ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง
ศุภรานันท์ ยุทธโกวิท
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

วันรับ 5 มกราคม 2569
วันแก้ไข 23 มีนาคม 2569
วันตอบรับ 31 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564) โดยศึกษาการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด และประเมินผลการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้รูปแบบการวิจัยแบบวิธีผสานวิธี (Mixed Methods Research) ตามกรอบแนวคิด CIPP Model สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนใน 6 จังหวัด ผลการศึกษาพบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เท่ากับ 0.9 และ 24.4 ต่อพันตามลำดับ วัยรุ่นร้อยละ 66.6 ทราบเรื่องการบังคับใช้พระราชบัญญัติฯ ผ่านสื่อออนไลน์เป็นหลัก วัยรุ่นร้อยละ 77.9 ยังไม่เคยได้รับบริการสุขภาพทางเพศจากบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการฯ ส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสำคัญระดับมาก และยุทธศาสตร์ฯ ประสบความสำเร็จในระดับสูง ปัญหาอุปสรรคสำคัญคือ ความไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด การขาดข้อมูลเชิงลึกในระดับพื้นที่ และงบประมาณไม่เพียงพอ โดยมีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 83.3 สำหรับด้านทันตสาธารณสุขพบว่า วัยรุ่นเข้าถึงบริการต่ำเนื่องจากความกังวลเรื่องความปลอดภัยต่อทารก และขาดการเชื่อมโยงระบบนัดหมายระหว่างงานฝากครรภ์กับงานทันตกรรม ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ หน่วยงานเจ้าภาพทุกยุทธศาสตร์ควรเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ให้แก่คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด การเร่งจัดการระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และเร่งรัดพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับใช้เก็บข้อมูลระดับจังหวัด ส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากร และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร (YFHS) ให้ครอบคลุมทั้งงานทันตกรรมและการคุมกำเนิดเพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการของวัยรุ่น

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

*ผู้รับผิดชอบหลัก, : am.piyarat@gmail.com

Implementation of the Strategy for Prevention and Resolution of Adolescent Pregnancy, 2017–2026: A Midterm Assessment (2021)

Piyarat Eaimkhong

Suparanan Yutakowit

Bureau of Reproductive Health , Department of health

Abstract

This research aims to evaluate the implementation of the National Strategy for Prevention and Resolution of Adolescent Pregnancy, 2017–2026, during the midterm phase (2021). It examined adolescents' awareness and access to rights, the opinions of provincial sub-committees, and evaluated the operation of oral health promotion services among pregnant adolescents. A mixed-methods research design was employed based on the CIPP Model framework. Multi-stage sampling was conducted across six provinces. The results showed that adolescent birth rates for females aged 10–14 and 15–19 were 0.9 and 24.4 per 1,000 population, respectively. While 66.6% of adolescents were aware of the Act's enforcement, primarily through online media. However, 77.9% of adolescents had never received sexual health services from public health personnel. Regarding the perception and opinions of the provincial sub-committees, the majority viewed the issue of adolescent pregnancy as highly important and considered the strategy to be highly successful. Key obstacles included a lack of understanding regarding the roles and responsibilities of the provincial sub-committees, a lack of in-depth local data, and insufficient budgets; nevertheless, 83.3% of the indicators met the criteria. Regarding dental public health, it was found that adolescent access to services was low due to concerns about fetal safety and a lack of linkage between antenatal care and dental appointment systems. The recommendations from this research are that host agencies for all strategies should urgently build knowledge and understanding of roles and responsibilities for provincial sub-committees, accelerate database system management to support operations, and expedite the development of data collection tools for indicators at the provincial level. Additionally, the role of Local Administrative Organizations should be promoted to support budgets and resources, and Youth-Friendly Health Services (YFHS) should be developed to cover both dental care and contraception to reduce service access issues for adolescents.

Keywords: Adolescent Pregnancy, Adolescent Pregnancy Strategy, Strategy Implementation, Oral Health Promotion in Pregnant Adolescents

*Corresponding Author, ✉ : am.piyarat@gmail.com

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาสำคัญก่อให้เกิดผลกระทบต่อวัยรุ่น ครอบครัว และสังคมส่วนรวม มีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นปัญหาและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งปัญหาสุขภาพของแม่ คุณภาพของทารกที่คลอด ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคมของแม่วัยรุ่นและครอบครัว [1-3] การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยนับอายุถึงวันคลอดบุตรในวัยรุ่นที่น้อยกว่า 20 ปี องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 [4] อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีของประเทศไทยนับว่าสูงอยู่ในระดับต้นๆ ของกลุ่มประเทศอาเซียน ข้อมูล พ.ศ. 2563-2564 อัตราคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปีเท่ากับ 0.9 ต่อพันทั้งสองปี และอัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 28.7, 24.4 ต่อพันตามลำดับ [5, 6]

จากสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ในระดับสูง ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ โดยมีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานบูรณาการของทุกภาคส่วนหลักอย่างจริงจังเป็นรูปธรรม และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2559 เป็นต้นมา [7] โดยสาระสำคัญของ พ.ร.บ. คือ การให้วัยรุ่นได้รับสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ การได้รับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว และได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค โดยมีหน่วยงานหลัก 6 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 กำหนดเป้าหมายลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เหลือ 0.5 ต่อพัน และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อพัน เมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฯ ในปี พ.ศ. 2569 [6] ที่ผ่านมาหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ มาแล้ว 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2562 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2563-2564 จากการติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 1 ในปี 2562 พบปัญหาอุปสรรคหลายประการ เช่น ไม่มีการดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด เป้าหมายยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการไม่สอดคล้องกัน ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ได้ครบถ้วน [8] อีกทั้งยังมีช่องว่างในการเชื่อมโยงแม่วัยรุ่นกับบริการสุขภาพด้านอื่นที่มีความสำคัญและสัมพันธ์กับสุขภาพของมารดาและทารก โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ในปัจจุบันสุขภาพช่องปากได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญและเป็นหัวใจหลักของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม โรคในช่องปากที่สำคัญ ได้แก่ ฟันผุ โรคปริทันต์ (โรคเหงือก) และมะเร็งในช่องปาก ซึ่งล้วนเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมากทั่วโลก โรคในช่องปากมักถูกละเลยโดยผู้กำหนดนโยบายและนักการเมือง และถูกมองว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่สำคัญนัก อย่างไรก็ตามในการประชุมสุดยอดสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันโรคไม่ติดต่อในปี 2554 สุขภาพช่องปากได้รับการเน้นย้ำว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ [9] ผลการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์จากรายงานวิจัยสำนักทันตสาธารณสุขเกี่ยวกับสภาวะช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ และผลของการได้รับบริการต่ออุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย พ.ศ. 2563 พบว่า สถานการณ์ฟันผุในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศอยู่ในระดับรุนแรง มีหญิงตั้งครรภ์มีฟันผุ ร้อยละ 90.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 6.37 ซี่/ คน

และจำเป็นต้องรับการขูดหินน้ำลายถึง ร้อยละ 91.8 นอกจากนี้ข้อมูลสถานการณ์ด้านทันตสุขภาพของประชาชนไทยแสดงถึงปัญหาสุขภาพช่องปากตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ในวัยเด็กและวัยรุ่น โดยพบว่า วัยรุ่นยังเข้าถึงบริการได้ไม่คลอบคลุม ผลการสำรวจวัยรุ่นอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ร้อยละ 47.9 ไม่ทราบสิทธิหลักประกันสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของตน ส่งผลให้ได้รับการตรวจฟันและได้รับบริการทันตกรรมเพียง ร้อยละ 37.3 และ 24.8 ตามลำดับ ทำให้ยังคงพบปัญหาการเกิดโรคฟันผุ และสภาวะเหงือกอักเสบสูงถึง ร้อยละ 61.2 และ 79.5 [10] การไม่เข้าถึงการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากในกลุ่มที่ยังมีปัญหานั้น นับว่ากระทบต่อความสำเร็จในยุทธศาสตร์ในด้านส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของแม่วัยรุ่น และส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของมารดาและทารกในครรภ์ จากการที่มารดาที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญประกอบด้วย ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย มีการศึกษาพบว่า โรคปริทันต์อักเสบอย่างรุนแรง (Severe Periodontitis) เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย [11-13]

ดังนั้นเมื่อแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ได้ดำเนินการมาจนถึง พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นปีที่สิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับ พ.ศ. 2563-2564 และนับว่าได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาครึ่งแผนยุทธศาสตร์ จึงต้องมีการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพื่อนำมาปรับปรุงการจัดทำแผนปฏิบัติการในระยะครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2565-2569 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถกำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจง เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคและช่องว่างการดำเนินงานที่มีอยู่ รวมทั้งการศึกษาประเด็นเพิ่มเติมที่มีความเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารกในด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งองค์กรสหพันธ์ทันตกรรมโลกได้ให้คำนิยามใหม่ของคำว่าสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปทั้งร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพช่องปากที่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย [14] การติดตามผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน พ.ศ. 2564 นี้ เป็นการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบด้วยการศึกษาแบบผสานวิธี (Mixed method) เพื่อช่วยให้สามารถประเมินผลลัพธ์ในเชิงปริมาณควบคู่กับการทำความเข้าใจปัญหาอุปสรรคเชิงลึกจากผู้ปฏิบัติงานผ่านข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงยุทธศาสตร์ในระยะครึ่งแผนหลังได้อย่างแม่นยำและครอบคลุม โดยใช้ทฤษฎีการประเมินผลแบบ CIPP Model ของ Daniel L Stufflebeam เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงานในระยะครึ่งหลัง รวมถึงการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และตอบสนองต่อปัญหาอุปสรรค เพื่อให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อวัยรุ่น ครอบครัว และสังคมอย่างแท้จริงตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

วัตถุประสงค์รอง

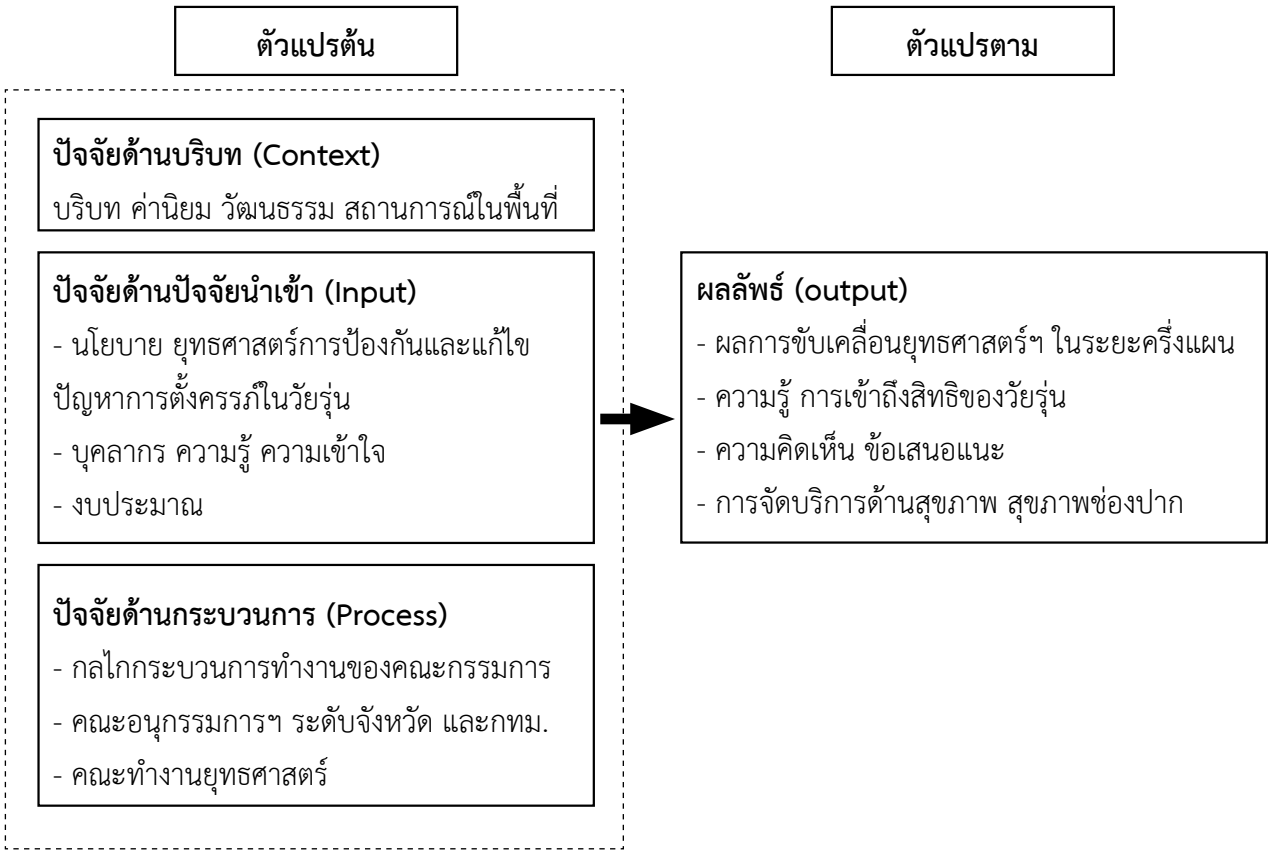
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

2. เพื่อศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดต่อพระราชบัญญัติ และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3. เพื่อศึกษาผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามองค์ประกอบของ CIPP Model

4. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

กรอบแนวคิดการศึกษา (Conceptual framework



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

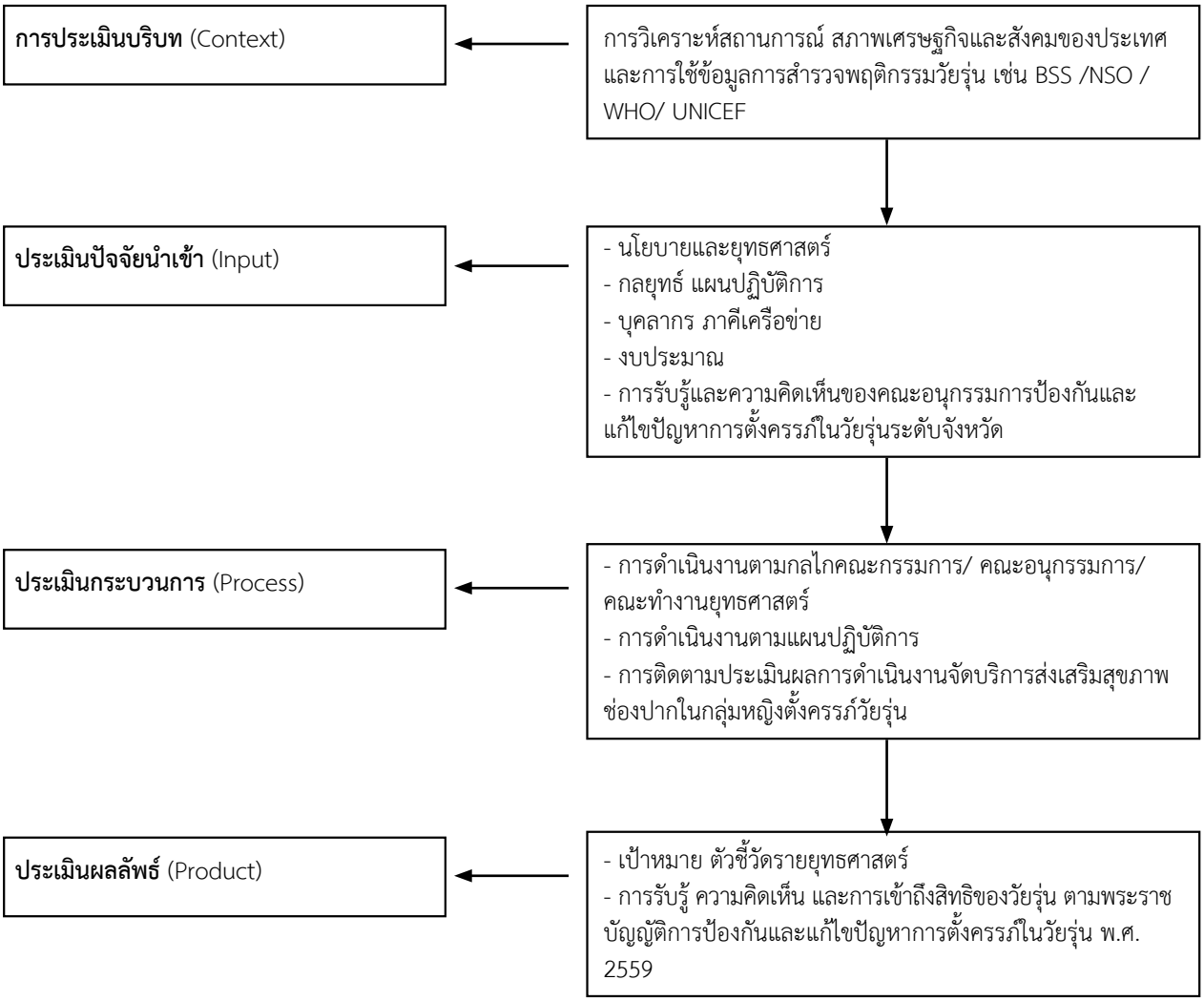
วิธีการศึกษา

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบวิธีผสานรูปแบบผสานพร้อมกัน (Convergent Parallel Mixed Methods Design) โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการพร้อมกันในช่วงระยะเวลาการวิจัยเดียวกัน และใช้รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP Model (Context, Input, Process, Product) ของ Stufflebeam ที่ประกอบด้วย 1) การประเมินบริบท (Context) 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) 3) การประเมินกระบวนการ (Process) 4) การประเมินผลลัพธ์ (Product) [15,16] ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2564

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) วัยรุ่น ทั้งวัยรุ่นในสถานศึกษา และวัยรุ่นในสถานประกอบกิจการ และแม่วัยรุ่นในพื้นที่ 6 จังหวัด 2) ประธานหรือเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด จำนวน 77 จังหวัด

โดยความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนการประเมิน CIPP Model และวัตถุประสงค์การวิจัยแสดงดังรูปที่ 2



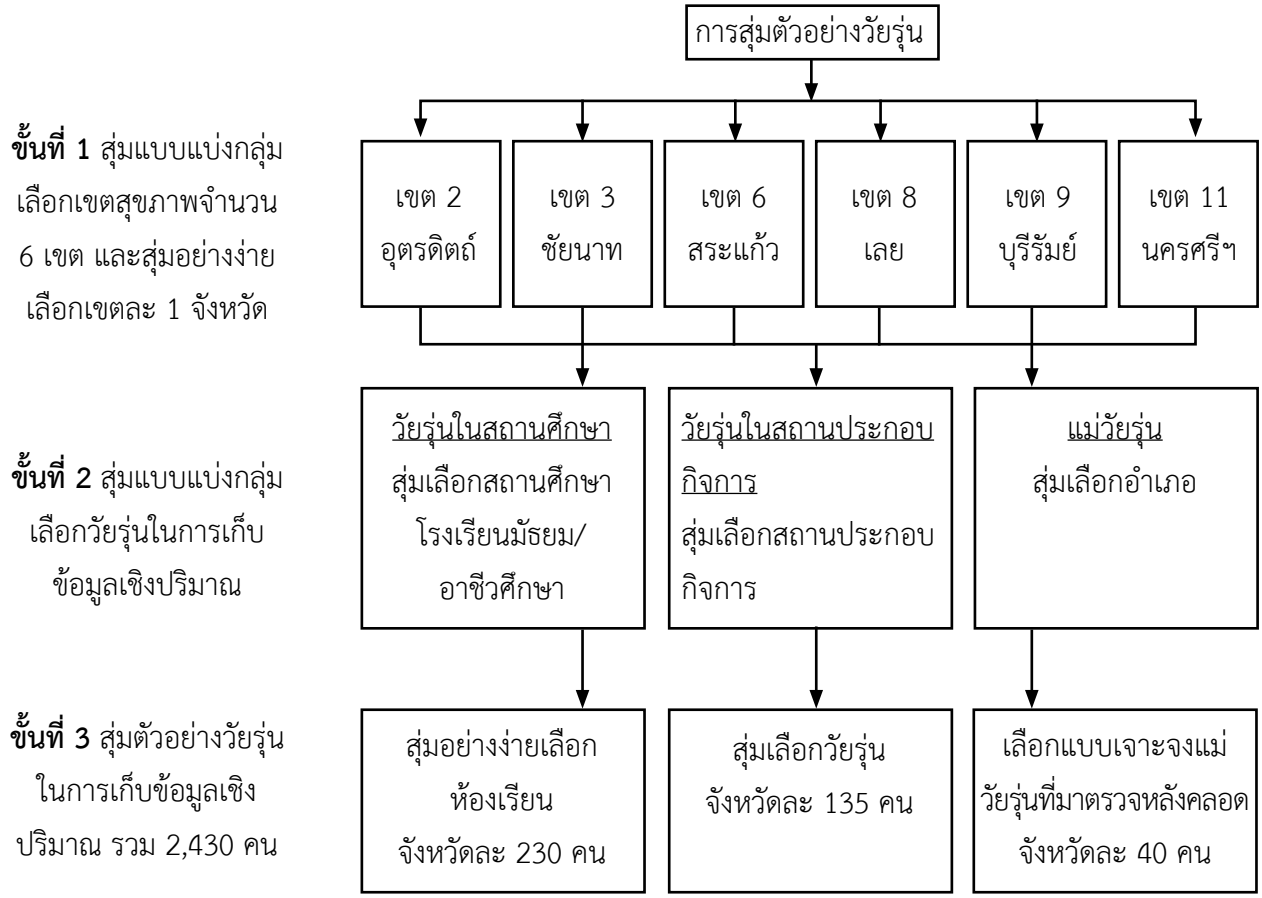
รูปที่ 2 ความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนการประเมิน CIPP Model และวัตถุประสงค์การวิจัย

ประชากรในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด จำนวน 6 จังหวัด ๆ ละ 15-30 คน 2) เลขานุการคณะทำงานยุทธศาสตร์ที่ 1-5 ยุทธศาสตร์ละ 1 คน 3) ผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่นในสถานบริการ และทันตบุคลากรในสถานบริการของจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ที่มีประสบการณ์ทำงานในจังหวัดมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มเป้าหมายและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ลำดับ	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	วิธีการ
1	วัยรุ่น	2,430 คน	แบบสอบถาม
2	ประธาน/เลขาคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด จังหวัดละ 1 คน	77 คน	แบบสอบถาม
3	เลขานุการคณะทำงานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ	5 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก
4	ผู้แทนจากหน่วยงานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ได้รับการสุ่ม 6 จังหวัดๆ ละ 15-25 คน	150 คน	ประชุมกลุ่ม Focus group
5	บุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการ 5.1) แพทย์ พยาบาล นักวิชาการผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่นในสถานบริการ จังหวัดละ 1 คน รวม 6 คน 5.2) ทันตบุคลากร จังหวัดละ 1 คน รวม 6 คน	12 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก

แผนผังการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ



รูปที่ 3 การสุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในการเก็บรวบข้อมูลเชิงปริมาณ

• **การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ**

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโดยใช้สูตรการคำนวณของ Cochran (1977) [17] สำหรับประชากรที่ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน (Infinite Population) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 (Precision) โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจ =(p) เท่ากับ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างสูงสุด ให้ระดับความเชื่อมั่น 95% (Z=1.96) และยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ 5% (e=0.05) โดยไม่ทราบสัดส่วนประชากรมาก่อน (p=0.5)

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง $n = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran [17] สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Cochran's formula) กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 โดยกำหนดค่าสัดส่วนเบื้องต้น (p) เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 385 คน เนื่องจากการศึกษานี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และประชากรเป้าหมายถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) วัยรุ่นในสถานศึกษา (2) วัยรุ่นในสถานประกอบกิจการ และ (3) แม่วัยรุ่น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าผลกระทบจากการออกแบบการสุ่มตัวอย่าง (Design Effect) เท่ากับ 3 เพื่อให้เหมาะสมกับการสำรวจภาคสนามที่มี 3 กลุ่มตัวอย่าง เมื่อนำค่า Design effect มาคำนวณร่วมด้วย จะได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการคือ 1,155 คน ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถประมาณค่าในระดับเขตสุขภาพได้อย่างมีความแม่นยำใกล้เคียงกันทุกเขต ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนเก็บข้อมูลไว้ที่ 405 รายต่อเขตสุขภาพ โดยดำเนินการสุ่มเลือกตัวแทนจำนวน 6 เขตสุขภาพ ส่งผลให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 2,430 ราย ซึ่งครอบคลุมและเพียงพอต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ 1) การสุ่มเลือกจังหวัด: สุ่มตัวอย่างเลือกเขตสุขภาพจำนวน 6 เขต จากนั้นสุ่มเลือกตัวแทนเขตละ 1 จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ ชัยนาท สระแก้ว บุรีรัมย์ เลย และนครศรีธรรมราช 2) การจำแนกกลุ่มตัวอย่างในระดับจังหวัด: ในแต่ละจังหวัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) วัยรุ่นในสถานศึกษา และ (2) วัยรุ่นในสถานประกอบกิจการ โดยกำหนดสัดส่วนจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรวัยรุ่นในพื้นที่ (3) แม่วัยรุ่น 3) การคัดเลือกหน่วยตัวอย่าง (Sampling Selection): กลุ่มที่ 1 วัยรุ่นในสถานศึกษา: ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มโดยจำแนกสถานศึกษาเป็นระดับมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา จากนั้นทำการสุ่มเลือกโรงเรียน/วิทยาลัยอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และทำการสุ่มห้องเรียนเพื่อเก็บข้อมูลกับนักเรียนทั้งห้องเรียน (Cluster Sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า นักเรียนหญิงไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มที่ 2 วัยรุ่นในสถานประกอบกิจการ: เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลรายชื่อพนักงานวัยรุ่นที่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกสถานประกอบกิจการขนาดกลางและขนาดเล็กในพื้นที่จังหวัดที่ศึกษาที่มีการจ้างงานวัยรุ่น และดำเนินการเลือกตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) ในพนักงานที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ให้กระจายตามเพศและลักษณะงาน จนครบตามจำนวนที่กำหนด กลุ่มที่ 3 แม่วัยรุ่น กำหนดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนร้อยละของแม่วัยรุ่นประมาณร้อยละ 10 โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอ และเก็บตัวอย่างจากสถานบริการที่แม่วัยรุ่นไปตรวจหลังคลอดหรือพาลูกไปรับวัคซีน เก็บทั้งหมดจนครบจำนวน โดยเกณฑ์การคัดเข้าคือ แม่วัยรุ่นที่มีประวัติอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้นไม่น้อยกว่า 1 ปี

• **เครื่องมือการวิจัย** ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายนโยบาย และผู้เชี่ยวชาญด้านวัยรุ่น) และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตั้งแต่ 0.70-0.85 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามในการประชุมกลุ่ม Focus group ดังนี้

- **การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ** ด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามการรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ.ฯ สำหรับกลุ่มวัยรุ่นประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามและการรับรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ส่วนที่ 2 การได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษา เพศวิถีศึกษา และส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร โดยส่วนที่ 2-3 ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ และเลือกระดับความคิดเห็นที่ตรงกับตนเองมากที่สุดแบ่งเป็น 5 สเกล ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2) แบบสอบถามการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ฯ สำหรับเลขานุการคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ. และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ. และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อปัญหา ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ในจังหวัด โดยส่วนที่ 2-3 ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 สเกล ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคำถามปลายเปิด

- **การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ** เก็บรวมรวมข้อมูลในกลุ่มคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องใน 6 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เก็บข้อมูลประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักวิชาการผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่น ทันตบุคลากรในสถานบริการของจังหวัดที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทำงานในจังหวัดมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ แนวคำถามการประชุมกลุ่ม Focus group ในกลุ่มของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ๆ ละ 15-30 คน และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เลขานุการคณะทำงานยุทธศาสตร์ที่ 1-5 ยุทธศาสตร์ และผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้กับวัยรุ่นในสถานบริการ และทันตบุคลากรในสถานบริการของจังหวัดที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง

- **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบสรุปความ (Summative Content analysis) โดยมีการจัดหมวดหมู่หัวข้อเรื่อง หัวข้อเรื่องหลักและหัวข้อเรื่องย่อย และสรุปความเชื่อมโยงสัมพันธ์ในแต่ละประเด็น

- **ขั้นตอนการวิจัย**

ประกอบด้วยการประชุมฝ่ายเลขานุการคณะทำงานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5 ยุทธศาสตร์ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อหารือแนวทางการติดตามผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระยะครึ่งแผน การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย และการทดสอบเครื่องมือการวิจัย การประชุมชี้แจงการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่าย เจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัย และผู้ช่วยเลขานุการคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด (หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ตารางที่ 2 รายละเอียดและวิธีการประเมินผลตามกรอบแนวคิด CIPP Model

การประเมิน	รายการประเมิน	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
บริบท	1. สถานการณ์ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสถานการณ์ด้านสุขภาพและทันตสุขภาพของวัยรุ่น (Problem) 2. ความต้องการของวัยรุ่น/หน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายต่อการมียุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Need) 3. ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา การเข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการของวัยรุ่น (Assets) 4. โอกาส และความเป็นไปได้ในการประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน (Opportunities)	- รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนักเรียน - รายงานการเฝ้าระวังแม่วัยรุ่น - รายงานการวิจัย - การสำรวจข้อมูลการรับรู้และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563 - รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ (ประเมินบริบทด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น)	- แบบสอบถาม - ข้อมูลทุติยภูมิ
ปัจจัยนำเข้า	1. แผนปฏิบัติการ มาตรการ ตัวชี้วัด แผนงานโครงการ ตามยุทธศาสตร์ฯ 2. กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อปฏิบัติภายใต้ พ.ร.บ.ฯ 3. กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กรรมการ และบุคลากร ภาคีเครือข่าย 4. งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ 5.ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยี	- ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563	- ข้อมูลทุติยภูมิ - แบบสอบถาม -การสัมภาษณ์เชิงลึก
กระบวนการ	กระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 1-5	- คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด - รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563	- การประชุมกลุ่ม (Focus group) - การสัมภาษณ์เชิงลึก
ผลลัพธ์	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ที่ 1-5 ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในกลุ่มแม่วัยรุ่น	- รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายยุทธศาสตร์ที่ 1-5 พ.ศ. 2561-2563 - รายงานการประชุมคณะ อนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ - การสำรวจข้อมูลการให้บริการด้านทันตสาธารณสุขในกลุ่มแม่วัยรุ่น - ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	- ข้อมูลทุติยภูมิ - การสัมภาษณ์เชิงลึก

- **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2564 รหัสโครงการวิจัย 448 เอกสารแนะนำอาสาสมัคร RF09-04-448 ใบยินยอม RF09-05-448

ผลการศึกษา

1. การรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ทั้งหมด 2,430 คน ประกอบด้วยวัยรุ่นชายหญิงอายุ 10-19 ปี ทั้งหมดจำนวน 2,190 คน เพศชาย 818 คน (ร้อยละ 37.4) หญิง 1,372 (ร้อยละ 62.6) ส่วนใหญ่ 918 คน (ร้อยละ 42.5) พักอาศัยกับพ่อแม่ รองลงมา 342 คน (ร้อยละ 15.8) พักอาศัยกับปู่ ย่า ตา ยาย

กลุ่มแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งหมดจำนวน 240 คน ส่วนใหญ่จำนวน 112 คน (ร้อยละ 46.6) อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ในปัจจุบันกับพ่อของลูกคนปัจจุบัน จำนวน 113 คน (ร้อยละ 51.8) พักอาศัยอยู่ด้วยกัน สถานภาพสมรส จำนวน 151 คน (ร้อยละ 64.3) อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส วุฒิการศึกษาสูงสุด จำนวน 83 คน (ร้อยละ 45.5) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนกลุ่มแม่วัยรุ่นที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษา ส่วนใหญ่ 52 คน (ร้อยละ 22.2) กำลังศึกษาในระบบ กศน. โดยมีจำนวน 30 คน (ร้อยละ 12.8) ยังคงได้ศึกษาต่อเนื่องในระบบการศึกษาปกติ

วัยรุ่นร้อยละ 66.6 ทราบว่าประเทศไทยมีการบังคับใช้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยร้อยละ 44.4 ทราบข้อมูลจากสื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 52.3 ระบุว่ารับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ.ฯ ในระดับปานกลาง ในการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ.ฯ ร้อยละ 43.8 มีความคิดเห็นว่าตนเองได้รับความรู้เพศวิถีศึกษาจากการสอนในสถานศึกษา อย่างเพียงพอสำหรับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง โดยวัดระดับความคิดเห็นแบบ Likert's scale 5 ระดับ ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ได้รับความรู้อย่างเพียงพอในระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 39.6, 38.8 และ 14.0 ตามลำดับ วัยรุ่นร้อยละ 77.9 ไม่เคยได้รับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (เช่น บริการรับคำปรึกษา การคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์) และในวัยรุ่นกลุ่มที่เคยได้รับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ 525 คน ส่วนใหญ่ได้รับบริการด้านการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องสุขภาพทางเพศมากที่สุดร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี

หัวข้อ	วัยรุ่น					
	วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี n=2,190 (ร้อยละ)		แม่วัยรุ่นอายุ < 20 ปี n=240 (ร้อยละ)		รวม n=2,430 (ร้อยละ)	
1. ทราบว่ามีการบังคับใช้ พ.ร.บ.ฯ	ทราบ	1,495 คน (68.7)	ทราบ	124 คน (42.4)	ทราบ	1,619 คน (66.6)
2. ช่องทางที่ทำให้รับรู้ พ.ร.บ.ฯ มากที่สุด	สื่อออนไลน์	997 คน (45.5)	สื่อออนไลน์	83 คน (36.1)	สื่อออนไลน์	1,080 คน (44.4)
3. ระดับการรับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ.ฯ	ปานกลาง	1,214 คน (55.4)	ปานกลาง	57 คน (23.9)	ปานกลาง	1,271 คน (52.3)
4. ความเพียงพอของการได้รับความรู้เพศวิถีศึกษาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ	ปานกลาง	864 คน (39.6)	ปานกลาง	200 คน (84.0)	ปานกลาง	1,064 คน (43.8)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี (ต่อ)

หัวข้อ	วัยรุ่น					
	วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี n=2,190 (ร้อยละ)		แม่วัยรุ่นอายุ < 20 ปี n=240 (ร้อยละ)		รวม n=2,430 (ร้อยละ)	
5. ช่องทางการได้รับความรู้เพศวิถีศึกษามากที่สุด	ครู	809 คน (37.1)	สื่อออนไลน์	86 คน (36.1)	ครู	891 คน (36.7)
6. ความถี่การสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาจากสถานศึกษา	ทุกภาคเรียน	1,133 คน (51.9)	ทุกภาคเรียน	120 คน (51.1)	ทุกภาคเรียน	1,253 คน (51.6)
7. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศวิถีศึกษาจากการเรียนรู้ในสถานศึกษา	มาก	1,286 คน (58.7)	มาก	140 คน (59.0)	มาก	1,426 คน (58.7)
8. ความต้องการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง	ต้องการพูดคุยบางเรื่อง	1,320 คน (60.6)	ต้องการพูดคุยบางเรื่อง	125 คน (52.5)	บางเรื่อง	1,145 คน (59.5)
9. การได้รับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์จากบุคลากรสาธารณสุข	ไม่เคย	1,765 คน (80.5)	ไม่เคย	129 คน (54.2)	ไม่เคย	1,894 (77.9)
10. บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ได้รับ (เฉพาะผู้ที่เคยได้รับบริการ n=525 คน)	บริการความรู้คำแนะนำเรื่องสุขภาพทางเพศ	172 คน (40.5)	บริการความรู้คำแนะนำเรื่องสุขภาพทางเพศ	108 คน (97.3.)	บริการความรู้คำแนะนำเรื่องสุขภาพทางเพศ	280 (53.3)

2. การรับรู้และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ต่อพระราชบัญญัติและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.6 คิดว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และ ร้อยละ 59.0 เห็นด้วยมากที่สุดกับใช้ พ.ร.บ.ฯ ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร้อยละ 46.7 เห็นว่ายุทธศาสตร์ฯ มีความสำเร็จในการดำเนินงานในระดับมาก (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การรับรู้และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดต่อพระราชบัญญัติ และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

หัวข้อ	ระดับความคิดเห็น n=61 คน (ร้อยละ)					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญ	20 (32.8)	26 (42.6)	12 (19.7)	2 (3.3)	0 (0)	1 (1.6)
2. เห็นด้วยกับใช้ พ.ร.บ.ฯ ในการดำเนินงาน	36 (59.0)	21 (34.4)	3 (4.9)	0 (0)	1 (1.6)	0 (0)
3. ความคิดเห็นต่อระดับความสำเร็จของยุทธศาสตร์ระดับชาติ	9 (15.0)	28 (46.7)	19 (31.7)	2 (3.3)	2 (3.3)	0 (0)
4. ภาคีเครือข่าย 5 กระทรวงหลักในระดับจังหวัดมีความตื่นตัวในการร่วมกันขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ	5 (8.2)	17 (27.9)	24 (39.3)	11 (18.0)	4 (6.6)	0 (0)
5. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ	4 (6.6)	11 (18.0)	34 (55.7)	12 (19.7)	0 (0)	0 (0)
6. การดำเนินงานในระดับจังหวัดยึดแนวทางตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ	15 (25.0)	27 (45.0)	17 (28.3)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)

3. ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

3.1 การประเมินผลด้านบริบท (Context evaluation)

ตารางที่ 5 ผลการประเมินด้านบริบท

บริบท	ผลการประเมิน
สถานการณ์ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สถานการณ์ด้านสุขภาพและทันตสุขภาพของวัยรุ่น (Problem)	- ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า อายุที่วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงเรื่อย ๆ จากประมาณ 17-18 ปี ในช่วงก่อนปี 2540-2550 เหลือ 15-16 ปี ในปัจจุบัน และข้อมูลในกลุ่มนักเรียนชั้น ม.5 หญิง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มจาก ร้อยละ 15.5 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 18.2 ในปี 2558 และการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีกลุ่มนักเรียนชั้น ม. 2 ม.5 และ ปวช. มีประมาณร้อยละ 60-80[18,19] - แม่วัยรุ่นไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก - กลุ่มวัยรุ่นขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ขาดการดูแลส่งเสริมให้ได้รับบริการด้านทันตกรรมอย่างถูกต้องและเหมาะสม
ความต้องการของวัยรุ่น และหน่วยงานองค์กรภาคีเครือข่ายต่อการมียุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Need)	- หน่วยงานภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหานี้มีความสำคัญ และเห็นด้วยต่อการมี พ.ร.บ.ฯ - วัยรุ่นทราบว่ามีกฎหมายและมีการรับรู้ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ต้องการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศกับพ่อแม่ในบางเรื่อง และไม่เคยรับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ - การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยรุ่น ยังไม่มีนโยบายการปฏิบัติที่ชัดเจนในกลุ่มวัยรุ่น
ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา การเข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการของวัยรุ่น (Assets)	- กระทรวงศึกษาธิการมีความร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชนจัดทำหลักสูตรการสอนเพศวิถีศึกษาในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้ครูได้เข้าเรียนอย่างทั่วถึง - มีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) กระจายอยู่เกือบทุกอำเภอ (รพช./รพท./รพศ.) - บริการด้านทันตสาธารณสุขแก่แม่วัยรุ่นขึ้นอยู่กับบริบทการดำเนินงานของแต่ละสถานบริการ บางแห่งมีระบบการส่งต่อเข้ารับบริการ บางแห่งแม่วัยรุ่นไม่ได้รับบริการ ดังนั้น การเข้าถึงบริการของแม่วัยรุ่นด้านทันตกรรมจึงไม่ทั่วถึงครอบคลุม

ตารางที่ 5 ผลการประเมินด้านบริบท (ต่อ)

บริบท	ผลการประเมิน
โอกาส และความเป็นไปได้ในการประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน (Opportunities)	- มียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 และภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในระดับจังหวัดในระดับมาก - บุคลากรภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญกับปัญหา และเห็นด้วยกับการมีกฎหมาย พร้อมกับใช้ยุทธศาสตร์ฉบับนี้เป็นแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน - มียุทธศาสตร์ที่ 3 ที่มุ่งเน้นให้วัยรุ่นเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และทั่วถึง จึงสามารถเพิ่มเติมประเด็นการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาในด้านสุขภาพช่องปากของวัยรุ่น โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากให้เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุมทุกสถานบริการ

3.2 การประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)

ตารางที่ 6 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ปัจจัยนำเข้า	ผลการประเมิน
แผนปฏิบัติการ มาตรการ ตัวชี้วัด แผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์ฯ	- มียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 หน่วยงาน 5 กระทรวงหลักภายใต้ พ.ร.บ.ฯ ร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ โดยร้อยละ 81.7 มีการจัดทำแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด ทำให้ขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ - มีมาตรการดำเนินงานส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) มีองค์ประกอบการดำเนินงานครอบคลุมการจัดบริการด้านสุขภาพ
กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อปฏิบัติภายใต้ พ.ร.บ.ฯ	- 5 กระทรวงหลักภายใต้ พ.ร.บ.ฯ มีการออกกฎกระทรวงเพื่อใช้เป็นหลักการดำเนินงาน - กรมอนามัยร่วมกับ สปสช. เพิ่มรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากสำหรับเด็กวัยเรียน และลดความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กรรมการ และบุคลากร ภาคีเครือข่าย	- มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ และมีคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด - คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัดมีหน้าที่จัดทำแผนปฏิบัติอย่างบูรณาการ สนับสนุนและผลักดันการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.ฯ จัดระบบการแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การประสานส่งต่อวัยรุ่นเพื่อให้ได้รับช่วยเหลือเยียวยา ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และยังมีอำนาจในการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามความเหมาะสม จากการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้พบว่า ความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ เป็นปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด ร้อยละ 18.9 - มีคณะกรรมการพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) ซึ่งสามารถบูรณาการงานทันตสาธารณสุขวัยรุ่นและแม่วัยรุ่นเข้ากับระบบบริการสุขภาพวัยรุ่นได้
งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์	- ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้กับหน่วยงานในระดับจังหวัดโดยตรง แต่งบประมาณที่กรมอนามัยจัดสรรให้กับจังหวัดเป็นการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง - กระทรวง พม. สนับสนุนงบประมาณให้กับสภาเด็กและเยาวชนเพื่อจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้กับทุกจังหวัด ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ และมีโครงการสวัสดิการเงินอุดหนุนสำหรับเลี้ยงดูทารกแรกเกิดถึง 6 เดือนให้แก่แม่ทุกกลุ่มอายุที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขของโครงการ - สปสช. สนับสนุนค่าตอบแทนในการให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ให้กับวัยรุ่น
ข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยี	- มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ และผลการดำเนินงานตามรายตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของหน่วยงานในส่วนกลาง แต่ขาดผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด - มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งการดำเนินงานพัฒนาคลินิกวัยรุ่น (YFHS) - มีข้อมูลการสำรวจสุขภาวะช่องปากแห่งชาติทุก 5 ปี โดยดำเนินการมาแล้ว 9 ครั้ง ถึง พ.ศ. 2566

3.3 การประเมินผลด้านกระบวนการ (Process evaluation)

ตารางที่ 7 ผลการประเมินด้านกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

การขับเคลื่อน	ผลการประเมิน
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม	- ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อพัฒนาครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาผ่านหลักสูตร E-learning การสอนเพศวิถีศึกษา การจัดการเรียนรู้ส่วนใหญ่บูรณาการเข้ากับหลักสูตรการเรียนในรายวิชาอื่น มีสถานศึกษาจำนวนน้อยที่จัดเป็นหลักสูตรการเรียนรู้รายวิชาเพศศึกษาโดยตรง - วัยรุ่นได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และคุ้มครองอย่างเป็นระบบเมื่อประสบปัญหาในสถานศึกษา ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลช่วยเหลือของกระทรวงศึกษาธิการ มีนโยบายให้การดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรแล้วเพื่อให้ได้เรียนอย่างต่อเนื่องจนจบการศึกษา
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบกิจการในการเลี้ยงดู สร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น	- กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วยหน่วยงานเจ้าภาพหลัก 3 กระทรวงได้แก่กระทรวง พม. แรงงาน และมหาดไทย ในส่วนกระทรวง พม. นั้นการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างครอบครัวเข้มแข็ง - กระทรวงแรงงาน มีการขอความร่วมมือสถานประกอบกิจการ จัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีประเด็นเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่ยังขาดข้อมูลอายุของลูกจ้างในสถานประกอบกิจการ รวมทั้งไม่มีการรายงานผลการดำเนินงานของสถานประกอบกิจการ - อปท.ที่ขับเคลื่อนงานในพื้นที่มีความแตกต่างกันตามสภาพปัญหาและนโยบายของผู้บริหารพบว่า ในหลาย อปท. มีบทบาทมากในการส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความอบอุ่นในครอบครัว การส่งเสริมกิจกรรมของเด็กและเยาวชน
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร	- วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนออกแบบบริการ YFHS ส่วนระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ยังมีโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อรองรับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยไม่ครบในทุกจังหวัด - วัยรุ่นเข้ามารับบริการคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับเยาวชนน้อย และพบปัญหาการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยล่าช้า มีวัยรุ่นที่กำลังอยู่ระหว่างการศึกษาจำนวนมากได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุครรภ์มากแล้ว โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ยิ่งทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเสี่ยงต่ออันตรายจากการไม่เข้าถึงบริการในโรงพยาบาล - การไม่เข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุขของกลุ่มแม่วัยรุ่น ทั้งนี้ YFHS มีการระบุถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากไว้ในองค์ประกอบการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ในการปฏิบัติจริงการดำเนินงานในข้อนี้ได้ยังขาดการปฏิบัติอย่างจริงจังทั้งการให้ความรู้ และการส่งเสริมให้แม่วัยรุ่นมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น	- มีช่องว่างในการทำงานเชิงรุก ที่ยังขาดข้อมูลวัยรุ่นที่ประสบปัญหาและต้องการได้รับบริการสวัสดิการสังคม มีปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานด้านการศึกษา - การดำเนินงานในระดับจังหวัดมีบ้านพักเด็กและครอบครัวเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นที่ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ - มีสภาเด็กและเยาวชนในการสร้างเครือข่ายเด็กและเยาวชนในระดับจังหวัด เพื่อสร้างแกนนำในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูล งานวิจัย และการจัดการความรู้	- ยังไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดในระดับจังหวัดได้ ตัวชี้วัดที่ไม่ได้อยู่ในระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่มีเฉพาะข้อมูลในระดับประเทศแต่ไม่มีข้อมูลในระดับจังหวัด เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับจังหวัด ตัวชี้วัดบางตัวมีขอบเขตนิยามกว้างขวางมากเกินไป มีความไม่ชัดเจนของการกำหนดรายละเอียดตัวชี้วัด (Template) จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลได้จริง หลายจังหวัดไม่เข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับนิยามและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าตัวชี้วัดภายใต้ยุทธศาสตร์มีจำนวนมากเกินไป - ส่วนใหญ่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนในระดับจังหวัดทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะจังหวัดที่มีการบูรณาการภาคีเครือข่ายได้ดีจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแบบไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ

3.4 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (Product evaluation)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์ทั้งหมด 34 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดเป้าหมายอัตราการคลอดมีชีพในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปีผ่านเกณฑ์เป้าหมายรายยุทธศาสตร์รายปีที่ตั้งไว้ ซึ่งกำหนดเป้าหมายอัตราคลอดลดลงเป็นแบบขั้นบันได จนสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ปี 2569 กำหนดให้อัตราคลอดของทั้ง 2 กลุ่มอายุนี้ ไม่เกิน 0.5 และ 25 ต่อพัน ตามลำดับ โดยอัตราการคลอดมีชีพในกลุ่มอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2560-2563 (เป้าหมายรายปี) เท่ากับ 39.6 (50), 35.0 (35), 31.3 (33), 28.7 (31) ตามลำดับ และอัตราการคลอดมีชีพในกลุ่มอายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2560-2563 (เป้าหมายรายปี) เท่ากับ 1.3(1.4), 1.2(1.3), 1.1(1.2), 0.9(1.1) ตามลำดับ [20] และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์ในระดับประเทศมีดังนี้ **ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 4** ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 100 สะท้อนการดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จมีทั้งการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาด้วยการใช้หลักสูตรแบบออนไลน์ และกระทรวง พม. ออกประกาศกระทรวงเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการในการส่งเสริมสนับสนุนการรับคำปรึกษา และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2563 เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการด้านสวัสดิการสังคมมากยิ่งขึ้น **ยุทธศาสตร์ที่ 2** มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ ร้อยละของครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ผล 72.1% (เป้าหมาย 76%) ส่วน**ยุทธศาสตร์ที่ 3** ซึ่งมีจำนวนตัวชี้วัดมากที่สุดนั้นไม่มีข้อมูล 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของวัยรุ่นที่เข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร จำนวนของวัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละของวัยรุ่นที่คลอดได้รับการดูแลหลังคลอด 6 สัปดาห์อย่างมีคุณภาพ และร้อยละของวัยรุ่นที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ในส่วนตัวชี้วัดที่มีข้อมูลจำนวน 8 ตัวชี้วัดนั้นมีตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 62.5 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านคือ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ผล 13.9% (เป้าหมาย ไม่เกิน 13.5%) การได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังแท้งอย่างครอบคลุม ผล 67.8% (เป้าหมาย 80%) และความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ผลร้อยละ 17.1 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 8) และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**ยุทธศาสตร์ที่ 5** มี 1 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ระดับความสำเร็จในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ผล 88.2% (เป้าหมาย 100%) ดังข้อมูลสรุปผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์	จำนวนตัวชี้วัด	มีข้อมูล (ร้อยละ)	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)
1	5	5 (100)	5 (100)	0 (0)
2	5	5 (100)	4 (80)	1 (20)
3	12	8 (66.7)	5 (62.5)	3 (37.5)
4	5	5 (100)	5 (100)	0 (0)
5	5	5 (100)	4 (80)	1 (20)
เป้าหมายหลัก	2	2 (100)	2 (100)	0 (0)
รวม	34	30 (88.2)	25 (83.3)	5 (16.6)

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามกลุ่มคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด พบปัญหาอุปสรรคสำคัญที่พบมากที่สุดคือ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด ข้อมูลจากการเก็บรวมรวมเชิงคุณภาพพบว่า คณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัดสะท้อนถึงความไม่เข้าใจชัดเจนในการดำเนินงานตามบทบาทของหน่วยงานในการปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานส่วนใหญ่จะเป็นงานประจำตามภารกิจของหน่วยงาน และยังมีปัญหาการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในจังหวัด เช่น การส่งต่อนักเรียนที่มี

ปัญหาการตั้งครรภ์เพื่อเข้าถึงบริการ การขอสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมสำหรับวัยรุ่น เป็นต้น โดยปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด 30 คน (ร้อยละ 18.9) ขาดข้อมูลเชิงลึก และข้อมูลแจกแจงระดับพื้นที่ (อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน) เพื่อใช้วางแผนและติดตามการดำเนินงาน จำนวน 28 คน (ร้อยละ 17.6) และขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน จำนวน 25 คน (ร้อยละ 15.7)

4. การดูแลสุขภาพช่องปากของแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

เนื่องจากไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณของการได้รับบริการด้านทันตกรรมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นแม่วัยรุ่นโดยตรง แต่มีข้อมูลเทียบเคียงด้านการรับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาล โดยข้อมูลการเข้าถึงบริการที่สำคัญซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลักในการติดตามการเข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุข มี 3 จังหวัดที่ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติอยู่ระดับต่ำกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ นครศรีธรรมราช สระแก้ว และบุรีรัมย์ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดที่ดำเนินการวิจัย

จังหวัด	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก		ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุตรดิตถ์	962	84.5	973	85.5
ชัยนาท	369	59.8	385	62.4
สระแก้ว	789	51.4	768	50.1
เลย	2173	75.1	2,160	74.7
บุรีรัมย์	2904	79.1	2,931	79.8
นครศรีธรรมราช	2731	44.9	2,182	35.8

***แหล่งข้อมูล HDC พ.ศ. 2565**

สรุปผลการติดตามข้อมูลสถานการณ์และข้อมูลเชิงคุณภาพของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีดังนี้

1. สถานการณ์การเข้ารับบริการ มีอัตราการเข้ารับบริการต่ำ แม้ว่าจะมีนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการทันตกรรมที่จำเป็น แต่พบว่า จำนวน 3 ใน 6 จังหวัดมีอัตราการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากต่ำกว่าเป้าหมายกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ซึ่งจังหวัดเหล่านี้ก็มีร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติที่อยู่ในระดับต่ำ ถึงแม้จะมีโครงการดูแลมารดาวัยรุ่นแบบบูรณาการแต่ยังมีสัดส่วนของแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจทันตกรรม แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการเชื่อมโยงบริการระหว่างงานฝากครรภ์และงานทันตกรรม

2. ปัญหาสุขภาพช่องปากและมีความชุกของโรคสูง หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ ซึ่งโรคในช่องปากเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด และทารกมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

3. ปัจจัยและอุปสรรคสำคัญต่อการรับบริการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือไม่ตัดสินใจมารับบริการทันตกรรมในระหว่างตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นมีดังนี้

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจหรือไม่ตัดสินใจมารับบริการทันตกรรมในระหว่างตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่รับบริการ
ความรู้ ทัศนคติ	- ความกลัวการทำฟัน หรือกลัวว่าการทำฟันจะส่งผลเสียต่อลูกในครรภ์ เป็นอุปสรรคที่พบบ่อยที่สุด - การไม่รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือไม่รับรู้ถึงความจำเป็นในการรักษาระหว่างตั้งครรภ์
ปัจจัยนำเข้า	- การไม่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับการตัดสินใจมารับบริการขณะตั้งครรภ์ - ระดับการศึกษาและอาชีพที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งกลุ่มแม่วัยรุ่นมักมีระดับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า
การบริการ	- โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดบริการด้านทันตสาธารณสุขให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะ โดยจัดให้ได้รับบริการร่วมกันกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอื่น ๆ และมีรูปแบบการให้บริการเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอื่น ส่วนใหญ่ไม่มีการประสานงานกับคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นโดยตรง คลินิกทันตกรรมในสถานบริการยังไม่มีข้อมูล ความเข้าใจเกี่ยวกับคลินิก YFHS จึงยังไม่มีการประสานงานบูรณาการในการให้บริการ - ทันตบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่สามารถจัดทันตบุคลากรออกปฏิบัติงาน ณ คลินิกฝากครรภ์ได้

โดยมีข้อเสนอแนะจากทันตบุคลากรในการปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะกลุ่มแม่วัยรุ่น ที่สอดคล้องกัน คือ 1) การให้สุขศึกษาเฉพาะกลุ่ม เน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อลบล้างความเชื่อผิด ๆ ว่าการทำฟันเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ โดยเน้นถึงความสำคัญของการรักษาโรคปริทันต์ 2) การบูรณาการจัดบริการตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของงานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ (ANC) และมีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกทันตกรรมอย่างเป็นระบบและชัดเจน และ 3) เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น

อภิปรายผล

1. การรับรู้ ความคิดเห็น และการเข้าถึงสิทธิของวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นร้อยละ 68.7 รับรู้ว่าประเทศไทยมีการบังคับใช้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 แล้ว ซึ่งใกล้เคียงการสำรวจในปี 2562 โดยสัดส่วนผู้ที่ทราบสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยในปี 2562 มีวัยรุ่นที่รับรู้ข้อมูล ร้อยละ 68.6 [8] สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ในระดับจังหวัดที่พบว่า อาสาสมัครและแกนนำเยาวชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ พ.ร.บฯ ร้อยละ 55.4 และร้อยละ 55.4 รับรู้ข้อมูลใน พ.ร.บ.ฯ ในระดับปานกลาง [21] โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.5 ทราบข้อมูลจากสื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ตมากที่สุด เห็นได้ว่าในระยะครึ่งแผนแรกของยุทธศาสตร์นี้ ระดับการรับรู้ของวัยรุ่นสูงขึ้นนับจากปีแรก ๆ ที่มีการบังคับใช้ แต่ก็ยังไม่สูงมากนัก สะท้อนปัญหาการรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับการมีกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิเพื่อการป้องกันและแก้ไขเมื่อวัยรุ่นประสบปัญหาการตั้งครรภ์ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการไม่เข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ที่บัญญัติไว้ในกฎหมายฉบับนี้ จึงจำเป็นต้องเร่งเผยแพร่ข้อมูล ประชาสัมพันธ์ไปสู่วัยรุ่นให้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาอุปสรรคด้านการนำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในสถานศึกษาไปปรับใช้ให้เกิดทักษะการปฏิบัติจริง ถึงแม้พบว่า วัยรุ่นร้อยละ 58.7 ระบุว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาที่ได้รับจากการเรียนในระดับมาก แต่ยังพบปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย โดยอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นชายชั้นปวช. ปีที่ 2 ลดลงจาก 15.5 ใน พ.ศ. 2557 เหลือ 15. 1 ใน พ.ศ. 2562 และมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ โดยร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มนักเรียนชั้น ม. 2 ม.5 และ ปวช. มีประมาณร้อยละ 60-80 [19] โดยมีการวิจัยเกี่ยวกับการสอนเพศวิถี

ศึกษาในสถานศึกษาไทย พบว่า การสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนส่วนใหญ่ใช้วิธีการสอนแบบบรรยายเป็นหลัก ยังไม่เอื้อให้นักเรียนคิดวิเคราะห์และนำความรู้จากชั้นเรียนไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งนักเรียนทั้งสายสามัญและสายอาชีวศึกษาได้เรียนเพศวิถีศึกษาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง นักเรียนส่วนใหญ่จึงเข้าใจว่าตนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาเป็นอย่างดีสิ่งที่ครูสอน แต่รูปแบบการสอนที่เป็นแบบบรรยายตามบทเรียน โดยไม่สอนให้ตั้งคำถามหรือให้เข้าใจฐานคิดของบทเรียนและค่านิยมในสังคมอย่างจริงจัง จึงอาจไม่กระตุ้นให้นักเรียนคิดวิเคราะห์และไม่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่น และข้อมูลที่ระบุว่านักเรียนต้องการที่จะเรียนรู้เพศวิถีศึกษาในลักษณะที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ปรากฏในหนังสือเรียน และไม่ถูกกล่าวถึงในห้องเรียน [22] และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาของไทย ที่เสนอว่า การจัดการเรียนรู้ต้องเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เคารพสิทธิ และปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่ เพื่อเสริมพลังให้วัยรุ่นรับผิดชอบต่อการเลือกของตนเอง เพศศึกษารอบด้านไม่ได้มีเพียงเรื่องเพศสัมพันธ์ แต่รวมถึงความเข้าใจชีวิตและการป้องกันที่มีคุณภาพ [1]

2. การรับรู้และความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ข้อมูลการวิจัยนี้พบว่า ฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัดเห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสำคัญอยู่ในระดับมาก และเห็นด้วยกับการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินงาน และร้อยละ 46.7 เห็นว่ายุทธศาสตร์ระดับชาตินี้ประสบความสำเร็จในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ ที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ามีประโยชน์มาก โดยให้เหตุผลว่าการทำงานเรื่องแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการทำงานที่บูรณาการความร่วมมือของหลายหน่วยงาน การมี พ.ร.บ.ฯ จะทำให้มีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนขึ้น แต่ทั้งนี้มีบางส่วนยังไม่แน่ใจว่าในทางปฏิบัติจะทำได้จริงหรือไม่ เพราะประเด็นปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่แม้รัฐบาลเห็นว่าเป็นปัญหาใหญ่ แต่ในบางหน่วยงานยังไม่ให้ความสำคัญเพราะมีงานด้านอื่นที่สำคัญกว่า ปัญหาอุปสรรคเรื่องความไม่เข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด เป็นปัญหาสำคัญที่ยังคงท้าทายการดำเนินงานอยู่ โดยในระยะแรกของการขับเคลื่อนพบว่าการทำงานในระดับจังหวัดเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องยังมีปัญหาไม่รับรู้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บฯ และยังคงมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับกลไกการขับเคลื่อน พ.ร.บ.ฯ [8,21] และในการศึกษานี้ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ของฝ่ายเลขานุการของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด ร้อยละ 18.9 ไม่เข้าใจบทบาทการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ และผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า หน่วยงานต่าง ๆ ไม่สามารถผสานเชื่อมโยงดำเนินงานในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการส่งต่อวัยรุ่นที่มีปัญหาเพื่อให้เข้าถึงบริการยังทำได้จำกัด ไม่สามารถประสานงานเพื่อจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมสำหรับวัยรุ่นได้อย่างเพียงพอ การทำงานส่วนใหญ่จึงเป็นการปฏิบัติตามภารกิจประจำของแต่ละหน่วยงาน ส่งผลต่อการบูรณาการดำเนินงาน และการระดมทรัพยากรในจังหวัดเพื่อร่วมกันดำเนินงาน หลายหน่วยงานในจังหวัดไม่สามารถจัดหางบประมาณมาใช้ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ได้ ในขณะที่บางหน่วยมีงบประมาณแต่ขาดแผนงานโครงการที่จะดำเนินการรองลงมา ร้อยละ 17.6 คือขาดข้อมูลเชิงลึกและข้อมูลแจกแจงระดับพื้นที่เพื่อใช้วางแผนและติดตามการดำเนินงาน ดังนั้นในระยะครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์ฯ หน่วยงานเจ้าภาพหลักในส่วนกลางทุกยุทธศาสตร์จึงต้องเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่หน่วยปฏิบัติในระดับจังหวัด การบูรณาการดำเนินงานตั้งแต่ในระดับประเทศรวมทั้งสร้างช่องทางในการสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดที่ง่ายต่อการเข้าถึง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ การเร่งจัดการระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมกันพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับใช้เก็บข้อมูลระดับจังหวัด

3. ผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ในระยะครึ่งแผน (พ.ศ. 2564)

3.1 ด้านบริบท สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงทั้งในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายรายปีที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน โดยกรมควบคุมโรคพบว่า วัยรุ่นยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องเพศทั้งการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในขณะมีอายุน้อย ทำให้ขาดการป้องกันตนเองจากการท้องและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยในกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก ร้อยละ 77.6 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ และการใช้ถุงยางอนามัยในขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มนักเรียนชั้น ม. 2 ม.5 และ ปวช. มีประมาณร้อยละ 60-80 [19] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะบรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการคลอด แต่ยังมีวัยรุ่นอีกจำนวนมากที่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้จากการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2563-2564 พบว่า แม่วัยรุ่นร้อยละ 58.5 และ 65.6 ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โดยแม่วัยรุ่นในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ยิ่งวัยรุ่นที่มีอายุน้อยยิ่งมีสัดส่วนมากขึ้น ส่วนแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษา เกินร้อยละ 80 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ สำหรับการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์เกือบครึ่ง คือ ร้อยละ 45.2 และ 44.2 (พ.ศ. 2563-2564) ไม่มีการคุมกำเนิด นอกจากนี้ยังพบว่า มีการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนครบอายุ 20 ปีจำนวนมาก เนื่องจากแม่วัยรุ่นที่คลอดแล้วเลือกใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีชั่วคราว ถึงร้อยละ 96.8 และ 97.1 ตามลำดับ [23,24] ดังนั้นว่าถึงแม้อัตราการคลอดในวัยรุ่นโดยรวมลดลงแต่ยังคงมีปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่อาจส่งผลต่อเป้าหมายความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฯ ในปี 2569 รวมทั้งยังแสดงถึงว่าในการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์จึงต้องคำนึงถึงปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนอกเหนือจากอัตราการคลอดที่ลดลงเท่านั้น ปัญหาเหล่านี้ทำให้มีความต้องการจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการนำยุทธศาสตร์มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในระดับจังหวัด และเห็นด้วยในระดับมากที่สุดต่อการมี พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งมีเครือข่ายการดำเนินงานทั้ง 5 กระทรวงหลักในส่วนกลางและผู้แทนในระดับจังหวัด

ส่วนด้านสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นพบปัญหาการเกิดโรคฟันผุ และสภาวะเหงือกอักเสบสูงถึงร้อยละ 61.2 และ 79.5 [12] ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการไม่รับรู้สิทธิของตนเอง ทำให้ไม่ได้รับการตรวจและรับบริการทางทันตกรรม ดังนั้นจากการประเมินบริบท จึงมีเหตุผลและความจำเป็นในการมียุทธศาสตร์และดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ โดยมีโอกาสประสบความสำเร็จจากการมีต้นทุนที่ดีในด้านเครือข่ายการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์กระจายอยู่ในทุกอำเภอ และการมีคลินิกให้บริการวัยรุ่น (YFHS) ที่สามารถผสานการดำเนินส่งเสริมป้องกันและรักษาด้านสุขภาพช่องปากของแม่วัยรุ่นได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

3.2 ด้านปัจจัยนำเข้า มียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 เป็นแผนหลักที่ใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ฯ และมีแผนปฏิบัติการ (Action plan) ที่ประกอบด้วยรายละเอียดของแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ทั้ง 5 กระทรวงหลักภายใต้ พ.ร.บ.ฯ ได้ออกกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงภายใต้ พ.ร.บ.ฯ ที่นับเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ประสบความสำเร็จ หนึ่งในมาตรการสำคัญคือ การดำเนินงานส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) ซึ่งมีองค์ประกอบการดำเนินงานครอบคลุมการจัดบริการด้านสุขภาพตรงตามความต้องการของวัยรุ่น [25] ที่สามารถบรรจุมาตรการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากแก่วัยรุ่น เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ปัจจัยสำคัญอีกประหนึ่งของการดำเนินงานคือ

มีคณะกรรมการระดับชาติที่มีรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน มีคณะอนุกรรมการระดับชาติ และคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการเป็นประธานทำหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัด โดยผู้นำนับเป็นปัจจัยสำคัญต่อการประสบความสำเร็จ ดังเช่นในการศึกษาระดับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติภายใต้หลักธรรมาภิบาลที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ผู้นำที่ประกอบด้วยความสามารถในการบริหารและความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน [26] แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของพื้นที่ รวมทั้งปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาที่มีทักษะความรู้ความชำนาญ การขาดเวชภัณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร ปัญหาเหล่านี้จึงยังคงส่งผลให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันและเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ รวมทั้งปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุครบ 20 ปี ตลอดจนการไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงานรายยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด จึงทำให้เป็นปัญหาอุปสรรคต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน และจำเป็นต้องกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการทรัพยากรให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในส่วนของงบประมาณที่จำเป็นต้องมีภาคส่วนสำคัญ เช่น อปท. มาร่วมลงทุนดำเนินการด้วย

3.4 ด้านกระบวนการ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 มีการดำเนินงานยึดโยงกับแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติในระดับที่มากถึงมากที่สุด กระบวนการขับเคลื่อนงานมีความเข้มแข็งแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ภาคีเครือข่าย 5 กระทรวงหลักมีความตื่นตัวในการร่วมกันดำเนินงานในระดับปานกลางถึงมาก โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 กระทรวงศึกษาธิการมีความพยายามในการดำเนินงานตามกฎกระทรวงอย่างจริงจังเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาโดยการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาครูแบบออนไลน์ รวมทั้งดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์ในระหว่างกำลังศึกษา [27] ยุทธศาสตร์ที่ 2 แต่ละจังหวัดมีจุดเด่นในการดำเนินงานในยุทธศาสตร์แต่ละด้านที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับนโยบายและการกำกับติดตามของผู้บริหาร ยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ โดยมีการพัฒนาและยกระดับมาตรการการให้บริการสุขภาพวัยรุ่นและดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 แต่ก็ยังประสบปัญหาการที่วัยรุ่นเข้าถึงบริการน้อย และพบการไม่เข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุขของกลุ่มแม่วัยรุ่น ทั้งนี้ YFHS มีการระบุถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพช่องปากไว้ในองค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มเติม หัวข้อ 2.1.20 บริการอื่น ๆ เช่น การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยในการปฏิบัติจริงการดำเนินงานในข้อนี้ได้ยังขาดการปฏิบัติอย่างจริงจังทั้งการให้ความรู้ และการส่งเสริมให้แม่วัยรุ่นมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนกระบวนการเก็บรวมรวมข้อมูลตัวชี้วัด ยังมีช่องว่างที่ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนทุกตัวชี้วัด และการขาดข้อมูลตัวชี้วัดในระดับจังหวัด จึงยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานในส่วนของครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้การนำโครงการไปปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

3.5 ด้านผลลัพธ์ จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์ทั้งหมด 34 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดเป้าหมายอัตราการคลอดมีชีพในกลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ผ่านเกณฑ์เป้าหมายรายยุทธศาสตร์ที่กำหนดเป้าหมายอัตราคลอดลดลงเป็นแบบขั้นบันไดทุกปี จนสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ปี 2569 กำหนดให้อัตราคลอดของทั้ง 2 กลุ่มอายุนี้ไม่เกิน 0.5 และ 25 ต่อพัน ตามลำดับ โดยผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดราย**ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 4** ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100 สะท้อนการดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จมีทั้งการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาด้วยการใช้หลักสูตรแบบออนไลน์ และกระทรวง พม. ยังออกประกาศกระทรวงเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการในการส่งเสริมสนับสนุนการรับคำปรึกษา และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2563 เพื่อช่วยให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการด้านสวัสดิการสังคมมากยิ่งขึ้น **ยุทธศาสตร์ที่ 2** มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่

ร้อยละของครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการทั้งโครงสร้างครอบครัว การศึกษาของหัวหน้า ครอบครัว อาชีพหลักที่สร้างรายได้เลี้ยงครอบครัว รายได้ของครอบครัว เงินออมของครอบครัว และสถานภาพ การครอบครองที่อยู่อาศัย [28] ตัวชี้วัดนี้จึงมีความยากทั้งการวัดผลและการบรรลุผลสำเร็จ ยิ่งโดยเฉพาะในปีที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประชาชนจำนวนมากมีรายได้ลดลง ทำให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้ ส่วน **ยุทธศาสตร์ที่ 3** ซึ่งมีจำนวนตัวชี้วัดมากที่สุดนั้นไม่มีข้อมูลถึง 4 ตัวชี้วัด แสดงให้เห็นว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องมีการเร่งรัดผลักดันให้ดำเนินการทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด โดยควรเร่งรัดพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูล การชี้แจงทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งการมีข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามและวางแผน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการประสบความสำเร็จของการดำเนินงานโดยเฉพาะการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่จำเป็นต้องมีการกำกับทิศทางและมุ่งเป้าหมายไปสู่ความสำเร็จ ยิ่งจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้าน ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านคือ การได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังแท้งอย่างครอบคลุม ร้อยละ การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ผลงาน 13.9% สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไม่เกิน 13.5% การได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังแท้งอย่างครอบคลุม ผลงาน 67.8% ต่ำกว่าเป้าหมาย 80% และความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ผลร้อยละ 17.1 ที่สูงกว่าเป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 8 เหล่านี้สะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในช่วงก่อนตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย (วิธีกึ่งถาวร) ซึ่งมีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรภ์สูงเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำที่มากจนสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด อย่างไรก็ตามผลงานสำคัญที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ซึ่งสามารถผสานการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเข้ากับบริการสำหรับวัยรุ่นได้ และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด **ยุทธศาสตร์ที่ 5** ที่มี 1 ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ความสำเร็จในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ทั้งหมดได้ครบถ้วนทั้ง 34 ตัวชี้วัด และการขาดข้อมูลของตัวชี้วัดในระดับจังหวัด ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผลการดำเนินงานในระดับประเทศ การมีข้อมูลของจังหวัดจะช่วยให้การทำงานสามารถมุ่งเป้าหมายที่ตอบสนองปัญหาของจังหวัดได้ นอกจากนี้แล้วเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มุ่งเน้นการคุ้มครองสิทธิของวัยรุ่นให้ได้รับความรู้ และบริการทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค จึงต้องพิจารณาถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านอื่นนอกเหนือจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งการติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ยังพบช่องว่าง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงในระยะครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริงในการปกป้องคุ้มครองและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศ

4. ผลการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากข้อมูลในระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในพื้นที่การวิจัย ยังคงพบปัญหาการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ทั้งการตรวจสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการฝึกแปรงฟันอย่างถูกต้องด้วยวิธีลงมือปฏิบัติ โดยข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 59.0, 54.3, และ53.4 ตามลำดับ ซึ่งยังคงอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 และถึงแม้ว่าจะไม่มีสถิติของแม่วัยรุ่นที่ได้รับบริการด้านทันตกรรมโดยตรง แต่ข้อมูลการสำรวจสุขภาวะช่องปากแห่งชาติในปี 2566 วัยรุ่นยังเข้าถึงบริการได้ไม่ทั่วถึงครอบคลุม ผลการสำรวจวัยรุ่นอายุ 15 ปี ซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ร้อยละ 47.9 ไม่ทราบสิทธิหลักประกันสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก

ของตน ส่งผลให้ได้รับการตรวจฟันและได้รับบริการทันตกรรมเพียง ร้อยละ 37.3 และ 24.8 ตามลำดับ [12] ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของมารดาส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่สำคัญประกอบด้วยความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย มีการศึกษาพบว่า โรคปริทันต์อักเสบอย่างรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย [9-10] จึงส่งผลต่อความสำเร็จของยุทธศาสตร์ที่ 3 ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแก่วัยรุ่นอย่างครอบคลุมทั้งกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปและแม่วัยรุ่น โดยแม้ว่าจังหวัดที่ดำเนินการเก็บข้อมูลจะมีโครงการดูแลมารดาวัยรุ่นแบบบูรณาการ แต่สัดส่วนของแม่วัยรุ่นที่ถูกส่งต่อเพื่อตรวจทันตกรรมจากห้องฝากครรภ์ยังอยู่ในระดับต่ำ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดบริการด้านทันตสาธารณสุขให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะ โดยจัดบริการให้กลุ่มแม่วัยรุ่นได้รับบริการร่วมกันกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอื่น ๆ และมีรูปแบบการให้บริการเช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอื่น โดยมองว่ามีสภาวะตั้งครรภ์เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอื่น และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์มากโดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี 2.546 เท่า นอกจากนี้พบว่า ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากโดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อและทัศนคติในระดับสูงมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ 3.35 เท่า และความกังวลเกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรมโดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกังวลระดับต่ำมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกังวลระดับสูง 8.46 เท่า [29] ดังนั้นหน่วยบริการควรมีนโยบายและแนวทางการบูรณาการการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากเข้ากับบริการของคลินิกวัยรุ่น การจัดระบบส่งต่อที่เอื้อต่อการได้รับบริการ ลดระยะการรอคอย รวมทั้งการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อให้แม่วัยรุ่นได้รับบริการอย่างทั่วถึงครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน คือ มีนโยบายที่ชัดเจน มีบุคลากรที่รับผิดชอบในการให้บริการและมีความร่วมมือของทุกเครือข่าย จะเห็นได้ว่าการพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ควรได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากบริบทของการจัดบริการในโรงพยาบาลนั้น ๆ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบบริการเกิดการบูรณาการงานร่วมกัน [30,31] ซึ่งจะทำให้ประสบผลสำเร็จตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่นที่คำนึงถึงการเข้าถึงบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในมิติที่คลอบคลุมในเรื่องสุขภาพช่องปากด้วย

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปรับปรุงยุทธศาสตร์ที่ 1 ในการส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนมีทักษะในการมีป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างแท้จริง และสร้างระบบคัดกรองในสถานศึกษาเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้เรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้ก่อนที่จะเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2. ส่งเสริมบทบาทของ อปท. ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ในการดำเนินงานและสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรในการดำเนินงานระดับพื้นที่

3. ปรับปรุงยุทธศาสตร์ที่ 3 โดยเน้นการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาล ให้เหมาะกับบริบทและความต้องการของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างแท้จริง การส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการคุมกำเนิดโดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงการสนับสนุนบทบาทของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการ

4. พัฒนาการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 5 โดย

เร่งรัดการจัดทำรายละเอียดของทุกตัวชี้วัด จัดทำและชี้แจงเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้สามารถเก็บข้อมูลระดับจังหวัดในทุกยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเร่งผลักดันการสร้างระบบฐานข้อมูลแบบออนไลน์ เพื่ออำนวยความสะดวกในการบันทึกและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ใช้งานทุกระดับเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย

5. บูรณาการบริการตรวจและให้คำแนะนำทางทันตกรรม ให้เป็นส่วนหนึ่งของงานคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ รวมทั้งจัดให้มีการประสานงานส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปยังคลินิกทันตกรรมอย่างเป็นระบบและชัดเจน

• ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลสัมฤทธิ์ของ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างรอบด้าน ทั้งในด้านความสำเร็จตามตัวชี้วัด ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมาย มาตรการ และแผนปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ระดับชาติ

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ภายใต้แผนปฏิบัติงานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา เพ็ญศิรินภา. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับเพศศึกษารอบด้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2564;7(3):1-16.
2. ยูนิเซฟ ประเทศไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย: รายงานสังเคราะห์ 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-08/160705_SAAP_in_Thailand_report_TH.pdf
3. สมดี อนันต์ปฏิเวธ, สุหรี หนุ่งอหลี, ปรียะดา ภัทรสัจจธรรม. วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม: ผลกระทบ แนวโน้ม และการช่วยเหลือในสังคมโลกไร้พรมแดน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2561;10(1):16-31.
4. SDG Move. SDG 101 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/sdg-101/
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistics2563.pdf
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf
7. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/act-strategy-action-plan/2560#wow-book/
8. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานผลโครงการประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประจำปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/act-strategy-action-plan/2567#wow-book/
9. United Nations General Assembly. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (Resolution A/66/L1). New York: United Nations; 2011.
10. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. Vergnes JN, Sixou M. Periodontal disease as a risk factor for preterm birth and low birth weight: A systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2007;196(2):e1-7.
12. สุทิสา ไทยงาม. โรคปริทันต์อักเสบในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์ในบทความปริทัศน์. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2553;15(1):18-27.

13. Acta Scientific. Oral Health Changes During Pregnancy: The Role of Hormonal, Salivary, and Psychological Factors: A Mini Review [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 5]. Available from: https://actascientific.com/ASDS/pdf/ASDS-09-2032.pdf
14. FDI World Dental Federation. Definition of oral health. Int Dent J 2016;66(6):322-4.
15. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation Models: Evaluation in Education and Human Services. Vol 49. Dordrecht: Springer; 2000. p. 279-317.
16. Stufflebeam DL. CIPP evaluation model checklist [Internet]. 2007 [cited 2025 Aug 5]. Available from: https://files.wmich.edu/s3fs-public/attachments/u350/2014/cippchecklist_mar07.pdf
17. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
18. บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ประภาพรรณ จูเจริญ. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับการใช้สารเสพติดของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(2):239-52.
19. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://aidsboe.moph.go.th/app/book/
20. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
21. กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. การรับรู้และการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;25(2):189-201.
22. มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม. รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ประเทศไทย; 2560.
23. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/2515#wow-book/
24. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/surveillance-report/3331#wow-book/
25. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับ พ.ศ. 2563). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
26. ปิยากร หวังมหาพร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติในด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาลขององค์การภาครัฐ. MFU Connexion 2563;9(2):9-23.
27. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ตั้งครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.spmsnicpn.go.th/th/download/servicemanual/takecare_pregnant.pdf
28. กวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์, จิราพร ชมพิกุล, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล. ปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวไทย. วารสารการบริหารท้องถิ่น 2560;10(2):151-68.
29. วราภรณ์ แพงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี. Health Science, Science and Technology Reviews 2568;18(1):33-45.
30. ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์, รชนี ลักษิตานนท์. รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 เขตสุขภาพที่ 5. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;45(1):53-67.
31. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เปรื่องจิตร ฆารรัสมี, นพนนท์ ชัยภูมิ, อรุณณี ใจเที่ยง. บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(3):240-8.