**แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 9**

**ให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน**

จีรภา ผ่องแผ้ว และคณะ ศูนย์อนามัยที่ 9

**เป้าหมาย**

สังคมไทยปัจจุบัน แนวโน้มของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น จะเห็นได้ว่าอัตราการ มีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับ ปวช. สูงกว่าระดับมัธยมเป็นอย่างมาก โดยเพศชายสูงกว่าราว 2 เท่าและในเพศหญิงสูงกว่าเกือบ 3 เท่า ข้อมูลที่น่าตระหนักยิ่งกว่านั้นคือ เมื่อขยายช่วงอายุอัตราการคลอดของเด็กหญิงเป็นอายุ 10-19 ปี พบว่ามีอัตราการคลอด ของเด็กหญิงมีความชุกที่สูงขึ้นและเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 12.9 เป็น 14.9 และ 15.3 มากกว่านี้อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปีเพิ่มขึ้นจาก 80.8 ต่อพันในปี พ.ศ.2553 เป็น 93.6 ต่อพันในปี พ.ศ. 2556 และเป็น 127.08 ต่อพันในปี พ.ศ. 2558 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2553-2558) และข้อมูลปี พ.ศ.2558 จากสถานพยาบาลที่มีการเข้ารับการรักษาด้วยเหตุจากการแท้ง พบว่า ร้อยละ 56.9 ทำแท้งเอง

จากสถานการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหา หลายเขตสุขภาพได้ประสบปัญหาเช่นกัน ซึ่งกระบวนการพัฒนาให้งานอนามัยเจริญพันธุ์มีความก้าวหน้าและสามารถควบคุมและป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิผล ที่สำคัญคือการพัฒนาเชิงระบบด้วยการส่งเสริมให้การดำเนินงานในระดับพื้นที่และอำเภอผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (YFHS) และมาตรฐานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ (RHD) ให้ผ่านเกณฑ์ประเมิน YFHS และ RHD น่าจะเป็นตัวชี้วัดและเป็นกระบวนการให้สามารถควบคุมปัญหาได้สำเร็จ และยังเป็นจุดท้าทาย ให้ผู้เกี่ยวข้องทำการทบทวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายและเกณฑ์ที่วางไว้ ด้วยการสรุปบทเรียนการดำเนินงานโดยใช้การสนทนากลุ่มจะทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เอื้อและขัดขวางความสำเร็จ อันจะนำไปสู่การพัฒนาการงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและยั่งยืน

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อเข้าใจกระบวนการในการดำเนินงาน ปัจจัยเอื้อ ปัญหาอุปสรรค/ปัจจัยขัดขวาง และแนวทางการจัดการ การดำเนินงาน YFHS และ RHD ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9

2.เพื่อค้นหาแนวทางดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

**กระบวนการสร้าง KM/Innovation**

1.การแบ่งปัน แลกเปลี่ยนความรู้ และใช้แบบสอบถามด้วยคำถามปลายเปิด

2.การใช้กระบวนการผสมผสานระหว่างการถอดบทเรียนและการจัดการความรู้ สร้างความรู้ใหม่และนำไปใช้

**ผลสำเร็จของ KM/Innovation ประเมินผล/คุณค่าของ KM/Innovation**

การดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นในกลุ่มที่ผลงานดีเหล่านี้ โดยให้แต่ละคนระบุตามการประเมินที่เป็นอัตวิสัยส่วนบุคคล พบว่าคะแนนความสำเร็จเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 70-80 โดยมีการระบุเกณฑ์หรือตัวบ่งชี้ความสำเร็จที่เป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ โดยผลลัพธ์ที่ระบุส่วนใหญ่จะเป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ซึ่งเห็นความชัดเจนของการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในส่วนของผลลัพธ์แสดงให้เห็นทั้งผลลัพธ์ที่เกิดทั้งต่อบุคคลที่เป็นคนทำงานต่อกลุ่มเป้าหมาย และต่อความก้าวหน้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏเป็นรูปธรรม คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ลดลง

**แนวทางการขยายผลหรือพัฒนาต่อยอด**

แนวทางการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นในอนาคตจะต้องให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชน 7 ประเด็นหลัก โดยมุ่งหวังให้วัยรุ่นได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับคำปรึกษาและเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ สามารถดูแลพฤติกรรมทางเพศของตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือ ชะลอการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อม หากต้องการมีเพศสัมพันธ์ ให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และได้รับการดูแล ช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมหากประสบปัญหาการตั้งครรภ์

**แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 9**

**ให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน**

**Guidelines for Improving Reproductive Health Operations**

**In Adolescents effectively and sustainably in the 9 Area Health**

จีรภา ผ่องแผ้ว และคณะ ศูนย์อนามัยที่ 9

**บทคัดย่อ**

อนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นมีความสำคัญยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคคลกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นรากฐานและเป็นกำลังใจในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติในอนาคต ศูนย์อนามัยที่ 9 จึงได้มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานในเขตนครชัยบุรินทร์(จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) เพื่อ 1) เข้าใจกระบวนการในการดำเนินงาน ปัจจัยเอื้อ ปัญหาอุปสรรค/ปัจจัยขัดขวาง และแนวทางการจัดการปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน YFHS และ RHD ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 และ 2) ค้นหาแนวทางการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนโดยใช้การวิจัยประเมินผลข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective evaluation research) ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูล ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามในผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นในพื้นที่ที่ดำเนินการได้ดี จำนวน 38 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มตามจังหวัด 4 จังหวัด กลุ่มละ 8-10 คน และกระบวนการถอดบทเรียนร่วมกับการจัดการความรู้ ประมวลข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการพรรณนาจำนวนและร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาและประมวลเป็นแผนผังความคิด แผนภาพและการพรรณนา

ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานกว่าครึ่งอยู่ในวงการสาธารณสุข (สสจ. โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ที่เหลือมาจากบุคลากรทางการศึกษาและหน่วยงานท้องถิ่นผู้ ให้ข้อมูลเหล่านี้ ทำงานอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น มามากพอที่จะเข้าใจและให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี(ประสบการณ์เฉลี่ย 8 ปี) เกือบทั้งหมดมีสถานภาพเป็นคณะทำงานและ ผู้ปฏิบัติการหลัก จะเห็นได้ว่ากว่าครึ่งที่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นว่ามีความสำคัญมากกว่าปัญหาสุขภาพอื่นๆ และเห็นว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข โดยกระบวนการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นของเขต 9 เป็นไปตามกระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ส่งผลให้เกิดความสำเร็จที่น่าพึงพอใจในระดับมาก โดยเกิดความสำเร็จทั้งที่เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ ปัจจัยที่เป็นจุดคานงัดแห่งความสำเร็จคือ ผู้นำและนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมและเครือข่ายในลักษณะแนวราบ (Horizontal networks) และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ดีจากการวิเคราะห์พลังขับและพลังต้าน พบว่า พลังต้านมีมากกว่าพลังขับที่ทำให้การ ดำเนินงานที่ยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ สำหรับแนวทางการดำเนินงาน YFHS ประสบความสำเร็จนั้น มีข้อเสนอเพื่อการพัฒนา 7 ประเด็น ได้แก่ ตัววัยรุ่นหรือเยาวชนเอง คนทำงาน/ผู้ปฏิบัติการ ครอบครัว/ผู้ปกครอง นโยบายทุกระดับ เครือข่าย กิจกรรม/กลวิธี และการสนับสนุน

การขจัดปัญหาที่เป็นอุปสรรคจากข้อค้นพบ การทำงานในเชิงวิธีคิดของคนทำงานที่เกี่ยวข้อง การให้ความสำคัญเป็นนโยบายและการหนุนเสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็งจะทำให้การทำงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ 9 บรรลุเป้าหมายได้ในที่สุด

**บทนำ**

สังคมไทยปัจจุบัน แนวโน้มของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการสำรวจของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่า เด็กนักเรียนชั้น ม.5 (อายุราว 16-18 ปี) อัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชายคงที่ ที่ร้อยละ 25.9 ในปี พ.ศ.2553 และ 2558 ขณะที่นักเรียนหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 เป็น 18.2 ขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยมีการเพิ่มขึ้นมาก นักเรียนชายเพิ่มจากร้อยละ 47.9 เป็น 76.2 เช่นเดียวกับนักเรียนหญิง เพิ่มจากร้อยละ 38.1 เป็น 70.6 สำหรับนักเรียนระดับ ปวช. เพศชายอัตราการเคยมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 46.6 เป็น 46.3 ขณะที่อัตราการใช้ถุงยางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.9 เป็น 62.8 ส่วนในเพศหญิง อัตราการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นมากจากร้อยละ 41.0 เป็น 48.2 ขณะที่อัตราการใช้ถุงยางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.5 เป็น 52.8 จะเห็นได้ว่าอัตราการ มีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับ ปวช. สูงกว่าระดับมัธยมเป็นอย่างมาก โดยเพศชายสูงกว่าราว 2 เท่าและในเพศหญิงสูงกว่าเกือบ 3 เท่า ข้อมูลที่น่าตระหนักยิ่งกว่านั้นคือ อัตราการคลอดของเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ.2546 เป็นร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2550 และเป็นร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2558 (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 30 มิ.ย.2559) เมื่อขยายช่วงอายุอัตราการคลอดของเด็กหญิงเป็น อายุ 10-17 ปี ข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันพบว่ามีอัตราการคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 เป็น 6.7และ7.0 ตามลำดับ และเมื่อขยายช่วงอายุอัตราการคลอดของเด็กหญิงเป็นอายุ 10-19 ปี พบว่ามีอัตราการคลอด ของเด็กหญิงมีความชุกที่สูงขึ้นและเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 12.9 เป็น 14.9 และ 15.3 ซึ่งพบความชุก ที่ของอัตราคลอดของเด็กหญิงสูงมากอยู่ในช่วงอายุ 18-19 ปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากร้อยละ 8.0 เป็น 8.2 และ 8.4 ตามลำดับ มากกว่านี้อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปีเพิ่มขึ้นจาก 80.8 ต่อพันในปี พ.ศ.2553 เป็น 93.6 ต่อพันในปี พ.ศ. 2556 และเป็น 127.08 ต่อพันในปี พ.ศ. 2558 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2553-2558) และรายงานข้อมูลปี พ.ศ.2558 ข้อมูลจากสถานพยาบาลที่มีการเข้ารับการรักษาด้วยเหตุจากการแท้ง พบว่า ร้อยละ 56.9 ทำแท้งเอง ซึ่งเหตุผลที่สำคัญของการทำแท้งของเด็กเหล่านี้คือ ร้อยละ 62.6 มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว

ในกลุ่มเด็กหญิงที่ตั้งครรภ์เหล่านี้ ข้อมูลระดับประเทศเปิดเผยว่า อัตราคลอดของเด็กหญิง อายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 39.2 ต่อพัน ในปี พ.ศ. 2546 เพิ่มเป็น 49.7 ต่อพันในปี พ.ศ. 2550 และลดลง เป็น 44.8 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2558 อย่างไรก็ดีเป็นค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดที่ไม่ควรเกิน 50 ต่อพัน สำหรับข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 9 (กลุ่ม 4 จังหวัดคือ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ หรือที่เรียกว่า นครชัยบุรินทร์) พบว่า อัตราคลอดในเขตสุขภาพที่ 9 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ในทิศทางที่ดี กล่าวคือจากอัตราคลอดในปี พ.ศ.2553 อยู่ 49.2 ต่อพัน เพิ่มขึ้นเป็น 54.0, 54.4 และ 52.7 ในช่วงปี พ.ศ.2554-2556 และลดลงเป็น 49.5 ต่อพันในปี พ.ศ.2557 และ 46.8 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2558 หากแต่ข้อมูลในปี พ.ศ. 2559 ไตรมาสแรก ยังพบว่า มีจำนวนคลอดซ้ำในช่วงอายุ 10-19 ปี และ 15-19 ปี ในอัตราร้อยละ 12.5 เท่ากันใน 2 ช่วงอายุ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 10

จากสถานการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหามิใช่เฉพาะในเขตสุขภาพที่ 9 เท่านั้น หากยังมีอีกหลายเขตสุขภาพที่ประสบปัญหาไม่ผ่านเกณฑ์เช่นเดียวกัน ซึ่งกระบวนการพัฒนาให้งานอนามัยเจริญพันธุ์มีความก้าวหน้าและสามารถควบคุมและป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิผล กรมอนามัยจึงให้มีกลไกหนึ่ง ที่สำคัญคือการพัฒนาเชิงระบบด้วยการส่งเสริมให้การดำเนินงานในระดับพื้นที่และอำเภอผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน ได้แก่ มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (Youth Friendly Health ServicesYFHS) และ มาตรฐานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health District, RHD) ด้วยคาดหวังว่า เมื่อหน่วยงานปฏิบัติผ่านเกณฑ์ประเมิน YFHS และ RHD น่าจะเป็นตัวชี้วัดและเป็นกระบวนการให้สามารถควบคุมปัญหาได้สำเร็จ อันจะส่งผลให้วัยรุ่นและเยาวชน มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ปัญหาความรุนแรง และปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและพร้อมเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป อย่างไรก็ดีสถานการณ์ของการผ่านการตรวจมาตรฐาน YFHS และ RHD ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ในภาพรวมสามารถผ่านเกณฑ์ YFHS เฉลี่ยร้อยละ 83.14 โดยจังหวัดสูงสุดที่ผ่านเกณฑ์ คือ นครราชสีมา (ร้อยละ 90.9) รองลงมาคือบุรีรัมย์ (ร้อยละ 87.0) สุรินทร์ (ร้อยละ 82.3) และที่ยังต่ำอยู่ คือจังหวัดชัยภูมิ (ร้อยละ 62.5) สำหรับการผ่านเกณฑ์ประเมิน RHD พบว่าภาพเฉลี่ยของเขตอยู่ที่ร้อยละ 61.36 ซึ่งพบความแตกต่างค่อนข้างมากระหว่างจังหวัด กล่าวคือ นครราชสีมาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 78.1 รองลงมาคือ บุรีรัมย์ (ร้อยละ 69.6) และที่ยังต่ำกว่ามากคือ สุรินทร์ (ร้อยละ 41.2) และชัยภูมิ (ร้อยละ 37.5) ดังนั้นภาพของความแตกต่างของการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ยังไม่เกินเกณฑ์กำหนดเป็นจุดท้าทาย ให้ผู้เกี่ยวข้องทำการทบทวนการดำเนินงานเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายและเกณฑ์ที่วางไว้ ด้วยการสรุปบทเรียนการดำเนินงานโดยใช้การสนทนากลุ่มจะทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เอื้อและขัดขวางความสำเร็จในการดำเนินงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและนำไปสู่ความยั่งยืน

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อเข้าใจกระบวนการในการดำเนินงาน ปัจจัยเอื้อ ปัญหาอุปสรรค/ปัจจัยขัดขวาง และแนวทางการจัดการปัญหาอุปสรรค ของการดำเนินงาน YFHS และ RHD ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9

2.เพื่อค้นหาแนวทางดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

**วิธีการศึกษา**

เป็นการวิจัยประเมินผลข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective evaluation research) ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูล ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแบบสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดเป็นหลัก โดยมีคำถาม อาทิ บทบาทและรูปแบบการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ความคาดหวังในการจัดบริการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ปัญหาและอุปสรรค ผลลัพธ์ของการดำเนินการ และข้อเสนอแนะเพื่อความยั่งยืน เก็บรวบรวมข้อมูลได้ จำนวน 38 ชุด

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการผสมผสานระหว่างการถอดบทเรียนและการจัดการความรู้ ดังนี้ 1) บรรยายให้เห็นความสำคัญของการสรุปบทเรียน 2) การจัดสนทนากลุ่มด้วยแนวคำถามซึ่งประกอบด้วยคำถามหลักได้แก่ ก) กระบวนการ กลยุทธ์/กิจกรรมหลักที่ทำ ข) นวัตกรรมหรือเงื่อนไขหรือจุดคานงัดที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ค) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานเป็นอย่างไร มีอะไรเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จ ง) ปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ จ) ปัญหาอุปสรรค/ปัจจัยขัดขวางที่ทำให้ไม่สำเร็จเท่าที่ควร และแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินการ ฉ) แนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ดียิ่งขึ้นและมีความยั่งยืน และ ช) ความภาคภูมิใจในการดำเนินงาน แต่ละกลุ่มจะทำการประชุมกลุ่มและเตรียมการนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัดโดยมีพี่เลี้ยงจากศูนย์อนามัยที่ 9 และ 3) สรุปผลการสนทนากลุ่ม และนำข้อมูลจากทุกกลุ่มทั้งที่อยู่ใน flip chart การบันทึกเทป และข้อมูลบันทึก มาประมวลผลและวิเคราะห์เพื่อนำเสนอต่อไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มคือ ตัวแทนคนทำงานในทุกระดับของจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์ (เรียกย่อว่า นครชัยบุรินทร์) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมาจากคนทำงานในโครงการที่ประสบความสำเร็จในระดับดี ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรท้องถิ่น) สถานศึกษาในพื้นที่ (โรงเรียนขยายโอกาส/โรงเรียนมัธยมศึกษา) โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแต่ละจังหวัดจะคัดเลือกพื้นที่ที่ดำเนินงานได้ดี และคัดเลือกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโครงการ จังหวัดละ 8-10 คน ในการจัดสนทนากลุ่มจัดแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามจังหวัดให้มีการระดมความคิดเห็นและนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม และหาข้อสรุปร่วมกัน

**การประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาประมวลและวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และในส่วนของข้อคำถามปลายเปิดจะได้ข้อมูลคุณลักษณะหรือเชิงคุณภาพ นำมาประมวลในลักษณะเดียวกันกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่ทำการบันทึกและบันทึกเทป จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อค้นหาประเด็นหลักและประเด็นรองโดยมีแนวคำถามเป็นแนวทางการวิเคราะห์ ซึ่งแนวคำถามจะคล้ายคลึงกับแบบสอบถามส่วนบุคคล ดังนั้นข้อมูลจึงนำมาประมวลและวิเคราะห์เนื้อหาร่วมกัน (Content analysis) การวิเคราะห์เนื้อหาใช้แนวคิดกระบวนการทำงานแบบ PDCA (Deming W.E., 1967)และการบริหารจัดการด้วยทฤษฎีพลังขับและพลังต้าน (Force Field Theory) โดยนำเสนอในรูปของการพรรณนา แผนภาพและแผนผังความคิด

**ผลการศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไป**

จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่องการดำเนินงานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ผ่านการประเมินของเขตสุขภาพที่ 9 รวม 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และ สุรินทร์ (นครชัยบุรินทร์) จังหวัดละ 1 พื้นที่ จำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวน 34 คนและผู้ชาย จำนวน 4 คน อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป คือระหว่าง 36-45 ปี จำนวน 17 คน ระหว่าง 46-59 ปี จำนวน 14 คน และระหว่าง 30-35 ปี จำนวน 7 คน ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 22 คน และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 16 คน

โดยสถานภาพในการดำเนินงานพบว่า เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 8 คน บุคลากรทางการศึกษา (ครู) จำนวน 8 คน เจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่น จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 6 คน

ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ พบว่า มีประสบการณ์เฉลี่ยประมาณ 8 ปี โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ช่วง 6-10 ปี จำนวน 19 คน และ 1-5 ปี จำนวน 7 คน โดยบทบาท ในการดำเนินงานจะพบว่าหลายคนที่ทำหน้าที่หลายอย่าง อาทิ เป็นทั้งกรรมการและผู้ปฎิบัติการ จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่อยู่ในบทบาทคณะทำงานและเป็นผู้ปฏิบัติการหลัก จำนวน 33 คน ร่วมดำเนินกิจกรรมโดยมีคนอื่นเป็นแกนนำหลัก จำนวน 20 คน ร่วมเป็นวิทยากรกระบวนการ จำนวน 14 คน และกรรมการ จำนวน 12 คน

**การให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น**

จากการให้ข้อมูลของผู้ปฏิบัติการจากภาคีต่างๆ จะเห็นได้ว่า คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นว่าเป็นปัญหามากกว่าเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ และเป็นปัญหาเร่งด่วน ที่ควรได้รับการแก้ไขเป็นลำดับต้นๆ ซึ่งเป็นจุดสำคัญของการเกิดความตระหนักต่อปัญหาหรืออาจเทียบได้กับ การเห็นว่ามีทุกข์เกิดขึ้น ซึ่งหากผู้เกี่ยวข้องเห็นว่ามีปัญหาและให้ความสำคัญมากกว่าปัญหาสุขภาพอื่นๆ มากเท่าไรจะเป็นเงื่อนไขและโอกาสในการขับเคลื่อนให้เกิดความตระหนักและระดมพลังในการแก้ปัญหา ได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับหลักความจริงในพุทธศาสนาว่าด้วยอริยสัจ 4 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงวงจรแห่งการดับทุกข์ (แก้ไขปัญหา) ที่ให้ความสำคัญกับขั้นตอนแรกของการตระหนักรู้ ถึงการมีอยู่ของปัญหา ดังนั้นหากนำมาไตร่ตรองและใช้เป็นแนวทางการในแก้ไขปัญหาก็จะสามารถแก้ปัญหาทางเพศในวัยรุ่นได้อย่างแท้จริง

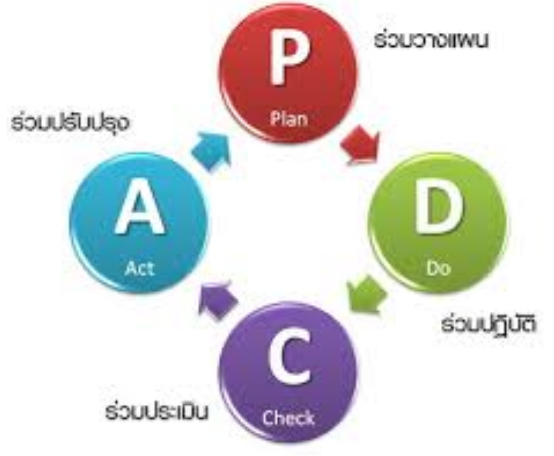
การที่ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญและตระหนักต่อปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นมากกว่าปัญหาสุขภาพอื่นๆ โดยให้เหตุผลที่สำคัญ คือ การมองว่าวัยรุ่นหรือเยาวชนเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต ซึ่งถ้าวัยรุ่นไม่สามารถดำเนินชีวิตและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตได้ ก็จะเป็นปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นต้นเหตุของปัญหาอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพทางเพศ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมีผลกระทบอย่างมากต่อตัววัยรุ่นเอง และผลกระทบต่อสังคม เหตุผลของการให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น มีรายละเอียดดังตาราง 1

**ตาราง 1** การให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ

|  |  |
| --- | --- |
| **มากกว่า เพราะ......** | **พอๆกัน เพราะ.....** |
| * ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพของวัยรุ่น * อัตราการเกิดปัญหาต่างๆ สืบเนื่องจากปัญหาที่เกิดจากวัยรุ่นเป็นสำคัญ * เป็นต้นเหตุในทุกปัญหา * เป็นปัญหาต่อภาระงานกับอนาคตและการดำเนินชีวิตของเด็กและเยาวชน * วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต * เยาวชนเป็นปัญหาที่จะครอบคลุมทุกปัญหาที่จะตามมา * มีปัญหาสุขภาพทางเพศตั้งแต่วัยรุ่น ก็จะส่งผลกระทบในอนาคต เพราะวัยรุ่นเป็นอนาคตของชาติต่อไป * เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นจุดเริ่มต้นของการมีชีวิต ถ้ามีปัญหาเรื่องนี้ ปัญหาสุขภาพอื่นๆจะตามมา * มีผลกับการวางแผนของชีวิตในอนาคต หน้าที่การงานและครอบครัว และผลที่จะเกิดตามมาจะมีอิทธิพลต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ * เป็นพื้นฐานสำคัญของสุขภาพผู้ใหญ่ * วัยรุ่นคือเยาวนที่จะต้องมีคุณค่าและคืออนาคตของประเทศ เป็นกำลังของชาติ * ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยเรียน และปัญหายาเสพติดในวัยรุ่นล้วนเป็นปัญหาสุขภาพ * วัยรุ่นเป็นวัยที่ค่อนข้างดูแลยากเพราะมีความคิดเป็นของตนเองโดยคิดอะไรต่างๆอย่างไม่มีเหตุผล เป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูง หากพลาดชีวิตก็เปลี่ยน จำเป็นต้องช่วยวัยรุ่นให้สามารถยืนต่อได้ในสังคม * สุขภาพทางเพศเป็นสิ่งที่ใกล้ตัวต้องรู้และรู้จักป้องกันตัวเอง * วัยรุ่นจะให้ความสนใจในเรื่องเพศมากที่สุดและเป็นกลุ่มเสี่ยงในเรื่องนี้มากที่สุด | * เป็นปัญหาที่มีมานาน แต่เพิ่งมาเป็นปัญหาในประเทศเมื่อไม่นานมานี้ * ปัญหาด้านอื่นมีผลต่อเนื่องกระทบต่อสุขภาพด้วย * ทุกครั้งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์คือโรคภัยที่คุกคามต่อความปลอดภัยของคน * เป็นพื้นฐานทางด้านสุขภาพในวัยอื่นๆต่อไป * วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงหลายๆด้านทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคม * วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีการพัฒนาหลายด้านและจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่จะพัฒนาประเทศต่อไป * ทุกๆปัญหาสุขภาพสำคัญหมด * ปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆและอายุของผู้ป่วยลดลงเรื่อยๆในปัญหาสุขภาพ * ปัญหาทางสังคม การเลี้ยงดู คุณภาพชีวิต * ผลกระทบด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีผลกระทบด้านคุณภาพ แม่ ลูก * ทุกๆวัยมีปัญหาที่แตกต่างกันแต่ส่งผลเชื่อมโยงกับด้านสุขภาพ * สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเป็นเรื่องจำเป็นเท่าเทียม * ปัญหาทางเพศเป็นเรื่องใกล้ตัว เมื่อไม่รู้จะทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปไม่ต่างกับสุขภาพ * ทุกสิ่งล้วนเป็นวัฏจักรส่งผลซึ่งกันและกัน |

**กระบวนการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น**

ข้อมูลการดำเนินงานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในผู้ปฏิบัติการของพื้นที่ที่ดำเนินการ ในระดับดีและผ่านการประเมิน จากการให้ข้อมูลของผู้ปฏิบัติการและภาคีที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่ากิจกรรมและบริการที่ระบุถึงการดำเนินงาน สามารถจำแนกตามกระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั้งกระบวนการตั้งแต่ขั้น P-Plan คือ ในขั้นเตรียมการและจัดทำแผน ได้แก่ เริ่มต้นจัดทำแผนที่มีการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ และมีการกำหนดโครงการและกิจกรรมต่างๆ จากนั้นเป็นการทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ การประชุมชี้แจง การจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/การสร้างเครือข่าย และที่สำคัญในขั้น D-Do คือ ขั้นดำเนินการที่มีการจัดระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น/จัดตั้งคลินิก/ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน/ในโรงพยาบาล/หรือในชุมชน และกิจกรรมอื่นๆ เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดอบรมกลุ่มครู ผู้ปกครอง นักเรียนแกนนำ และภาคีเครือข่าย และกิจกรรมต่างๆ ตามด้วยขั้น C-Check คือขั้นนิเทศและการติดตามประเมินผล รวมถึงการประเมินมาตรฐาน และสุดท้าย ขั้นของการพัฒนาคือ A-Act ซึ่งทุกพื้นที่มีการสรุปบทเรียนเพื่อปรับปรุงการทำงานในอนาคต โดยภาพรวม จะเห็นได้ว่า พื้นที่ที่ดำเนินการอย่างจริงจังและมีการดำเนินการที่ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่เตรียมการ ทำแผน ดำเนินการตามแผนและติดตามประเมินผล



อย่างไรก็ดี การระบุถึงการนำข้อมูลประเมินผลหรือจากขั้นติดตามเพื่อนำไปปรับปรุงการทำงาน ยังไม่เห็นภาพที่ชัดเจนมากนัก การดำเนินงานส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นถึงขั้นวางแผนและปฏิบัติการ เป็นส่วนใหญ่ ดังผลลัพธ์ในตาราง 2

**ตาราง 2** แสดงกิจกรรมการดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นตามกระบวนการ PDCA

| **กิจกรรมหลัก** | **นครราชสีมา** | **ชัยภูมิ** | **บุรีรัมย์** | **สุรินทร์** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **P-Plan ขั้นวางแผน** |  |  |  |  |
| วิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข ทำแผนการแก้ไขปัญหา |  |  |  |  |
| จัดทำแผนงาน/เขียนโครงการ/โครงการเพศวิถีศึกษาในโรงเรียน |  |  |  |  |
| การประชุมชี้แจงการดำเนินงานให้ทีมงานและภาคีเครือข่ายทราบ |  |  |  |  |
| จัดตั้ง/เป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการดำเนินงาน |  |  |  |  |
| ประสานงานกับกลุ่มวัยรุ่นและภาคีเครือข่ายในการดำเนินการ |  |  |  |  |
| จัดตั้งคณะกรรมการเครือข่ายกลุ่มเยาวชน |  |  |  |  |
| จัดสรรงบประมาณโครงการ |  |  |  |  |
| มีฐานข้อมูล/เก็บข้อมูลในโรงเรียน |  |  |  |  |
| **D-Do ขั้นดำเนินการ** |  |  |  |  |
| จัดทำและดำเนินโครงการเพศวิถีศึกษาในโรงเรียน |  |  |  |  |
| จัดตั้งเครือข่ายเยาวชน/นักเรียนแกนนำ |  |  |  |  |
| จัดระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น/จัดตั้งคลินิก/ศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น |  |  |  |  |
| กิจกรรม 360 องศาเพศวิถีศึกษารอบด้าน/ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร |  |  |  |  |
| จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มวัยรุ่น และตรวจสุขภาพนักเรียน |  |  |  |  |
| การจัดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ |  |  |  |  |
| การจัดกิจกรรมสนับสนุนเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน |  |  |  |  |
| ให้คำปรึกษาปัญหาวัยรุ่น/การให้คำปรึกษาในโรงเรียนและช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง |  |  |  |  |
| สอนเพศวิถีศึกษาให้ ม. 1-6 |  |  |  |  |
| สนับสนุนทั้งด้านวิชาการ และแหล่งความรู้ และสื่อการเรียนการสอน |  |  |  |  |
| เป็นวิทยากรในกิจกรรมและการอบรม |  |  |  |  |
| ส่งเสริมความรู้และทักษะชีวิตให้วัยรุ่น |  |  |  |  |
| อบรมแกนนำ/อบรมให้ความรู้เรื่องเพศแก่วัยรุ่น |  |  |  |  |
| อบรมครูผู้ให้ความรู้ |  |  |  |  |
| จัดอบรมผู้ปกครองและพัฒนาป้องกันโรคติดต่อในกลุ่มเสี่ยง |  |  |  |  |
| ร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ยาเสพติด |  |  |  |  |
| ประสานงานกับผู้บริการหน่วยงาน/องค์กรเพื่อกำหนดและถ่ายทอดนโยบาย |  |  |  |  |
| **C -Check ติดตามประเมินผล** |  |  |  |  |
| สอดส่องปัญหาที่อยู่ในชุมชน/สะท้อนปัญหาในพื้นที่ |  |  |  |  |
| ติดตามประเมินผลและสรุปผลงาน |  |  |  |  |
| ประเมินตามมาตรฐาน |  |  |  |  |
| **A -Act ปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานช่วงต่อไป** |  |  |  |  |
| ประสานงานกับแหล่งทุนสนับสนุนเพิ่มเติม |  |  |  |  |
| นำผลสรุปของการประเมินผลและประเมินมาตรฐานเพื่อวางแผนใหม่ |  |  |  |  |

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ**

การประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นในกลุ่มศึกษาที่อยู่ในกลุ่มที่ผลงานดีเหล่านี้ โดยให้แต่ละคนระบุตามการประเมินที่เป็นอัตวิสัยส่วนบุคคล พบว่าคะแนนความสำเร็จเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ร้อยละ 70-80 โดยมีการระบุเกณฑ์หรือตัวบ่งชี้ความสำเร็จที่เป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ อย่างไรก็ดี ผลลัพธ์ที่ระบุส่วนใหญ่จะเป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ซึ่งเห็นความชัดเจนของการให้ความสำคัญกับการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการดำเนินงาน ขณะที่ในส่วนของผลลัพธ์แสดงให้เห็นทั้งผลลัพธ์ที่เกิด ทั้งต่อบุคคลที่เป็นคนทำงานต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น นักเรียน และต่อความก้าวหน้าของกิจกรรมและผลงาน ที่ปรากฏเป็นรูปธรรม ที่สำคัญคือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ลดลง

จากความสำเร็จที่ปรากฏ พบว่า การสะท้อนปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือจุดคานงัดที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จนั้น ผู้ให้ข้อมูลซึ่งส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานเกือบทั้งหมดมีความเห็นที่ตรงกันว่า ความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของการดำเนินงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายแนวราบ (Horizontal networks) ซึ่งเครือข่ายที่ระบุ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านการศึกษา ผู้ปกครอง ฝ่ายปกครอง พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นต้น ซึ่งจากการประเมินระดับความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของตัวแทนของพื้นที่ที่เป็นตัวอย่างดีๆ ทุกพื้นที่ต่างประเมินอยู่ในระดับมาก

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

Paul Starkey (1997) ให้ความหมายเครือข่ายว่าหมายถึง กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกันในลักษณะที่บุคคล หรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตน การสร้างเครือข่ายเป็นการทำให้บุคคลและองค์กรที่กระจัดกระจายได้ติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ อีกทั้งให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระ มากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบพึ่งพิง

Putnam (1993) พูดถึงเครือข่ายการมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดเรื่องทุนทางสังคมว่าประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ความไว้วางใจ (Trust) 2) บรรทัดฐานการเกื้อกูล (Norms of Reciprocity) และ 3) เครือข่ายการมีส่วนร่วมของพลเมือง (Networks of Civil Engagement)

ตัวชี้วัดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายหรือการเป็นเครือข่ายแท้ คือ 1) มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน (common goal) 2) มีระบบบริหารจัดการที่ดี 3) มีความสัมพันธ์แนวราบแบบหุ้นส่วน (partnership) 4) มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 4) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 5) มีผลประโยชน์ร่วมกัน (common benefit) และ 6) มี การไหลเวียนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

**พลังผลักและพลังต้านในการดำเนินงาน**

จากการประเมินผลลัพธ์ จะเห็นได้ว่า ยังมีช่องว่างของการบรรลุความสำเร็จร้อยละ 20 ด้านหนึ่ง ที่สะท้อนความสำเร็จที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง คือ สถานการณ์ของการผ่านการตรวจมาตรฐาน YFHS และ RHD ในเขตสุขภาพที่ 9 ที่มีความแตกต่างกันในระดับจังหวัด แสดงให้เห็นถึงปัญหาอุปสรรคที่เป็นปัจจัยขัดขวางไม่ให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ เพื่อให้เห็นความสมดุลระหว่างพลังบวกที่เป็นแรงเสริมของการทำงานให้บรรลุเป้าหมายกับพลังลบที่เป็นแรงต้านไม่ให้ขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายได้ ในที่นี้ได้ใช้แนวคิดของ Kurt Lewin (1943) เรื่อง ทฤษฎีแรงผลักแรงต้าน (Force Field Analysis) ซึ่งเป็นเสมือนการวิเคราะห์สนามพลังเพื่อให้เห็นประเด็นที่ต้องทำการไม่ว่าจะเป็นเรื่องบุคคล วิธีการทำงานและสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ

ทฤษฎีแรงผลักแรงต้าน (Force Field Theory of Change) (Lewin K, 1943)

Kurt Lewin เป็นนักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกันผู้พัฒนาทฤษฎีแรงผลักแรงต้านที่ว่า การเปลี่ยนแปลงเชิงองค์กรจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อแรงผลักให้เกิดการเปลี่ยนปลงมีความเข้มแข็งขึ้น และแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงลดกำลังลง หรือทั้งสองกรณีเกิดขึ้นนั้น หากแรงทั้งสองเกิดสมดุล องค์กรจะอยู่ในสภาวะสงบนิ่งหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่หากมีแรงต้านมากกว่าแรงขับจะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน (Force Field Analysis) เป็นเครื่องมือสำคัญตัวหนึ่งที่จะทำให้ผู้บริหารองค์กร มีหลักคิด หรือแนวทางตัดสินใจในการพัฒนาองค์กร เป็นเทคนิคที่จะสร้างความเข้าใจของปัจจัยหรือแรงที่จะขับเคลื่อนหรือเหนี่ยวรั้งการเปลี่ยนแปลง โดยการวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้านเป็นการใช้หลักการดุลยภาพ (Equilibrium Principle) อธิบายถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง (Change) ว่าจะเกิดการผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลง เรียกว่าแรงขับ (Driving Force) ในขณะเดียวกันการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงก็จะมีแรงขับในทิศทางตรงกันข้าม (Resistance Force) โดยมีหลักการคือ เมื่อแรงขับเท่ากับแรงต้าน จะเกิดภาวะสมดุล และเมื่อแรงขับมากกว่าแรงต้าน เกิดการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งเมื่อแรงขับน้อยกว่าแรงต้านย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงปรารถนา (Unplanned Change)

สวว

วว

วว

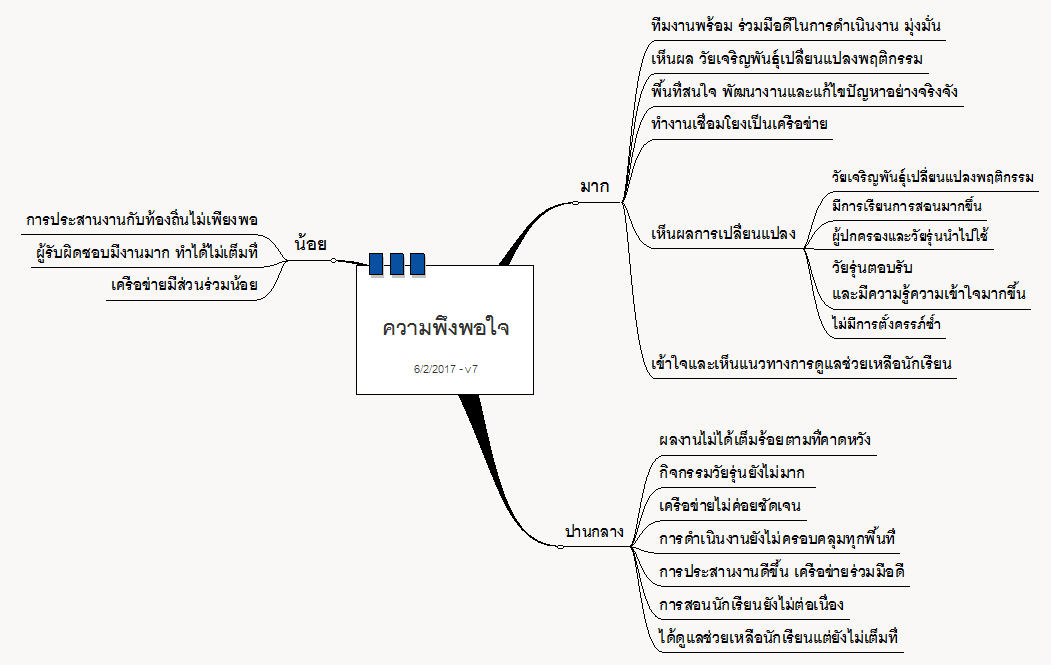
จากข้อมูลการสนทนากลุ่มและการนำเสนอข้อมูลของแต่ละจังหวัด พบพลังบวกหรือแรงขับจำนวน 20 ประเด็น ในขณะที่แรงต้านหรือพลังลบมี 24 ประเด็น ในด้านพลังบวกหรือแรงขับ พบว่า มีทั้งที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เป็นผู้บริหาร/ผู้นำ คนทำงาน (มีความรู้ความเข้าใจ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ) และกลุ่มเป้าหมาย อาทิ เด็ก และผู้ปกครอง เครือข่าย (ความเข้มแข็ง การสนับสนุนและการมีส่วนร่วม) และวิธีการทำงาน เช่น การทำงานเป็นทีม มีการดำเนินงานต่อเนื่อง จัดบริการที่เข้าถึงง่าย เป็นการทำงานเชิงรุก และติดตามต่อเนื่อง เป็นต้น ในทำนองเดียวกัน แรงต้านซึ่งมี 24 ประเด็นนั้น เมื่อทำการจับคู่ความสอดคล้องกัน พบว่า 20 ประเด็นใน 24 ประเด็นที่สามารถจับคู่ระหว่างแรงผลักกับแรงต้าน หากแต่มี 4 ประเด็นของแรงต้านที่มากกว่า ได้แก่ การโยกย้ายผู้นำบ่อยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของงาน ความซ้ำซ้อนของงาน การขาดแรงจูงใจในด้านความก้าวหน้า และการขาดแคลนอุปกรณ์ ซึ่งเป็นภาพสะท้อนถึงความไม่สมดุลที่เป็นไปในเชิงลบ ทำให้ ไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ดังเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการจัดการ รวมถึงพลังเชิงลบอื่นๆ ที่แม้ว่าจะมีพลังเชิงบวกในอีกด้านหนึ่ง แต่การมีปริมาณที่ ไม่แตกต่างกัน ก็เป็นเงื่อนไขที่ทำให้ไม่เกิดการพัฒนา ประเด็นที่คนส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันถึงแรงขับและ แรงต้านคือ ผู้นำ/ผู้บริหาร และ เครือข่าย โดยเฉพาะประเด็นผู้นำที่เกี่ยวข้องกับนโยบายเป็นประเด็นที่คน ส่วนใหญ่ให้น้ำหนักมากที่สุด ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวทางในการจัดการกับพลังลบทั้งมวล และ พลังที่ถ่วงจุดคานงัดที่ทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามที่พึงประสงค์

**สรุปและข้อเสนอแนะ**

**ผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์และความพึงพอใจ**

การตระหนักในความสำเร็จของการดำเนินงานพบว่า ราวครึ่งหนึ่งที่ทราบถึงผลสำเร็จในทิศทางที่ดีคือ ทำให้ปัญหาลดลง อย่างไรก็ดีในขณะที่อีกครึ่งหนึ่งเห็นว่าสถานการณ์ยังคงที่และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้ผู้รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายจะดำเนินงานอย่างมุ่งมั่นตั้งใจ และทุ่มเท แต่ยังมีอุปสรรคอยู่บ้าง ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ของตนเอง อย่างไรก็ตามด้วยเหตุ ที่กลุ่มศึกษาอยู่ในกลุ่มตัวอย่างดี ดังนั้นจึงมีผลมีความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมากต่อการดำเนินงาน ขณะที่มีเพียงส่วนน้อยที่พอใจอยู่ในระดับน้อย/ต่ำ โดยมีเหตุผลสนับสนุนความพึงพอใจในกลุ่มที่พอใจมากจะเห็นได้ชัดเจนถึงตัวบ่งชี้ทั้งที่เป็นกระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือการสร้างการเปลี่ยนแปลงต่อวิธีการทำงาน และต่อกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ เด็ก/นักเรียนและครอบครัว อีกทั้งยังส่งผลต่อคนทำงานด้านคุณค่าทางจิตใจ เช่นเดียวกับกลุ่มที่พึงพอใจปานกลางและน้อยซึ่งพิจารณา จากประเด็นเดียวกัน หากแต่มีระดับความสำเร็จที่น้อยลงมา ซึ่งประเด็นสำคัญของกลุ่มที่มีความพึงพอใจน้อยคือ การประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เข้มแข็ง เท่าที่ควร ซึ่งหากพิจารณาจากตัวชี้วัดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายตามหลักการ ได้แก่ การมีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน การมีระบบบริหารจัดการที่ดี

การมีความสัมพันธ์แนวราบแบบหุ้นส่วน การมีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การมีผลประโยชน์ร่วมกัน และมีการไหลเวียนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบกับประเด็นสะท้อนจากคนทำงานดังสรุปในแผนภาพ 1 แสดงให้เห็นถึงภาพของเครือข่ายบางแห่งที่ยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร ซึ่งยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อประสิทธิผลการดำเนินงาน YFHS

**แผนภาพ 1** แสดงความพึงพอใจต่อผลลัพธ์และการดำเนินงาน YFHS ของผู้รับผิดชอบ

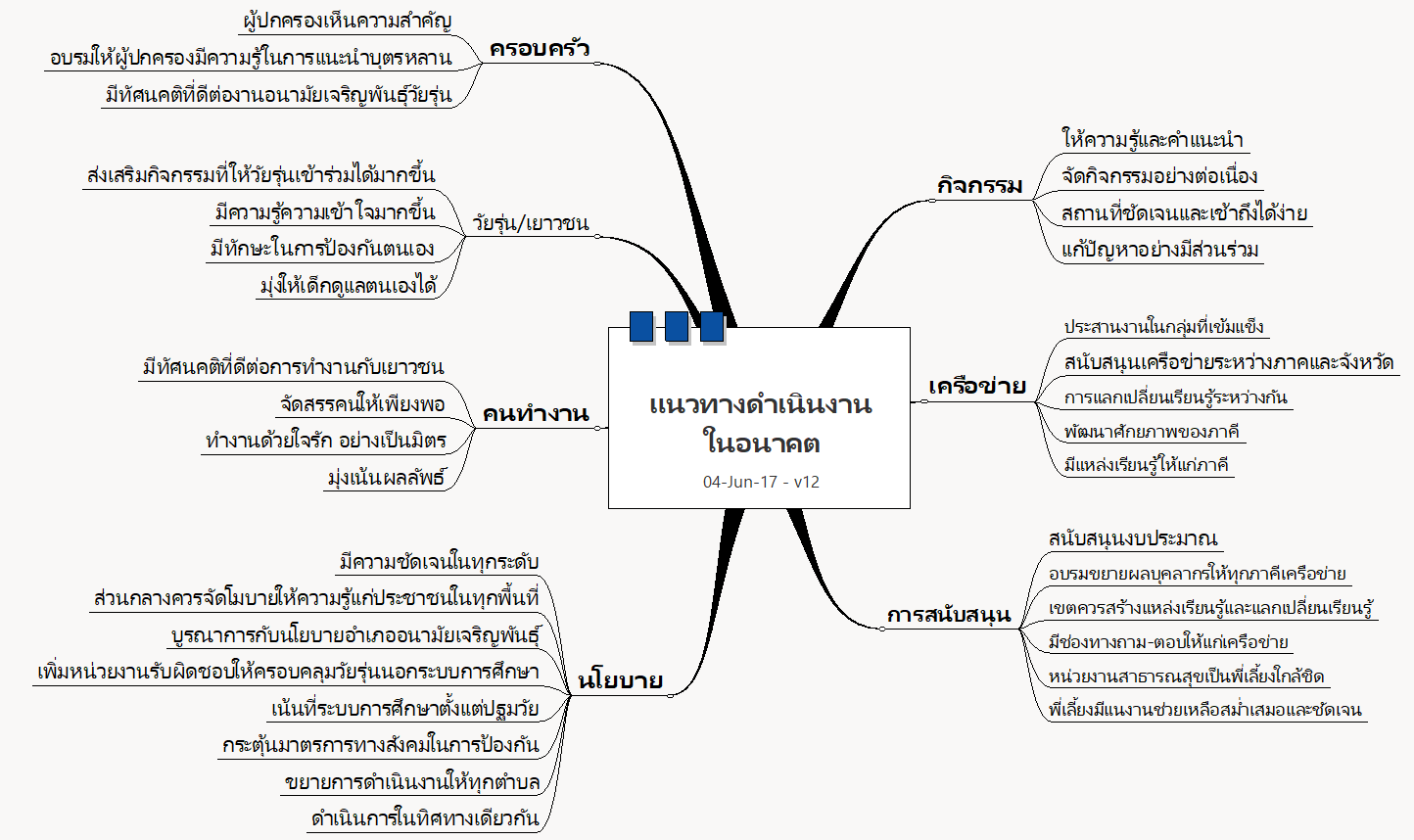
**ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานต่อไป**

จากการระดมความคิดเห็นถึงแนวทางในการดำเนินงานต่อไปในอนาคตเพื่อให้งาน YFHS ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมาย มีข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานใน 7 ประเด็นด้วยกันคือ

* **ตัววัยรุ่นและเยาวชนเอง** ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมที่ให้วัยรุ่นได้มีส่วนร่วมมากขึ้น ทำให้วัยรุ่น มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และมีทักษะในการป้องกันตนเอง อันจะนำไปสู่การดูแลตนเองได้
* **คนทำงาน/ผู้ปฏิบัติการ** ควรมีการสร้างสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทำงานกับเยาวชน ให้เกิดการทำงานด้วยใจรัก มุ่งมั่น ทำงานอย่างเป็นมิตรและมุ่งเน้นผลลัพธ์ ขณะเดียวกันควรมีการจัดสรรคนให้เพียงพอในการทำงาน
* **ครอบครัว/ผู้ปกครอง** จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปกครองต้องเห็นความสำคัญ ซึ่งต้องพยายามให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น ต้องอบรมให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำแก่วัยรุ่น พร้อมทั้งสร้างทัศนคติที่ดีต่องานอนามัยเจริญพันธุ์
* **นโยบายทุกระดับ** ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก ด้วยฐานความคิดที่ว่า“หากผู้บริหารเล่นด้วย งานมีโอกาสสำเร็จกว่าครึ่งแล้ว” ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้นโยบายมีความชัดเจนในทุกระดับตั้งแต่ส่วนกลาง จังหวัดและพื้นที่เพื่อให้มีการดำเนินการเป็นไปในทิศทางเดียว ให้มีการบูรณาการกับนโยบายอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และให้ดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่มีการหนุนเสริมจากส่วนกลางในการจัดโมบายให้ความรู้แก่ประชาชนในทุกพื้นที่เพื่อให้มีชุดความรู้เหมือนกัน เพิ่มหน่วยงานรับผิดชอบวัยรุ่นให้ครอบคลุมวัยรุ่นทั้งที่อยู่ในระบบและนอกระบบการศึกษา และเน้นระบบการศึกษาตั้งแต่ปฐมวัยเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันตั้งแต่เด็ก กระตุ้นให้เกิดการสร้างนโยบาย/มาตรการทางสังคมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นพันธะสัญญาของชุมชนในการตระหนักและรับผิดชอบร่วมกัน
* **เครือข่าย** เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นให้ประสบความสำเร็จ จึงจำเป็นยิ่งที่จะสนับสนุนเครือข่ายระหว่างภาคและระหว่างจังหวัดและในพื้นที่ให้มีการประสานงานเพื่อทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็ง มีการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีแหล่งเรียนรู้ให้แก่ภาคีเครือข่ายเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานและมีทักษะในการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สร้างเครือข่ายครอบครัวและชุมชน บูรณาการในงานของทีมหมอครอบครัว และพัฒนาสู่อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน
* **กิจกรรม/กลวิธี** กลวิธีสำคัญคือการให้ความรู้และคำแนะนำ ขณะเดียวกันการจัดกิจกรรมต่างๆ ควรมีความต่อเนื่อง สถานที่จัดคลินิกวัยรุ่นควรมีความชัดเจนและสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นแบบบูรณาการ และให้วัยรุ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของเขาเอง
* **การสนับสนุน** ข้อเสนอแนะต่อเขตหรือส่วนกลางควรให้การสนับสนุนงบประมาณเป็นประเด็นที่ทุกพื้นที่เห็นสมควรให้มีเงินสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม การสนับสนุนการอบรมพัฒนาศักยภาพ พัฒนาคู่มือ สื่อ แนวทางการดูแลและส่งต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการแท้ง ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น การสร้างแหล่งเรียนรู้เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเป็นพี่เลี้ยงใกล้ชิดและมีแผนงานช่วยเหลือที่ชัดเจนและต่อเนื่อง มากกว่านั้นคือ การพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยจากงานประจำสู่งานวิจัย (R to R) และส่งเสริมการนำเสนอผลงานวิชาการผ่านเวทีประชุมวิชาการระดับชาติ

สรุปได้ดังแผนภาพ 2

**แผนภาพ 2** แสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นในอนาคต



**สรุปและอภิปรายผล**

หากพิจารณาจากสถานการณ์ผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 9 ไม่ว่าจะเป็นอัตราการคลอดซ้ำซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 10) ในช่วงอายุ 10-19 ปีและ 15-19 ปีในอัตราร้อยละ 12.5 เท่ากัน รวมทั้งมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (Youth Friendly Health Services YFHS) และ มาตรฐานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health District, RHD) ที่ยังผ่านเกณฑ์การประเมิน ในอัตราที่แตกต่างในเชิงพื้นที่ (จังหวัด) ที่ยังต่ำอยู่มากในจังหวัดสุรินทร์ (ร้อยละ 41.2) และชัยภูมิ (ร้อยละ 37.5) ซึ่งจากบทสะท้อนของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นตัวแทนของพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่ในระดับ ที่มีกระบวนการดำเนินงานและผลงานดีเป็นที่ประจักษ์ ยังคงพบว่ามีปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานอยู่มากพอสมควร ซึ่งเมื่อประเมินเทียบปัจจัยแห่งความสำเร็จด้วยแนวคิดแรงขับและแรงต้าน (Force-field theory) จะเห็นความไม่สมดุลของแรงต้านที่มีมากกว่าซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องมีการทบทวนและพัฒนาการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่อีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นได้อย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิผล ซึ่งมีประเด็นที่ต้องการการพัฒนาในหลายมิติด้วยกัน

จากข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อให้งานมีประสิทธิภาพพบว่าประเด็นข้อเสนอส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในการดำเนินงาน YFHS ว่าเป็นบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนหรือมีความหมายอีกนัยหนึ่งคือ บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชน WHO ได้สรุปคุณลักษณะ YFHS ประกอบด้วย 11 คุณลักษณะดังนี้

1. **นโยบายที่เป็นมิตร** เป็นไปตามสิทธิของวัยรุ่นและเยาวชนในข้อกำหนดของสหประชาชาติว่าด้วย สิทธิของเด็ก และคำประกาศต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง คำนึงถึงความต้องการพิเศษที่แตกต่างกันของกลุ่มประชากร รวมถึงกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส ไม่มีการจำกัดบริการสุขภาพด้วยเหตุผลทางเพศ ความทุพพลภาพ เชื้อชาติ ศาสนา หรืออายุ ให้ความสนใจ เป็นพิเศษในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศ รับรองความเป็นส่วนตัว และส่งเสริมความรับผิดชอบ ต่อตนเอง
2. **กระบวนการให้บริการที่เป็นมิตร** การลงทะเบียนที่ง่ายและปกปิด รวมทั้งสามารถเก็บและค้นข้อมูลย้อนหลังได้ ระยะเวลารอรับการรักษาสั้น และมีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว (ในกรณีที่จำเป็น) สามารถให้คำปรึกษาได้ทั้งในกรณีที่มี และไม่มีการนัดหมาย
3. **ผู้ให้บริการที่เป็นมิตร** มีสมรรถนะทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นและเยาวชน และสามารถให้บริการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและดูแลในส่วนที่เกี่ยวข้องตามสภาพแวดล้อมเป็นรายบุคคล มีทักษะในการ ติดต่อสื่อสาร มีแรงจูงใจและสิ่งผลักดัน เข้าถึงง่าย ไว้ใจได้ อุทิศเวลาให้กับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ให้ ข้อมูลและการสนับสนุนพร้อมทั้งเสนอทางเลือกให้วัยรุ่นสามารถเลือกสิ่งที่ตรงกับความต้องการได้อย่างเหมาะสม
4. **ทีมสนับสนุนบริการที่เป็นมิตร** เข้าใจและคำนึงถึงการให้บริการวัยรุ่นและเยาวชนแต่ละคน อย่างเท่าเทียมกัน
5. **สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก** สถานที่ตั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เดินทางสะดวก และมีรูปแบบที่วัยรุ่นและเยาวชนต้องการ เวลาเปิดบริการที่สะดวกเหมาะสมกับวัยรุ่นและเยาวชน สถานที่มีความเป็นส่วนตัวและไม่ทำให้สังคมและชุมชนมองในแง่ลบ มีเอกสาร สื่อ สิ่งพิมพ์เพื่อให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้รับบริการ
6. **วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วม** เพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการและสิทธิของตน เพื่อกระตุ้นวัยรุ่นและเยาวชนให้เคารพสิทธิของผู้อื่น เพื่อมีส่วนร่วมในการประเมินบริการรวมถึงประเมินสื่อให้ความรู้
7. **มีการสื่อสารกับชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วม** เพื่อส่งเสริมคุณค่าของบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวและชุมชนสนับสนุนบริการ
8. **การบริการเชิงรุกและสัมพันธ์กับบริการด้านอื่นโดยวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน** เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ
9. **การบริการที่เหมาะสมและครบวงจร** บริการด้านกาย จิต อารมณ์ สังคม และพัฒนาการของวัยรุ่นและเยาวชน มีบริการดูแลสุขภาพครบวงจรรวมถึงบริการส่งต่อ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น
10. **การบริการสุขภาพที่มีประสิทธิผล** มีข้อมูลจากการศึกษาวิจัย และคู่มือในการปฏิบัติงานมีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และบริการพื้นฐานที่จำเป็น มีกระบวนการปรับปรุงคุณภาพบริการ
11. **การบริการที่มีประสิทธิภาพ** มีระบบบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารและข้อมูลค่าใช้จ่ายสำหรับ แหล่งทรัพยากรต่างๆ มีระบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร

แนวทางข้างต้นจะไม่อาจเกิดขึ้นได้หากไม่ได้รับความจริงจังในการดำเนินงานของผู้รับผิดชอบหลัก และสานพลังภาคีเครือข่ายเข้าร่วมกระบวนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งเพื่อให้เกิดรูปธรรมและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ซึ่งนับแต่นี้ต่อไปประเทศไทยมีบริบทที่เอื้อต่อการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องด้วยพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ตามประกาศราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133/ตอนที่ 30 ก/วันที่ 31 มีนาคม 2559 โดยมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป (เวปไซต์ราชกิจจานุเบกษา) ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้ตราขึ้นโดยมุ่งหวังให้วัยรุ่นได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับคำปรึกษาและเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ สามารถดูแลพฤติกรรมทางเพศของตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือ ชะลอการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อม หากต้องการมีเพศสัมพันธ์ ให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และได้รับการดูแล ช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมหากประสบปัญหาการตั้งครรภ์

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ฉบับนี้น่าจะเป็นบริบท ที่เอื้อให้เกิดการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย ดังจะเห็นได้จากการขยับตัวของหน่วยงานที่ระบุที่จะดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดในปัจจุบัน ดังนั้นจึงเป็นความหวังของการดำเนินงาน YFHS และ RHD ซึ่งน่าจะมีทิศทางและแนวโน้มที่ดีในอนาคต และเชื่อว่าหากหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ทั้งหลายดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด ย่อมจะทำให้การดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในเขตสุขภาพที่ 9 สามารถบรรลุเป้าหมายได้ในที่สุดและจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

**บรรณานุกรม**

ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559. ดาวน์โหลดจาก [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/E/236/1.PDF เข้าถึง](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/E/236/1.PDF%20เข้าถึง)เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2560.

วิศิษฐ์ ฤทธิบุญไชย. (มปป.). อริยสัจ 4 แนวทางแห่งการวิจัย. ดาวน์โหลดจาก [http://pws.npru.ac.th/wisitson/ system/20160517115355\_06f53fe9212c0be5639de53ea184c1a4.pdf](http://pws.npru.ac.th/wisitson/%20system/20160517115355_06f53fe9212c0be5639de53ea184c1a4.pdf). เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2560.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558) สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ใน  
 วัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558. เอกสารนำเสนอของนายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัย  
 การเจริญพันธุ์. ดาวน์โหลดจาก [http://rh.anamai.moph.go.th/download/all\_file/index. เข้าถึง  
 เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2560](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index.%20เข้าถึง%20%20%20%20%20%20%20%20%20เมื่อวันที่%2015%20มีนาคม%202560).

Burnes, Bernard; Cooke, Bill (2013). "Kurt Lewin's field theory: a review and re-evaluation".   
 [**International Journal of Management Reviews**](https://en.wikipedia.org/wiki/International_Journal_of_Management_Reviews)**.** **15** (4): 408–425. [doi](https://en.wikipedia.org/wiki/Digital_object_identifier):[10.1111/j.1468-  
 2370.2012.00348](https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-2370.2012.00348.x)

Deming W E. (1967). Walter A Shewhart 1891–1967. **Am Statistician**, 2139–40.

Lewin, K. (1943). "Defining the 'Field at a Given Time'". [**Psychological Review**](https://en.wikipedia.org/wiki/Psychological_Review)**.** 50(3): 292–310.   
 Republished in Resolving Social Conflicts & Field Theory in Social Science.   
 Washington, D.C.: [American Psychological Association](https://en.wikipedia.org/wiki/American_Psychological_Association), 1997.

Putnam, R. D. (2000). **Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community.** New York/London: Simom and Schuster.

Shewhart W A. (1931). **Economic control of quality of manufactured product.** New York:   
 Van Nostrand.

Starkey, P. (1997). **Networking for Development,** IFRTD (The International Forum for Rural   
 Transport and Development).