

ผลการประเมินการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2557 – 2559

The Outcome Evaluation of Reproductive Health District and Youth Friendly Health Service in Fiscal Year 2014-2016

(Received: September 22,2020 ; Accepted: November 1,2020)

อธิวัฒน์ บุตรตาบุตร*

Athiwat Butdabut

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

*Public Health Technical Officer, Professional level

Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen

E-mail: athiwatbut2011@gmail.com

บทคัดย่อ

การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2557 - 2559 ของเครือข่ายงานอนามัยวัยรุ่นได้มีการดำเนินงาน และการใช้เทคนิคการเยี่ยมเสริมพลังโดยใช้กระบวนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง 5 ข. และการสอนการแก้ปัญหาแบบ Ideal ให้เครือข่ายระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวนทั้งสิ้น 134 อำเภอ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ เน้นการพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน และร้อยละ ใช้กระบวนการสัมภาษณ์รายบุคคล รายการกลุ่ม การสังเกต และการสอนสรุปการแก้ปัญหา

ผลการประเมินพบว่า อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่น ผ่านการรับรองมาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ครบ 5 องค์ประกอบโดยในภาพรวม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 โดยแบ่งเป็น 1) เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 77 อำเภอ ผ่านการรับรองจำนวน 75 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 97.4 ของอำเภอทั้งหมดในเขตสุขภาพนี้ และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน (Youth Friendly Health Service : YFHS) ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 75 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 97.4 ของคลินิกวัยรุ่นและเครือข่าย CUP ของโรงพยาบาลทั้งหมดเช่นกัน ส่วนในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวนอำเภอที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นรับผิดชอบทั้งสิ้น 57 อำเภอ ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 46 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 80.7 ของอำเภอทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 8 และการรับรองคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล จำนวน 57 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.7 ของคลินิกวัยรุ่นและเครือข่าย CUP ของโรงพยาบาลทั้งหมดเช่นเดียวกัน ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งนี้เป็นเชิงคุณภาพได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มบุคคล เครือข่ายการดำเนินงานระดับอำเภอและระดับตำบล ผู้วิจัยใช้ทักษะการสังเกตและการใช้เครื่องมือแบบประเมินรับรองมาตรฐานที่กรมอนามัยได้จัดทำเป็นคู่มือให้ผู้ประเมินใช้ในการเยี่ยมสำรวจและรับรองผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) รูปแบบกระบวนการการอาจไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ศึกษาเห็นว่าเทคนิคการโน้มน้าว การบรรยายควรกระชับ “จับประเด็นให้ได้ ใสใจในการพูด สดุดีไม่ต้องเยอะ” เป็นส่วนสำคัญในการนำเสนอ แต่ความสำเร็จอาจไม่สามารถใช้ได้ในทุกเขตสุขภาพ ขึ้นกับข้อจำกัดของบริบทชุมชน สังคม และวัฒนธรรม รูปแบบความร่วมมือของท้องถิ่น และการมีทัศนคติการมองการแก้ไขปัญหาของวัยรุ่นว่าจะเป็นผลที่กระทบต่อครอบครัว ชุมชน ประเทศชาติเพียงใด

คำสำคัญ : อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์, สถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน, การเยี่ยมเสริมพลัง, การประเมินผลการดำเนินงาน

Abstract

The operation of reproductive health district (RHD) and youth friendly health services (YFHS) between fiscal year 2014-2016 utilized appreciative inquiry (AI) model (core techniques: indicate, cheer, support, connect and admire) and the IDEAL problem-solving strategy in 134 district of the 7th and the 8th Health

Area Regions. The operation was responsible to the 7th Health Promotion Center Regions in Khonkaen province.

The results indicated that, during the fiscal year 2014-2016) the operation of RHD with participation from all sectors achieved the accreditation in all five elements. From the total number of 77 districts in the 7th Health Region, 75 districts were accredited (97.4 percent). Similarly, 75 teenage clinics in the community hospitals also achieved the YFHS standard (97.4 percent). 46 districts from the total number of 57 districts in the 8th Health Region achieved the accreditation (80.7 percent). All teenage clinics in 46 community hospitals also accomplished the standard. The qualitative suggestions in this study were gathered from the group interviews in both district and sub-district levels. The researcher used observation technique and the standard assessment form developed by the Department of Health to assess the RHD and YFHS. The patterns may not different but the researcher found that persuasive technique, concise narration, main-point capturing, heart-centered communication and simplicity were key components for the operation. Nevertheless, the application of the RHD and YFHS in other areas may require certain adjustments depending on community context, social and traditional differences, participation of locals and the teenager attitude towards the problems.

Keywords: Reproductive health district, Youth friendly health service, Appreciative Inquiry, Outcome evaluation.

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของสถานะเศรษฐกิจ และสังคมการย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่ครอบคลุมมีขนาดเล็กถึงเป็นครอบครัวเดี่ยว รวมถึงการหย่าร้าง และการทำงานนอกบ้านของพ่อแม่ ยิ่งทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดความนับถือตนเองและทักษะชีวิต ประสานกับพฤติกรรมวัตถุนิยม รวมทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ และการพัฒนาของเทคโนโลยีทำให้มีการบริโภคสื่ออย่างไร้ขีดจำกัดและขาดการดูแลควบคุมสื่อ ปัญหาของวัยรุ่นจึงพบเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ (สุวรรณ เรื่องภาวะฉุกเฉินเศรษฐกิจ, 2559) จากการสำรวจสถานการณ์ของนักเรียนสายสามัญระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ม.5) และนักศึกษาในสายวิชาชีพ ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 (ปวช.2) ในปี พ.ศ. 2559 เพศชาย อายุเฉลี่ย 15.1, 15.3 ปี และเพศหญิง อายุเฉลี่ย 15.4, 15.5 ปี ตามลำดับ เป็นอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์, ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า ระดับ ม.5 เพศชาย ใช้ร้อยละ 71.9, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 73.0 และระดับ ปวช.2 เพศชาย ใช้ร้อยละ 67.0, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 70.3, ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรัก พบว่า ในระดับ ม.5 เพศชาย ใช้ร้อยละ 75.0, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 76.1 และระดับ ปวช.2 เพศชาย ใช้ร้อยละ 67.4, เพศหญิง ใช้ร้อยละ 67.7, ร้อยละของการคุมกำเนิด

ด้วยวิธีที่เชื่อถือได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรัก พบว่า ระดับ ม.5 เพศชาย ร้อยละ 75.9, เพศหญิง ร้อยละ 77.8 และระดับ ปวช.2 เพศชาย ร้อยละ 74.0, เพศหญิง ร้อยละ 75.0 ซึ่งวิธีการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ เช่น ถุงยางอนามัย ยาเม็ด/ยาฉีดคุมกำเนิด และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน(สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2559) ปัญหาการตั้งครรภ์ของกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะหญิงอายุ 15 – 19 ปี ในปี พ.ศ. 2559 ในภาพรวมของประเทศ มีรายงานจำนวนหญิงกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปี กลางปี ทั้งหมด 2,162,983 คน จากข้อมูลของประชากรกลางปีในหญิงกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปีนี้(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบการคลอดบุตรหญิงอายุ 15 – 19 ปี จำนวน 91,838 คน คิดเป็นอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 – 19 ปี เท่ากับ 42.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน (เกณฑ์ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน) ส่วนอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10 – 14 ปี เท่ากับ 1.4 ต่อประชากรหญิงอายุ 10 – 14 ปี 1,000 คน และจำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ 10 – 19 ปี จำนวน 94,584 คน โดยมีจำนวนของหญิงคลอดทั้งหมดของปี พ.ศ. 2559 จำนวน 666,207 คน ทั้งนี้ยังพบว่า ร้อยละของแม่ที่คลอดบุตรในกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี เท่ากับ 0.4 ส่วนร้อยละของแม่ที่คลอดบุตรในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี เท่ากับ 13.8 มีมากกว่าตามลำดับ ในพื้นที่ศึกษาพบสถานการณ์อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี โดยปี พ.ศ.2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตรา

การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 -19 ปี จังหวัดขอนแก่น, ร้อยเอ็ด, มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ เรียงรายจังหวัด มีอัตราเท่ากับ 41.4, 35.6, 30.3 และ 37.3 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 -19 ปี จังหวัดอุดรธานี, หนองคาย, เลย, หนองบัวลำภู และ บึงกาฬ เรียงรายจังหวัดมีอัตราเท่ากับ 43.5, 41.5, 46.4, 45.1 และ 46.1 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ตามลำดับ พบว่าในทุกจังหวัดมีอัตราลดลงไม่เกิน 50 : 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี และโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 134 แห่ง โรงพยาบาลเปิดให้บริการคลินิกวัยรุ่นที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยบางโรงพยาบาลเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่(4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ,2559)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริการ และการสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ภายใต้การดำเนินงานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น เป็นการเตรียมการเพื่อพัฒนากำลังคนของประเทศให้มีคุณภาพ เพราะวัยรุ่นจะเป็นทรัพยากรทางมนุษย์ที่สำคัญ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมและประเทศชาติในอนาคต การดำเนินงานวัยรุ่นในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการให้บริการเชิงตั้งรับในที่ตั้งเป็นสำคัญ มุ่งเพียงให้บริการเพียงอย่างเดียว ทำให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไม่กล้าเข้าถึงบริการสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 – 2541 ได้เริ่มต้นศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และได้ดำเนินการพัฒนางานเรื่อยมา จนได้มีการดำเนินงานในรูปแบบของสถานบริการ/คลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) ในระดับโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน(ยุพา พูนขำ และคณะ ,2555) ซึ่งในปัจจุบันนี้แนวทางการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่นต้องอาศัยการบูรณาการจากทุกส่วนงานราชการ มีการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานในคลินิกบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับบูรณาการ ดำเนินการตามองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ 1) การบริหารจัดการ 2) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการ 3) การบริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 4) ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ,2559) โดยการดำเนินงานอำเภออนามัย

การเจริญพันธุ์ เริ่มในช่วง พ.ศ.2553 ที่กำหนดให้มีทุกภาคส่วนทั้งส่วนราชการ ส่วนท้องถิ่นเอกชน ชุมชนและครอบครัว สถานศึกษาและสถานบริการด้านสุขภาพที่สำคัญ เข้ามามีส่วนร่วมเป็นองค์ประกอบของการดำเนินงาน และมีการพัฒนาผู้ให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ซึ่งประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ระดับอำเภอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน จากทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ มีแผนงานรองรับการดำเนินงาน มีการจัดประชุม และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ มีฐานข้อมูลวัยรุ่นและด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ และมีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม องค์ประกอบที่ 2 ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามแผนชุมชน มีการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพในระดับตำบล และมีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม องค์ประกอบที่ 3 ระดับครอบครัวและชุมชน มีการให้ความรู้เรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองวัยรุ่นและเยาวชน องค์ประกอบที่ 4 ระดับสถานศึกษา มีการเรียนการสอนเพศศึกษา เพศวิถี และเครือข่ายการช่วยเหลือนักเรียน องค์ประกอบที่ 5 ระดับสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยนำเอามาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์มาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม(กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ,2559) เน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชนกลุ่มวัยรุ่น และลดสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น และจัดการให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ มีทักษะ การตระหนักในการเข้าถึงสิทธิในการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร การเข้าถึงบริการในคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(กองตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ,2560)

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบ การดำเนินงานจึงได้ศึกษาในเชิงคุณภาพพรรณนา (qualitative descriptive research) ผลการดำเนินการเยี่ยมเสริมพลังโดยใช้กระบวนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง 5 ช. ได้แก่ การชี้ เขียร์ ช่วย เชื่อม ชม และการสอนการแก้ปัญหาแบบ Ideal ให้เครือข่ายอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวนทั้งสิ้น 134 อำเภอ ว่าทำอย่างไรให้เครือข่ายสนใจอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานอันส่งผลให้ผลการดำเนินงานเป็นที่น่าภาคภูมิใจในระดับต้นๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อศึกษาการผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ที่ใช้กระบวนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง 5 ข.

2 เพื่อถอดบทเรียนการสอนการแก้ปัญหาแบบ Ideal สำหรับเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพพรรณนา (qualitative descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ มีความซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่รวบรวมได้ต้องตรงกับเหตุการณ์จริง และวิเคราะห์แปลความข้อมูลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายไว้ รวมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลด้วย ดังนั้นในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured interview) ในการเก็บข้อมูล เนื่องจากต้องการให้มีบรรยากาศขณะดำเนินการสนทนาเป็นธรรมชาติมีความยืดหยุ่น ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้และวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ จะทำให้ได้ข้อมูลที่แสดงถึงการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์และประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเชื่อว่าความรู้หรือความจริงเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมและกาลเวลา โดยที่ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ตรงในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ภายใต้บริบททางสังคม ตลอดจนนโยบายของสถานศึกษาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้ได้องค์ความรู้ตามสภาพจริง ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ให้ข้อมูล แต่ขึ้นอยู่กับความอุ่มตัวของข้อมูล ดังนั้นเพื่อให้การได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล 3 วิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยมีรายละเอียดขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ระยะเริ่มต้น เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งนับว่าตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการทำให้ข้อมูลมีความแม่นยำตรงและน่าเชื่อถือมากที่สุด จึงมีการเตรียมตัวผู้วิจัย ดังนี้

(1) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาปรัชญา เป้าหมายวัตถุประสงค์ ตลอดจนเทคนิคการสนทนากลุ่ม เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เทคนิคการสังเกต วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการแปลผลวิเคราะห์ข้อมูล

(2) การเตรียมพร้อมด้านเนื้อหาและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา ผู้วิจัยศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินหลัก 5 ข. (ซี เซียร์ ช่วย เชื่อม ชม) และการใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาแบบ Ideal ในการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) และการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

(3) ผู้วิจัยเคยผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลักสูตร Social Science and Behavioral Research ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี 2554

(4) ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อออกหนังสือขอลงเยี่ยมประเมินรับรองผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) และขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 9 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัยรุ่นในระดับจังหวัด

(5) การขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการติดต่อเข้าพบโดยตรงจากข้อมูลสถานที่ตามให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนดผ่านการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แล้วจากการทำ snowball sampling ให้ข้อมูลที่ได้มา หรือใช้วิธีการขอความยินยอมผ่านทางโทรศัพท์ มีการชี้แจงในกลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ และทำการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะใช้วิธีนี้กับผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม และขออนุญาตชี้แจงการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการผ่านทางโทรศัพท์และทำการส่งเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(6) การนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสถานที่ดังกล่าวจะต้องมีคุณสมบัติ คือ ไม่มีเสียงดังรบกวน ผู้คนพลุกพล่านจนเกินไป ค่อนข้างมีความเป็นส่วนตัว แต่ในขณะเดียวกันต้องไม่ใช่สถานที่ลับตาผู้คนหรือทำการสนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์ในยามวิกาล เพื่อความปลอดภัยทั้งตัวผู้วิจัยเองและผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์ที่จะ

สัมภาษณ์แบบต่อหน้า ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ตามที่ได้ให้ข้อมูลสะดวก

ระยะการเก็บข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

(1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นการสนทนา พูดคุยที่มีจุดมุ่งหมายหรือประเด็นที่ต้องการศึกษาเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง โดยทำการสัมภาษณ์จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ เครือข่ายคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนแกนนำชุมชน และผู้ปกครองของกลุ่มนักเรียน นักศึกษาที่มีลูกวัยรุ่น อาจารย์ ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นในโรงพยาบาล ซึ่งก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมแจ้งระยะเวลาในการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลา 40 นาที หากข้อมูลที่ได้ยังไม่สมบูรณ์ อาจมีการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ท่านอีก 1-2 ครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม สำหรับวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ในกรณีที่กลุ่มอาสาสมัครไม่สะดวกให้สัมภาษณ์แบบต่อหน้า จะดำเนินการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์แทน ขึ้นอยู่กับความสะดวกของกลุ่มตัวแทนอาสาสมัคร โดยใช้ระยะเวลา 15 – 30 นาที หากสัมภาษณ์ไม่เสร็จสิ้นจะทำการขออนุญาตท่านในการนัดวันที่ เวลาเพื่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในครั้งหน้าและผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวแทนทุกกลุ่ม ในประเด็นการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น และจัดการตนเองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

(2) การสนทนากลุ่ม เป็นการสนทนาในประเด็นการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และการดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น การดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และ

การดำเนินงานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน กลุ่มละไม่เกิน 40 นาที

(3) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) เป็นการสังเกตลักษณะสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมในชุมชน สถานศึกษา สถานบริการสุขภาพ ของเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และผู้รับผิดชอบคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง อำเภอมีการรณรงค์สร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลขยายผลครอบคลุมในทุกตำบล พบว่า เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 ส่วนเพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 อายุของเครือข่ายมากที่สุดอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 อายุน้อยที่สุดเป็นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 อายุเฉลี่ย 43.10 ปี (S.D. = 1.17) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นระดับอำเภอ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 รองลงมาเป็นประชาชนทั่วไป และครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวนละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และตำแหน่งของเครือข่ายที่น้อยที่สุด คือ ผู้บริหารโรงเรียน, สถานศึกษาและ ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น ผู้รับผิดชอบงานคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล จำนวนละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ระดับการศึกษาของเครือข่ายส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 อำเภอมีการรณรงค์สร้างกระแสให้ประชาชนรับรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ได้รับทราบจากการรณรงค์ผ่านสื่อหรือแผ่นพับ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และมีการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลขยายผลครอบคลุมในทุกตำบล ส่วนใหญ่คิดว่าครอบคลุมทุกตำบล จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3

ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นของเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์จากการประเมินผลการ

ที่คิดไว้และควรมีผลอะไรเกิดขึ้น ถ้ากลวิธีที่เลือกไม่สามารถให้เกิดผลตามที่หวัง ควรใช้กลวิธีใหม่และประเมินผลที่เกิดขึ้น มีการบูรณาการพัฒนาการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ การประเมินผลโดยใช้รูปแบบการแก้ปัญหาแบบ IDEAL บูรณาการกับการใช้เทคนิค 5 ช. ได้แก่ ชี้ เชียร์ ช่วย เชื่อม ชม ซึ่งเครือข่ายการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนควรได้พัฒนาทักษะของตนเอง ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์และวิจารณ์ในหัวข้อหรือประเด็นที่น่าสนใจ น่าติดตาม อันจะเป็นแนวทางนำไปสู่การค้นหาปัญหา ด้วยวิธีการอภิปรายซึ่งการอภิปรายจะส่งเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์และตีความได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้ประเมินยังได้ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดของเครือข่ายอำเภอและผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น จึงทำให้ได้แสดงความคิดเห็นในการอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม เพื่อหาสาเหตุของปัญหาวิธีการแก้ปัญหา และผลของการแก้ปัญหา ด้วยความประนีประนอมยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถผ่านมาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8

ปัจจัยด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 พบว่า ผลจากอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี พบว่าการลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี โดยในแต่ละโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 มีอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ลดลงไม่เกิน 50 :1,000 (เกณฑ์ไม่เกิน 50 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี) และโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 134 โรงพยาบาล ทั้งนี้การดำเนินการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ทั้ง 4 องค์ประกอบ โดยที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้บูรณาการการประเมินมาตรฐานร่วมกับศูนย์วิชาการอีก 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ออกติดตามเยี่ยมประเมินรับรองมาตรฐานจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนฉบับบูรณาการ (YFHS) ซึ่งโรงพยาบาลได้นำแนวทางไปสู่การปฏิบัติขยายผลจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว ยังไม่มีเครื่องมืออื่น ๆ ที่จะสามารถนำไปขับเคลื่อนแนวทางในการดำเนินงานป้องกัน และ

แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และจากผลการประเมินในปีงบประมาณ 2555 - 2560 มี โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จากจำนวนทั้งสิ้น 134 แห่ง ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) จำนวน 114 แห่ง และ โรงพยาบาลที่เป็น CUP รวมอีก 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.7 ซึ่งได้ผลงานเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพในประเทศไทยและบรรลุเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 2 เขตสุขภาพที่ได้ผลการทำงานการประเมินดังกล่าว ยังเป็นอันดับหนึ่งของประเทศอีกด้วย โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 100.0 ในปีงบประมาณ 2560 เห็นชัดเจนได้ว่าผลสำเร็จที่ตามมาคือ ข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ในจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 (รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 จังหวัด) มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน จากเดิมในปีงบประมาณ 2555 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 มีข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน เท่ากับ 47.9 และ 55.6 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ สามารถลดลงในปีงบประมาณ 2560 โดยในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ลดลงเหลือเท่ากับ 35.3 และ 41.3 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตาม ตามลำดับ ทำให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน เกณฑ์ในขณะนั้นไม่เกิน 50 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ทั้งนี้เกณฑ์ในแต่ละปีจะปรับลดลงตลอด

อภิปรายผล

ในการศึกษาในครั้งนี้ผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 - 2559 โดยได้ใช้กระบวนการเยี่ยมประเมินเสริมพลัง 5 ช. เป็นผลการดำเนินงานที่มีทิศทางที่ดีขึ้น เพราะทิศทางการพัฒนาอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยในเขตสุขภาพที่ 7 ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 100.0 เขตสุขภาพที่ 8 ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานการ

ดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 94.7 ในปีงบประมาณ 2560 และในภาพรวมทั้งสองเขตสุขภาพพบการประเมินรับรองมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) จำนวน 114 แห่ง และ โรงพยาบาลที่เป็น CUP รวมอีก 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.7 ซึ่งได้ผลงานเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพในประเทศไทย

การพัฒนาอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยเครือข่ายการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 โดยเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งแต่ละอำเภอได้ผ่านการรับรองจาก 3 กรมวิชาการ ว่าเป็นอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์มีการดำเนินงานเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ครอบคลุมในวัยรุ่นในแต่ละอำเภอ โดยการนำเอาภาคีเครือข่ายระดับอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีผลต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผลของกระบวนการในชุมชนมีผลต่อวัยรุ่นและจะต้องระบุนโยบายไปใช้ในการดำเนินชีวิต การเตรียมความพร้อมก่อนแต่งงานและที่สำคัญคือการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อสร้างจิตสำนึกของคนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วย และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (รณิกิต พละศักดิ์ และคณะ ,2560)

ส่วนการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 เพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงที่สะดวก ง่าย เป็นความลับต่อวัยรุ่นและเยาวชน โดยการพัฒนามาตรฐานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตามองค์ประกอบของการพัฒนามาตรฐานการพัฒนาแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พบว่า องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการมีความต้องการมากที่สุด(ประกายดาว พรหมพัฒน์ ,2561) แสดงว่าการบริหารจัดการได้แก่ นโยบายของผู้บริหาร งบประมาณในการดำเนินงาน บุคลากร สถานที่ในการดำเนินงาน การพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่เอื้อต่อการบริหารจัดการมากที่สุด และอุปสรรคในการดำเนินงานได้แก่ การไม่มีคณะทำงานชัดเจน ไม่มีการกำกับการทำงานอย่างเป็นระบบ สถานที่ในการ

ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน เจ้าหน้าที่มีภาระงานจำนวนมาก ขาดความเข้าใจในการดำเนินงานตามมาตรฐาน ไม่มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และขาดการร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในคลินิกวัยรุ่นมีความเป็นมิตรต่อวัยรุ่นมากกว่าคลินิกทั่วไปโดยวัยรุ่นส่วนมากบอกว่าตนเองได้รับการสนับสนุนและความเป็นส่วนตัวกับวัยรุ่นและเยาวชน และเห็นว่าผู้ให้บริการในคลินิกวัยรุ่น ควรมีความรู้ความสามารถที่จะรักษาและให้คำปรึกษาได้ดีกว่าคลินิกทั่วไป ดังนั้นการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนจึงมีความเป็นงานบริการเฉพาะทางอีกด้านหนึ่ง เพราะเหตุแห่งกลุ่มวัย ที่จะกล้าเข้ามาใช้บริการในคลินิกนี้ (Ambresin A, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, & Sawyer SM ,2013)

ประเด็นข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี ในจังหวัดในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วยเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 (รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 จังหวัด) มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน จากเดิมในปีงบประมาณ 2555 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 มีข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน เท่ากับ 47.9 และ 55.6 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตามลำดับ สามารถลดลงในปีงบประมาณ 2560 โดยในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ลดลงเหลือเท่ากับ 35.3 และ 41.3 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ตาม ตามลำดับ ทำให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน เกณฑ์ในขณะนั้นไม่เกิน 50 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ทั้งนี้เกณฑ์ในแต่ละปีจะปรับลดลง ซึ่งพบการสำรวจปฏิบัติการแนวโน้มในปัจจุบันและอัตราการคลอดและอัตราการทำแท้งในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10 -14 ปี และกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ระดับทั่วโลก จำนวน จำนวน 21 ประเทศ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 -19 ปี เท่ากับ 57 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน เป็นอัตราที่สูงที่สุด และพบน้อยที่สุดที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 -19 ปี เท่ากับ 8 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน ในแถบประเทศยุโรปตะวันออกและเอเชียกลางก็พบอัตราการคลอดของหญิงกลุ่มวัยนี้สูงเช่นกัน และมีปัญหาการ

เข้าถึงการคุมกำเนิดโดยเฉพาะประเทศที่เคยเป็นเครือของสหภาพโซเวียต เพราะวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ขาดอุปกรณ์คุมกำเนิด ขาดโปรแกรมการสอนเพศศึกษา และสัดส่วนการทำแท้งก็แตกต่างกันตามประเทศที่มีการทำแท้งเสรีและไม่อนุญาตทำแท้ง มีข้อเสนอแนะในการตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการให้เด็กวัยรุ่นสามารถเข้าถึงการวางแผนครอบครัว (Gilda Sedgh, Lawrence B. Finer, 2015)

ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นของเครือข่ายคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์จากการประเมินผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนและใช้เทคนิคการแก้ปัญหาแบบ Ideal และการเยี่ยมเสริมพลังแบบ 5 ช. ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 พบว่า การรับรู้ความหมายและความเข้าใจต่อการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น พบว่า การเข้าใจความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์ตามการรับรู้ของคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จากตัวแทนตามองค์ประกอบของการดำเนินงาน คือ การบำรุงร่างกาย การเสริมสร้างร่างกาย ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องรักในวัยเรียน เพศศึกษา การป้องกันในเรื่องเพศ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศ การรับรู้ความต้องการให้การพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นในคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นของอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจัยการรับรู้ พบว่า อายุมีผลต่อการรับรู้ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุที่มารดามีบุตรคนแรกและการสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครองสามารถจำแนกหรือพยากรณ์กลุ่มวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ถูกต้องระดับสูง ควรเน้นการถ่ายทอดข้อมูลในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและชี้ให้เห็นผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทุก ๆ ด้าน ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นเห็นถึงผลกระทบและผลเสียจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจนเกิดความตระหนักต่อตนเองในการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการสื่อสารเรื่องเพศและการมี

เพศสัมพันธ์ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่วัยรุ่น(นุชรีย์ แสงสว่าง, บุศรา แสงสว่าง, ณัฐยานี วิสารพันธ์ ,2559)

ข้อเสนอแนะ

การประเมินผลการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ 2557 – 2559 ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 โดยการใช้มาตรฐานการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และมาตรฐานสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนถือเป็นการเริ่มบูรณาการการทำงานของกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ในอนาคตควรให้มีการกรมแพทย์เข้ามาร่วมมีบทบาทในการประเมินและรับรองผลการดำเนินงานในคลินิกวัยรุ่นและการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย เพราะการทำงานด้านวัยรุ่นควรมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เนื่องจากปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีมิติทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลในมิติเชิงคุณภาพ อาจมีข้อจำกัดในประเด็นความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาร่วมกับเวทีการออกประเมินรับรองมาตรฐานทั้งสองอย่างไปด้วยกัน ดังนั้นหากจะมีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นควรมีการบูรณาการดังนี้

1. ควรมีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพของวัยรุ่นให้ครบทุกภาคส่วน เช่น ตำรวจ ควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น
2. ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องจากนโยบายที่สำคัญในระดับกระทรวง เนื่องจากปัญหาของวัยรุ่นเป็นวัยที่สำคัญหาก และผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นมีการเปลี่ยนงานย้ายงานบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ควรกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงในประเด็นการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เพราะการบูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พ.ช.อ.) บางครั้งประเด็นของวัยรุ่นอาจมีความสำคัญน้อยหากเป็นการมองในทุกมิติ ควรแยกปัญหาของวัยรุ่นให้ชัดเจนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. ระบาดวิทยาการตายและการเจ็บป่วยของวัยรุ่นไทย ใน: รสวันต์ อาริมิตร, สุภัญญา อินอิ้ว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สมจิตร จารูรัตนศิริกุล (บรรณาธิการ) ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี; ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2559: 21-36.

- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2553 – 2559. [เอกสารอัดสำเนา]. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการวันที่ 15 กรกฎาคม 2560. นนทบุรี ประเทศไทย, สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2559.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรกลางปีหญิงอายุ 15 – 19 ปี ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2560. [เอกสารอัดสำเนา]. นนทบุรี, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2559. [เอกสารอัดสำเนา]. เอกสารประชุมสัมมนาวิชาการวันที่ 15 กรกฎาคม 2560, นนทบุรี ประเทศไทย, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2559.
- ยุพา พูนขำ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์, รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน “คลินิกวัยรุ่น” (สถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี; สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2555.
- กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน(ฉบับบูรณาการ)และแบบประเมินตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2557.
- กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค. คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2559.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560. [เอกสารอัดสำเนา]. รายงานการตรวจราชการ, นนทบุรี, สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข; 2560; 22-32.
- รศ.ยานภิก พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ภคมล ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 2560: 4(2), 256-267.
- ประกายดาว พรหมพัฒน์. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. การวิจัยผสานวิธี. วารสารสุขศึกษา; 2561: 41(2), 128-140.
- Ambresin A, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, & Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health* 2013; 52(6): 670-681.
- Gilda Sedgh, Lawrence B. Finer, Akinrinola Bankole, Michelle A. Eilers, and Susheela Singh. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *Journal of Adolescent Health*, New York; 2015: 56, 223-230.
- นุชรีย์ แสงสว่าง, บุศรา แสงสว่าง, ณัฐยานัน วิสารพันธ์. การวิเคราะห์ปัจจัยจำแนกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์และวัยรุ่นที่ไม่ตั้งครรภ์. การวิจัยแบบกลุ่มเปรียบเทียบ, *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*; 2559: 28(1), 12-24.