพนม 3. อำเภอคลองท่อม 4. อำเภออ่าวลึก 5. อำเภอปลายพระยา 6. อำเภอลำทับ

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
		7. อำเภอเกาะลันตา 8. อำเภอเมืองกระบี่
	38. จังหวัดแพร่	1. อำเภอสูงเม่น 2. อำเภอหนองม่วงไข่ 3. อำเภอเด่นชัย 4. อำเภอร้องกวาง 5. อำเภอลอง 6. อำเภอสอง 7. อำเภอวังชิ้น 8. อำเภอเมืองแพร่
	39. จังหวัดเพชรบุรี	1. อำเภอบ้านลาด 2. อำเภอบ้านแหลม 3. อำเภอท่ายาง 4. อำเภอเขาย้อย 5. อำเภอหนองหญ้าปล้อง 6. อำเภอชะอำ 7. อำเภอแก่งกระจาน 8. อำเภอเมืองเพชรบุรี
3. กลุ่มจังหวัดขนาดเล็ก	1. จังหวัดอำนาจเจริญ	1. อำเภอเสนางคนิคม 2. อำเภอหัวตะพาน
	2. จังหวัดอ่างทอง	1. อำเภอแสวงหา 2. อำเภอป่าโมก
	3. จังหวัดสตูล	1. อำเภอควนโดน 2. อำเภอทุ่งหว้า
	4. จังหวัดมุกดาหาร	1. อำเภอนิคมคำสร้อย 2. อำเภอเมืองมุกดาหาร
	5. จังหวัดปราจีนบุรี	1. อำเภอบ้านสร้าง 2. อำเภอประจันตคาม
	6. จังหวัดปทุมธานี	1. อำเภอลาดหลุมแก้ว 2. อำเภอลำลูกกา
	7. จังหวัดนครปฐม	1. อำเภอเมืองนครปฐม 2. อำเภอกำแพงแสน
	8. จังหวัดตราด	1. อำเภอแหลมงอบ 2. อำเภอคลองใหญ่

กลุ่มจังหวัด	จังหวัด	อำเภอ
	9. จังหวัดแม่ฮ่องสอน	1. อำเภอปาย 2. อำเภอแม่สะเรียง
	10. จังหวัดหนองบัวลำภู	1. อำเภอศรีบุญเรือง 2. อำเภอนาวัง
	11. จังหวัดสิงห์บุรี	1. อำเภอค่ายบางระจัน 2. อำเภออินทร์บุรี
	12. จังหวัดสมุทรปราการ	1. อำเภอพระประแดง 2. อำเภอพระสมุทรเจดีย์
	13. จังหวัดนนทบุรี	1. อำเภอปากเกร็ด 2. อำเภอบางกรวย
	14. จังหวัดระนอง	1. อำเภอสุขสำราญ 2. อำเภอละอุ่น
	15. จังหวัดนครนายก	1. อำเภอปากพลี 2. อำเภอบ้านนา
	16. จังหวัดสมุทรสาคร	1. อำเภอกระทุ่มแบน 2. อำเภอบ้านแพ้ว
	17. จังหวัดสมุทรสงคราม	1. อำเภอเมืองสมุทรสงคราม 2. อำเภออัมพวา
	18. จังหวัดภูเก็ต	1. อำเภอถลาง 2. อำเภอเมืองภูเก็ต

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ - สกุล	ว่าที่ร้อยตรีภัทรพงศ์ ชูเศษ
วัน เดือน ปีเกิด	8 สิงหาคม 2530
ประวัติการศึกษา	- วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ - สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่อยู่	เลขที่ 218 หมู่ 10 ตำบลนาวง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง 92210
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงาน	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

ชื่อ - สกุล	นางสาวนฎาประไพ สาระ
วัน เดือน ปีเกิด	14 กันยายน 2529
ประวัติการศึกษา	- วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสุขภาพจิต) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่	เลขที่ 248 หมู่ 4 ตำบลพนา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ 37180
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

ชื่อ - สกุล	นางอรอุมา ทางดี
วัน เดือน ปีเกิด	13 กรกฎาคม 2518
ประวัติการศึกษา	- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ - สาธารณสุขศาสตมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ที่อยู่	เลขที่ 190/32 หมู่บ้านพลีโน่รัตนาธิเบศร์ - ชัยพฤกษ์ หมู่ 2 ตำบลพิมลราช อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย