

บทที่ 3

ความรู้พื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับ ประชากรของประเทศไทยและโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ

บทที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาทางด้านประชากรของประเทศไทย ความเป็นมาของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ หน้าที่และความรับผิดชอบ กิจกรรมในการให้บริการวางแผนครอบครัว งบประมาณที่ใช้ในการวางแผนครอบครัว ความสำเร็จ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การนำเสนอในบทนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นสถานการณ์และปัญหาประชากรของประเทศไทย และส่วนที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ

ส่วนที่ 1: สถานการณ์และปัญหาประชากรของประเทศไทย

ก่อนพ.ศ. 2454 มีการเปลี่ยนแปลงของประชากรในประเทศไทยเป็นไปอย่างช้าๆ เนื่องจาก อัตราการเกิดอย่างหนาแน่นเกือบมีความสมดุลย์กับอัตราการตาย (Bennett et al. 1990) ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ภาวะการตายมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย การตายลดลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ต่อมาการลดลงของอัตราการตายเริ่มชัดเจนโดยลดลงจากประมาณร้อยละ 5.6 คนต่อประชากรพันคนในพ.ศ. 2518 ลงมาเหลือประมาณร้อยละ 4.2 คนต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ. 2533 (สำนักงานกลางทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2533) อัตราการตายของทารกก็ลดลงมาเช่นกัน โดยลดลงจาก 84 คนต่อทารกเกิดมีชีพพันคนในช่วงปีพ.ศ. 2507 ถึง พ.ศ. 2508 เป็นประมาณ 35 คนต่อทารกเกิดมีชีพพันคนในช่วงพ.ศ. 2525 ถึง พ.ศ. 2530 (Chayovan, Kamuansilpa, and Knodel, 1988)

เมื่อมีการสำรวจสำมะโนประชากรตั้งแต่ปีพ.ศ.2454 ถึงพ.ศ.2533 จำนวนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ(ดูตาราง1.1) โดยเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง การสำรวจสำมะโนประชากรครั้งแรกพบว่า ประเทศไทยมีประชากรจำนวน 8.2 ล้านคนและจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เป็น 9.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2462 ต่อมาในปี พ.ศ.2472 จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 11.5 ล้านคน และในปีพ.ศ.2480 และ พ.ศ.2490 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 14.4 และ 17.4 ล้านคน และมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ย ประมาณ 2.9 และ 1.9 ต่อปี ตามลำดับ อัตราเพิ่มเฉลี่ยลดลงเพราะเป็นช่วงสงครามโลกครั้งที่สองซึ่งมีการตายมาก อย่างไรก็ตามจำนวนประชากรในปี พ.ศ.2490 ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่าของจำนวนประชากรในปี พ.ศ.2454

การเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้อัตราการตายลดลงอย่างรวดเร็วในขณะที่อัตราการเกิดยังคงสูงอยู่ การสำรวจสำมะโนประชากรใน พ.ศ. 2503 พบว่า จำนวนประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 26.2 ล้านคน โดยมีอัตราการเพิ่มของประชากรประมาณร้อยละ 3.2 ต่อปี ต่อมาในปี พ.ศ.2513 จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเป็น 36.8 ล้านคน ซึ่งประชากรเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 3.0 ต่อปี ต่อมาในปีพ.ศ.2523 จำนวนประชากรเพิ่มสูงขึ้นเป็น 44.8 ล้านคน และอัตราการเพิ่มของประชากรคิดเป็นร้อยละ 2.3 ต่อปี ในการสำรวจสำมะโนประชากรครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2533 สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ.2533 ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 54.5 ล้านคน และอัตราการเพิ่มของประชากรประมาณร้อยละ 1.9 ต่อปี ในช่วงปีพ.ศ. 2523 และพ.ศ. 2533 (อ้างในจดหมายข่าวประชากร สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับที่ 47 กรกฎาคม, 2534)

การลดลงของอัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศไทยจากอดีตที่สูงถึงร้อยละ 3 ต่อปี ก่อนเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.46 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา 4 ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2534) มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรของประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการกระจายตัวของประชากรของประเทศไทยจากการสำรวจสำมะโนประชากรในปี พ.ศ.2503 2513 2523 และพ.ศ.2533 แสดงให้เห็นว่าประชากรวัยเด็กที่มีอายุ 0 ถึง 14 ปี ในปี พ.ศ.2503 คิดเป็นร้อยละ 43.2 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 45.1 ในปี พ.ศ.2513 และลดลงเหลือคิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 28.8 ของประชากร

ทั้งสิ้นในปี พ.ศ.2523 และ พ.ศ.2533 ตามลำดับ ประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปีถึง 59 ปี ในปี พ.ศ.2503 คิดเป็นร้อยละ 52.2 ลดลงเหลือคิดเป็นร้อยละ 50.0 ในปีพ.ศ.2513 แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 54.6 และ 63.9 ของประชากรทั้งสิ้นในปีพ.ศ.2523 และพ.ศ.2533 ตามลำดับ สำหรับประชากรวัยชราอายุ 60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 4.6 และเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 4.9 ร้อยละ 5.4 และ ร้อยละ 7.3 ของประชากรทั้งหมดในปีพ.ศ.2513 2523 และ พ.ศ. 2533 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลทำให้จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายของงานวางแผนครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 กองอนามัยครอบครัวได้คาดการณ์จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในปีพ.ศ.2539 ว่าจะมีจำนวน 9.8 ล้านคน และจากการคาดประมาณการประชากรของไทยในปีพ.ศ.2543 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประชากรวัยเด็กจะลดลงเหลือร้อยละ 27.4 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประชากรวัยทำงานและวัยชรามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น(ดูตาราง 3.1 และแผนภาพ 3.1)

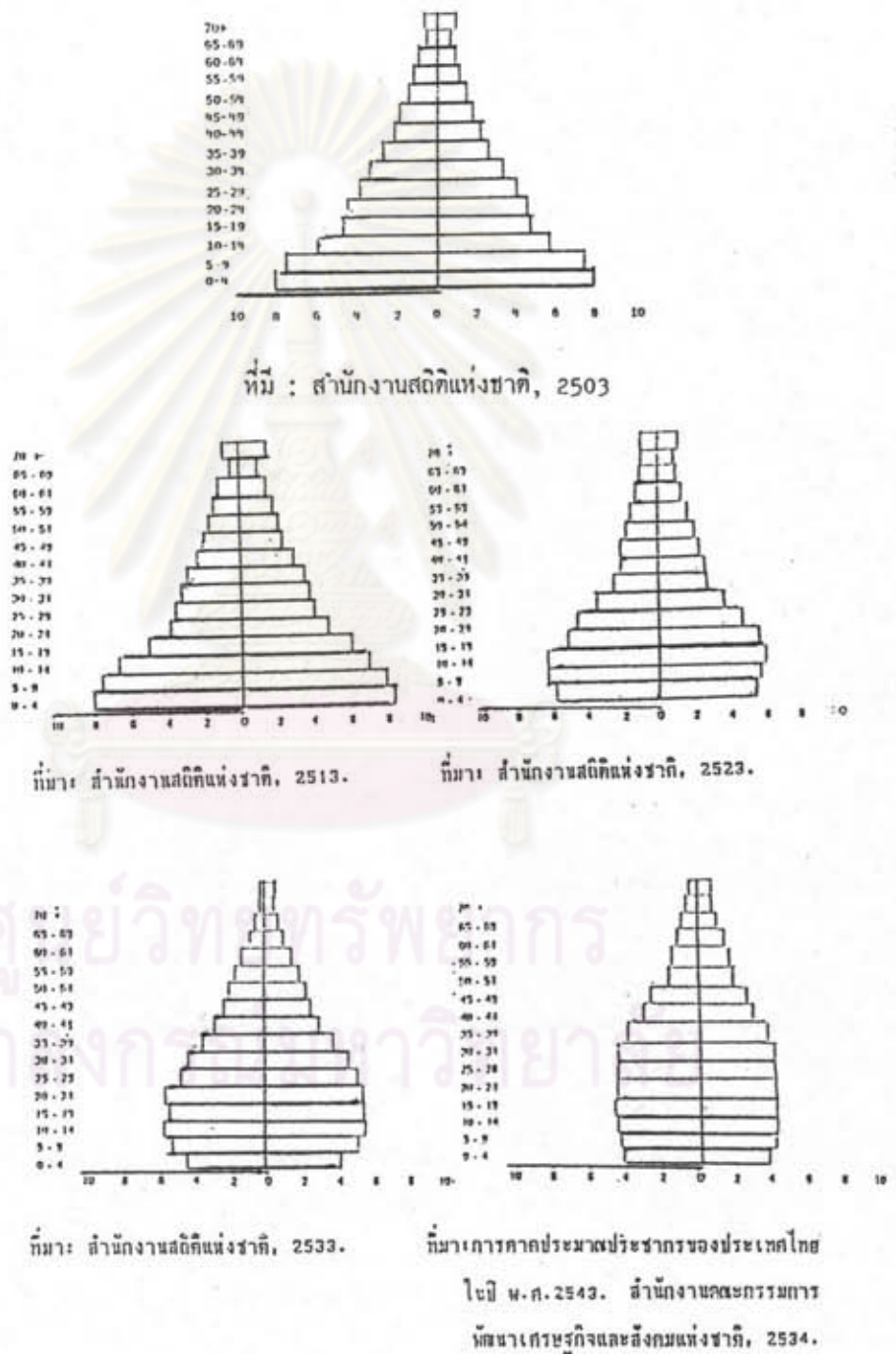
ตาราง 3.1 สัดส่วนการกระจายตัวของประชากรของประเทศไทยแยกตามหมวดอายุปีพ.ศ. 2503 2513 2523 2533 และ พ.ศ.2543

หมวดอายุ	2503	2513	2523	2533	2543
0-14	43.2	45.1	40.0	28.8	27.4
15-59	52.2	50.0	54.6	63.9	65.0
60 ปีขึ้นไป	4.6	4.9	5.4	7.3	7.6

แหล่งข้อมูล: สำนักทะเบียนการเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533 และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย: 2523-2558 กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534.



แผนภาพ 3.1 แสดงการแจกแจงอัตราส่วนร้อยละของประชากร ของประเทศไทย พ.ศ. 2503 พ.ศ. 2513 พ.ศ. 2523 พ.ศ. 2533 และการคาดประมาณประชากร พ.ศ. 2543 แยกตามกลุ่มอายุและเพศ



การเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วทำให้รัฐบาลได้ตระหนักถึงผลกระทบของประชากรที่มีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ถึงแม้ว่าการเพิ่มของประชากรจะเป็นผลดีต่อการผลิตเนื่องจากเป็นปัจจัยในการผลิตสินค้า แต่หากจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต ประเทศไทยจะประสบปัญหาหลายประการทำให้เกิดการขาดแคลนทางด้านการศึกษา ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข และด้านที่อยู่อาศัย เป็นต้น นอกจากนี้การเพิ่มของประชากรที่มากเกินไประดับหนึ่งแล้ว จะมีผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร ดังนั้นในช่วงปี พ.ศ. 2499 ถึง พ.ศ. 2500 คณะผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลก จึงได้เข้ามาสำรวจสถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศไทยตามคำขอร้องของรัฐบาลไทย คณะผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้เสนอรายงานต่อรัฐบาลไทย ในปี พ.ศ. 2501 แนะนำให้รัฐบาลดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจในด้านสาธารณสุข การศึกษา และสังคม โดยในรายงานฉบับนั้น ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาทางด้านประชากรที่กำลังเริ่มเกิดขึ้นในประเทศไทย หลังจากนั้นรัฐบาลได้มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษาปัญหาประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2502 ถึง พ.ศ. 2506 และได้มีการจัดประชุมสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2506 ตั้งแต่นั้นมา ได้มีการดำเนินกิจกรรมหลายอย่างทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับประชากร และการให้บริการวางแผนครอบครัว เช่น การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร การศึกษาวิจัยต่างๆ การตั้งสถาบันประชากรศาสตร์ การเริ่มให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชน ในปี พ.ศ. 2508 และ พ.ศ. 2511 ได้มีการประชุมสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรของประเทศไทยเป็นครั้งที่ 2 และ 3 ตามลำดับ (ภัสสร ลิมานนท์ , 2533) โดยที่ประชุมสรุปว่า การเพิ่มประชากรในอัตราที่สูง เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าของประเทศเพราะการพัฒนาไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น (วรรณิ กลศาสตร์ เสนี, 2531) นำไปสู่การกำหนดให้นโยบายประชากรเป็นนโยบายในระดับชาติครั้งแรกเมื่อเดือน มีนาคม พ.ศ. 2513 โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายประชากร มีใจความสำคัญดังได้กล่าวไว้ในบทที่ 1

รัฐบาลได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบงานการวางแผนครอบครัวโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานวางแผนครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพอนามัย เช่น เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาโรคกล่าวคือ ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาแต่ละชนิด เพื่อให้เกิดอันตรายน้อยที่สุดและได้รับผลสูงสุด ประกอบกับการมีบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่แล้วทั่วประเทศ บุคลากรดังกล่าวได้รับการอบรมให้มีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับงานวาง

แผนครอบครัว และวิธีการคุมกำเนิดต่าง ๆ การดำเนินงานโดยใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นวิธีที่ประหยัดค่าใช้จ่าย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติขึ้น โดยมีกรมอนามัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการวางแผนครอบครัวทั่วประเทศ และกำหนดแผนงานวางแผนครอบครัวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) เป็นต้นมา (ธีรชัย มุ่งการดี, 2533)

ส่วนที่ 2 : โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ

ประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบความล้มเหลว ในการลดอัตราการเพิ่มของประชากร จากในอดีตที่สูงถึงร้อยละ 3 ต่อปี ก่อนเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.46 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2534) อันเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ แต่ปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้มลตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วคุมกำเนิดในจำนวนที่มาก จนส่งผลถึงการลดอัตราการเพิ่มของประชากรลงได้คือ การขยายบริการวางแผนครอบครัว การอบรมเจ้าหน้าที่ การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ การวิจัยและการประเมินผล และความร่วมมือในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน

การพัฒนาการวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยการเปลี่ยนแปลงนโยบายและปรับกลวิธีในการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่การดำเนินงานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ในปีพ.ศ. 2515 โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติได้มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว และการให้บริการใส่ห่วงอนามัย ต่อมาปี พ.ศ. 2516 มีการให้บริการทำหมันแห่งในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์โดยใช้ลาพาโรสโคป (Laparoscope) ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถให้บริการได้รวดเร็ว และในปี พ.ศ. 2517 โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ได้นำยาฉีดคุมกำเนิดซึ่งเป็นวิธีคุมกำเนิดวิธีใหม่มาให้บริการแก่ผู้รับบริการวางแผนครอบครัว (ธีรชัย มุ่งการดี, 2533)

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ เริ่มมีการอบรมอาสาสมัครต่างๆ ทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครนิคมสร้างตนเอง ครูช่วยสอนชาวเขา พนักงานอนามัยผ่ตัดทำ

หมั้นชาย แม่บ้านในค่ายผู้อพยพลี้ภัย แพทย์ประจำตำบล ตำรวจตระเวนชายแดน และทหารประทวนเหล่าแพทย์ เป็นต้น มาตรการในการขยายบริการวางแผนครอบครัวให้เข้าถึงประชาชนในระดับชุมชนได้เริ่มขึ้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขอนุมัติให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จ่ายยาเม็ดให้แก่สตรีที่คุมกำเนิดได้ในปี พ.ศ. 2522 ในปีเดียวกันแพทย์ได้นำ ลาโพรคาเตอร์ (Lapro-cator) เพื่อใช้ในการทำหมั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2523 ผดุงครรภ์ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในระดับตำบลซึ่งใกล้ชิดประชาชนในหมู่บ้านมากที่สุดและได้รับการอบรมการใส่ห่วงอนามัยจากโครงการวางแผนครอบครัวแล้วเริ่มให้บริการใส่ห่วงอนามัยได้ จากผลการวิจัยโครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ 3 พบว่าประชากรในชนบทสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขได้สะดวกขึ้นกว่าในอดีต (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฬโพล และ เกื้อ วงศ์ณุลิน, 2535)

ต่อมาในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ได้มีการเพิ่มขีดความสามารถของผดุงครรภ์ให้มากขึ้นโดยการอบรมให้ผดุงครรภ์ฉีดยาคุมกำเนิด และในปี พ.ศ. 2526 ผดุงครรภ์เริ่มให้บริการฉีดยาคุมกำเนิดแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วได้ และในปีเดียวกันโครงการวางแผนครอบครัวได้อบรมพยาบาลท้องผ่าตัดทำหมันหญิงหลังคลอด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดให้แก่ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายเก่าของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2529 อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดให้แก่ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ได้

การดำเนินงานวางแผนครอบครัวในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 การอบรมต่างๆจะดำเนินการต่อเนื่องมาจากแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 5 นอกจากการดำเนินงานที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต การให้บริการวางแผนครอบครัวโดยงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยในปัจจุบัน ได้ให้บริการตรวจหาแม่เรื้อรังแก่กลุ่มแม่ผู้มารับบริการคุมกำเนิด รวมทั้งการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มรสใหม่ ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวที่มีปัญหา ทำให้การดำเนินงานวางแผนครอบครัวประสบผลสำเร็จประการหนึ่ง

องค์การของรัฐและเอกชนที่รับผิดชอบงานวางแผนครอบครัว นับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ.

2513 ตั้งได้กล่าวข้างต้นแล้วนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้รวมงานวางแผนครอบครัวไว้ในงานอนามัยที่มีอยู่แล้วโดยมีเหตุผลดังนี้ (วรรณิ กลศาสตร์ เลณี, 2531)

1. งานวางแผนครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็ก
2. การให้บริการโดยใช้เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิมเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย และลดการทำงานซ้ำซ้อน
3. การยกมาตรฐานสุขภาพอนามัยของแม่และเด็กให้ดีขึ้น เป็นวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งของโครงการวางแผนครอบครัว
4. การที่รัฐบาลไม่ได้ให้ความสนับสนุนอย่างเป็นทางการในระยะแรกทำให้ไม่สามารถจัดตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่เป็นเอกเทศได้

ดังนั้น การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในระยะแรกก่อนมีการเปลี่ยนแปลงการจัดองค์กรภายในกระทรวงสาธารณสุข การให้บริการวางแผนครอบครัวให้อยู่ในความรับผิดชอบของกองอนามัยแม่และเด็กและกองสุขภาพ กรมอนามัย ร่วมกับ กองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กรมการแพทย์ โดยมีอธิบดีกรมอนามัย เป็นผู้อำนวยการโครงการวางแผนครอบครัวและผู้อำนวยการกองอนามัยแม่และเด็กเป็นรองผู้อำนวยการโครงการวางแผนครอบครัว ภายหลังมีการจัดองค์กรภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้รวมกรมอนามัย(เดิม)เข้ากับ กรมการแพทย์(เดิม) และตั้งขึ้นใหม่เป็นกรมการแพทย์และอนามัยเมื่อปี พ.ศ. 2515 และมีการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารงานโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้อำนวยการโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ และมีอธิบดีกรมการแพทย์และอนามัยเป็นรองผู้อำนวยการโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ แต่การดำเนินงานบริหารส่วนกลางเช่น งานด้านธุรการ วิจัยและประเมินผล เผยแพร่และอบรม และการปฏิบัติงานวางแผนครอบครัว ใช้อุปกรณ์และเจ้าหน้าที่จากกองอนามัยครอบครัวในการปฏิบัติงาน ส่วนงานด้านบริการคงใช้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานเอกชนในการให้บริการประชาชนเช่นเดิม

ในปี พ.ศ. 2517 กระทรวงสาธารณสุขได้แยกกรมอนามัยและกรมการแพทย์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2519 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้งให้อธิบดีกรมอนามัยเป็นผู้อำนวยการโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ และรองอธิบดีกรมอนามัยเป็นรองผู้อำนวยการโครงการฯ โดยมีผู้อำนวยการกองอนามัยครอบครัวเป็นผู้ช่วยผู้อำนวยการโครงการฯ

การบริหารโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ มีคณะกรรมการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คณะกรรมการ

1.1 คณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวงและสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน คณะกรรมการชุดนี้เป็นการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง ซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนกรรมการทั้งสิ้น 22 คน โดยมีหน้าที่พิจารณาและกำหนดนโยบาย ประสานงานในระดับชาติ รวมทั้งการพิจารณาแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวของชาติ

1.2 คณะอนุกรรมการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน มีหน้าที่ร่วมพิจารณากำหนดนโยบาย และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาในการดำเนินงานวางแผนครอบครัว รวมทั้งพิจารณาผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาคเอกชนในด้านการให้บริการวางแผนครอบครัว อบรมเผยแพร่ความรู้ วิจัยและประเมินผล รวมทั้งให้คำแนะนำไปปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.3 คณะอนุกรรมการวิชาการงานวางแผนครอบครัว มีหน้าที่ประสานงานด้านวิชาการ วิจัยประชากรและวางแผนครอบครัวและเทคนิคการให้บริการวางแผนครอบครัว เพื่อลดการซ้ำซ้อน และเพื่อให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนได้ประสานการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมทั้งการค้นคว้าและแลกเปลี่ยนความรู้และเผยแพร่ให้เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.1 หน่วยงานภาครัฐ

2.1.1 กระทรวงสาธารณสุข

2.1.1.1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค รับผิดชอบโรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย ซึ่งเป็นสถานบริการหลักของงานวางแผนครอบครัวในส่วนภูมิภาค

2.1.1.2 กรมการแพทย์ รับผิดชอบโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสถานบริการวางแผนครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร

2.1.1.3 กรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการบริหารโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ โดยมีกองอนามัยครอบครัว เป็นผู้วางแผนกิจกรรม และโครงการต่าง ๆ เสนอเพื่อให้กรมอนามัยเห็นชอบก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ซึ่งกองอนามัยครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบงานหลัก 2 งานคือ งานวางแผนครอบครัว และงานอนามัยแม่และเด็ก กองอนามัยครอบครัว ประกอบด้วยฝ่ายต่าง ๆ ที่รับผิดชอบกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนงานทั้งลองคือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายแผนงาน ฝ่ายอบรม ฝ่ายศึกษาและผดุงครรภ์ ฝ่ายวิเคราะห์และประเมินผล ฝ่ายเผยแพร่ ฝ่ายสารสนเทศ ฝ่ายพัฒนาวิชาการอนามัยแม่และเด็ก ฝ่ายพัฒนาวิชาการวางแผนครอบครัว

2.1.2 หน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข

2.1.2.1 ทบวงมหาวิทยาลัย เฉพาะภาคศิลปศาสตร์-นารีเวชวิทยา ของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ให้การสนับสนุนทั้งด้านบริการและวิชาการ โดยการอบรมแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด และการให้บริการคุมกำเนิด

2.1.2.2 กระทรวงมหาดไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักแพทย์และสำนักอนามัย ซึ่งรับผิดชอบโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต กทม. และตำรวจตระเวนชายแดน ซึ่งได้รับการอบรมในการเผยแพร่และบริการวางแผนครอบครัวแก่กลุ่มเป้าหมายบริเวณชายแดน และกรมพัฒนาชุมชนมีการอบรมพัฒนากรในด้านการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2525 ผู้ว่าราชการจังหวัดให้ความร่วมมือในการจัดตั้งองค์การวางแผนครอบครัวในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ

2.1.2.3 กระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่าง ๆ ภายใต้อำนาจรับผิดชอบของกระทรวงกลาโหม โดยให้ความร่วมมือในการเผยแพร่และบริการวางแผนครอบครัวทหาร และกลุ่มเป้าหมายทั่ว ๆ ไปด้วย

2.1.2.4 โรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจอื่น ๆ มีหน่วยให้บริการวางแผนครอบครัว โดยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

2.2 หน่วยงานภาคเอกชน

สมาคมเอกชนได้ให้ความร่วมมือในการวางแผนครอบครัวอย่างใกล้ชิด นับตั้งแต่เริ่มโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ได้แก่

2.2.1 สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (Planned Parenthood Association of Thailand หรือ PPAT) ให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และให้บริการวางแผนครอบครัวในท้องถิ่นห่างไกล ผู้หยพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกลุ่มเป้าหมายพิเศษอื่น ๆ รวมทั้งกลุ่มหนุ่มสาวด้วย

2.2.2 สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (Population and Community Development Association หรือ PDA) เริ่มดำเนินการในปี 2517 โดยให้ความร่วมมือในการให้บริการวางแผนครอบครัวในชุมชนโดยใช้อาสาสมัครที่อบรมแล้ว ต่อมาได้เพิ่มกิจกรรมทางด้านหน่วยทำหมันเคลื่อนที่ การให้บริการกลุ่มสาว รวมทั้งกิจกรรมผลผลิตงานวางแผนครอบครัวกับการพัฒนาชนบทด้านอื่น ๆ

2.2.3 สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย (Thailand Association for Voluntary Sterilization หรือ TAVS) เริ่มดำเนินการในปี 2518 ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมบริการทำหมันโดยหน่วยเคลื่อนที่ ให้การอบรมการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการวางแผนครอบครัว รวมทั้งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทำหมัน

2.2.4 สมาคมส่งเสริม การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานวางแผนครอบครัว (Association for Strengthening Information in Support of the NFPP หรือ ASIN) เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2520 โดยการสนับสนุนคลินิกเอกชนให้ทำหมันชายและหญิง และจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่งานวางแผนครอบครัว

2.2.5 สมาคมวิจัยการเจริญพันธุ์แห่งประเทศไทย (Thailand Fertility Research Association หรือ TFRA) ให้ความร่วมมือในการศึกษาหาวิธีคุมกำเนิดชนิดใหม่ที่เหมาะสมมาใช้ในโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ

แหล่งงบประมาณ

การดำเนินงานวางแผนครอบครัวของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยเฉพาะในระยะแรกของการดำเนินงานวางแผนครอบครัวนั้น จำเป็นต้องใช้เงินจากแหล่งต่าง ๆ คือ

1. รัฐบาลไทย
2. ความช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศ
3. เงินกู้

รายละเอียดจำนวนงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน ในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ถึง 6 ได้กล่าวไว้ในบทที่ 1 (คูตาราง 1.3 และ 1.4) และจะกล่าวเสริมถึงแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมในส่วนของความช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศที่ให้ความสนับสนุนได้แก่ กองทุนประชากรสหประชาชาติ (UNFPA) องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (USAID) สภาประชากร (Population Council) และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งประเทศญี่ปุ่น (JICA)

ความสำเร็จของการดำเนินงานวางแผนครอบครัว การดำเนินงานวางแผนครอบครัว ซึ่งใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก เพื่อแก้ปัญหาการเพิ่มประชากรของประเทศไทย พบว่าอัตราเพิ่มของประชากรลดลงจากร้อยละ 3 ในปีพ.ศ. 2515 เหลือร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2519 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 3 และอัตราการเกิดลดลงจากประมาณ 40 ต่อประชากรพันคนเมื่อปี พ.ศ. 2515 เหลือประมาณ 35 ต่อประชากรพันคนในปีสุดท้ายของแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 3 การคำนวณจำนวนเกิดที่ป้องกันได้ (Births Averted) ซึ่งให้เห็นว่าประมาณ 3 ใน 4 ของการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในปีพ.ศ. 2518 เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ (Leoprapai and Piampiti, 1982 :192)

งานวางแผนครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญยิ่งในการลดอัตราเพิ่มของประชากรกล่าวคือ การดำเนินงานวางแผนครอบครัวนับว่า ประสบผลสำเร็จในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) รัฐบาลสามารถลดอัตราเพิ่มของประชากรจากร้อยละ 2.5 เหลือร้อยละ 2.1 จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ในช่วงหลังนี้ได้ยืนยันว่า การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ เป็นผลมาจากการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิด จนสามารถกล่าวได้ว่าการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงสิบกว่าปีหลังจากปีพ.ศ. 2521 นั้น เป็นผลมาจากการคุมกำเนิดถึงร้อยละ 90 (Knodel et al, 1982)

รายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยสามารถลดอัตราเพิ่มของประชากรจากร้อยละ 2.1 มาเป็นร้อยละ 1.7 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 5 ในปี พ.ศ. 2529 (ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว กองอนามัยครอบครัว 2533) อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (Total Fertility Rate) ซึ่งเป็นดัชนีวัดความสำเร็จ

การวางแผนครอบครัวตัวหนึ่ง อัตราเจริญพันธุ์รวมยอดในช่วงปี พ.ศ.2507 ถึงพ.ศ.2508 มีแนวโน้มลดลงโดยเฉลี่ย คิดเป็น 6.3 คน เป็น 3.4 คนในปี พ.ศ.2525 (Arnold et al, 1986 อ้างใน Kiranandana, Thienhay, Kua Wongboonsin and Suchada Kiranandana, 1989) และจากรายงานโครงการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย(2531) พบว่าสตรีไทยมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย 2.2 คนในปีพ.ศ.2530 การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมยอดในช่วงพ.ศ.2522 ถึงพ.ศ.2530 เป็นผลมาจากการคุมกำเนิด (Chayovan, Napaporn, Peerasit Kamuansilpa and John Knodel, 2531)

การดำเนินงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จ โดยมีผู้รับบริการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้นมาก จากปีพ.ศ.2513 มีจำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดทั้งสิ้น สองแสนสองหมื่นคน (วรรณิ กลศาสตร์เสนี, 2531) และในปีพ.ศ.2534 มีจำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดเพิ่มสูงขึ้นเป็น 5.2 ล้านคน อัตราคุมกำเนิดสูงคิดเป็นร้อยละ 61.2 อัตราคุมกำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2527 ถึงพ.ศ.2531 และเริ่มลดลงค่อนข้างคงที่ในปี พ.ศ.2532 ถึง พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 59.3 จากนั้นก็เริ่มสูงขึ้นอีกในปี พ.ศ.2534(ตาราง 1.5)

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน ถึงแม้ว่าการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 จะสามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรลงเหลือร้อยละ 1.46 แต่มีปัญาและอุปสรรคบางประการ (กองอนามัยครอบครัว, 2534) คือ

1. ปัญหาผู้รับบริการวางแผนครอบครัว

1.1 กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15 ปี ถึง 24 ปี เนื่องจากอัตราการเกิดที่สูงในอดีต และในกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 50 เท่านั้นที่กำลังคุมกำเนิดอยู่ การเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดในกลุ่มอายุดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นเพื่อการบรรลุจุดหมายในการยืดระยะเวลาการมีบุตรคนแรกและคนที่สอง

1.2 สัดส่วนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีบุตรแล้ว 2 คนใช้วิธีทำหมันประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง ส่วนที่เหลือยังคงใช้วิธีชั่วคราว ซึ่งกลุ่มเป้าหมายนี้สมควรเปลี่ยนมาใช้วิธีถาวร



1.3 ความแตกต่างของอัตราคุมกำเนิดรายภาคยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ซึ่งมีประชากรรวมกันแล้วประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งประเทศ แต่อัตราคุมกำเนิดต่ำกว่าภาคอื่นและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

2. ปัญหาผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว

2.1 การให้บริการวางแผนครอบครัวของรัฐ ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการโดยไม่คิดราคา เมื่อจำนวนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น ประกอบกับความช่วยเหลือจากต่างประเทศสิ้นสุดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2532 โครงการวางแผนครอบครัวจำเป็นต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าในอดีต เพื่อจัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์คุมกำเนิดให้พอเพียงและสามารถให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพราะไม่เช่นนั้นผู้รับบริการอาจตั้งครภ์ได้ หากไม่ได้รับการอย่างสม่ำเสมอตามกำหนด และจะเกิดผลเสียอย่างมากต่อโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ

2.2 โรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการเพิ่มสัดส่วนผู้รับบริการทำหมันแต่ในปัจจุบันงานรักษายาบาลทุกด้านอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่จะส่งเสริมทำหมัน

3. ปัญหาของระบบ

3.1 หน่วยงานระดับจังหวัดยังมีขีดความสามารถจำกัด ในการกำหนดเป้าหมายกลวิธีและการบริหารจัดการ ซึ่งในระยะต่อไปวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานควรกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบและงบประมาณบางส่วน ให้แก่ จังหวัดไปดำเนินการแก้ปัญหาได้ตรงจุดและเหมาะสมกับสภาพการณ์ในแต่ละพื้นที่

3.2 ขาดระบบข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้และทันสมัยในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ทำให้การกำหนดเป้าหมาย การควบคุม ติดตามผล และการประเมินผลยังไม่สามารถทำได้ครบถ้วน ซึ่งมีผลต่อการป้องกันและการแก้ไขปัญหา

แนวทาง นโยบายและกิจกรรมดำเนินการในอนาคต การดำเนินงานวางแผนครอบครัวตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการวางแผนครอบครัวซึ่งจะช่วยควบคุมอัตราเกิดและอัตราเพิ่มของประชากรให้สอดคล้องกับนโยบายประชากร ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ที่กำหนดให้มีอัตราเพิ่มประชากรเป็นร้อยละ 1.2 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2539 ทั้งนี้เพื่อผ่อนคลายปัญหาทางด้านประชากร ที่

จะมีผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจและสังคมตลอดจนถึงแวดล้อมของประเทศ และเพื่อขยายทับ
สภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของมารดา ทารกและเด็กด้วยการวางแผนครอบครัว

การดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 มีเป้าหมายสามประการ คือ

- 1) เพิ่มอัตราส่วนร้อยละของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว และคุมกำเนิดจากร้อยละ
70.5 ในปีพ.ศ.2530 เป็นร้อยละ 77 ในปี พ.ศ.2539
- 2) เพิ่มอัตราส่วนร้อยละของคู่สมรสคุมกำเนิดโดยวิธีถาวรเป็นร้อยละ 29.2 ในปีพ.ศ.
2539
- 3) ลดอัตราการมีบุตรคนแรกของสตรีที่แต่งงานแล้วอายุต่ำกว่า 20 จากร้อยละ 14.8
ในปีพ.ศ.2530 เป็นน้อยกว่าร้อยละ 10 ในปีพ.ศ.2539

กิจกรรมดำเนินงานวางแผนครอบครัวของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ตาม
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เพิ่มคุณภาพและความครอบคลุมของบริการวางแผนครอบครัว
 - 1.1 ให้บริการด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ประหยัด ปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับ
 - 1.2 ให้บริการคุมกำเนิดเพื่อลดการมีบุตรคนแรก และเลือกวิธีใช้ให้เหมาะสม
กับวัย จำนวนและลักษณะทางสังคม
 - 1.3 ให้สนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่สถานบริการ เป็นค่าบริการวางแผนครอบครัวแบบ
ถาวรและกึ่งถาวร
 - 1.4 ให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าแก่กลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่อำนวย
 - 1.5 ส่งเสริมบริการวิธีคุมกำเนิดที่มีผู้นิยมใช้น้อยเน้นวิธีกึ่งถาวรและถาวร
 - 1.6 เร่งรัดการให้บริการคุมกำเนิดในพื้นที่ที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ โดยเน้นในกลุ่ม
เป้าหมายเฉพาะ 6 กลุ่มคือ วัยรุ่น คู่สมรสใหม่ ผู้อยู่ห่างไกล กลุ่มผู้ใช้ภาษาและวัฒนธรรม
อื่น ชุมชนแออัด และคนงานในโรงงาน
 - 1.7 สนับสนุนให้มีบริการให้คำปรึกษาควบคู่ไปกับบริการวางแผนครอบครัว ในสถาน
บริการทุกระดับ

1.8 ให้บริการตรวจสอบสภาพ ตรวจเงาต้นไม้ และตรวจจมขเรื่งฆ่าแมลงทดแทนผู้รับ
บริการวางแผนครอบครัวเป็นระยะ

1.9 ศึกษาวิจัยวิธีคุมกำเนิดชนิดใหม่ ควบคุมดูแลการวิจัยคุมกำเนิดดั้งเดิม

2. ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ

2.1 กระจายความรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ ไปสู่ภูมิภาค

2.2 กำหนดตัวชี้วัดและวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมในระดับต่าง ๆ

2.3 พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล การประมวลผล การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ
การบริหารงานวางแผนครอบครัวทุกระดับ นับตั้งแต่ระดับหมู่บ้านขึ้นไป

2.4 พัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตให้เป็นศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ศูนย์วิชาการด้าน
ประชากรและการวางแผนครอบครัว

2.5 จัดระบบสนับสนุนการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล

2.6 ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ

3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และชุมชน

3.1 เพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร และคนในชุมชน ในการรวบรวมข้อมูล
เพื่อให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหาการวางแผนและดำเนินการแก้ไข้ปัญหาต่างๆอย่าง
มีแบบแผน

3.2 เพิ่มความสามารถของเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครในการให้บริการคุมกำเนิดวิธี
ต่าง ๆ ให้เหมาะสม

3.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการฝึกอบรม การศึกษาต่อ และการทำวิจัย สำหรับ
เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

3.4 ศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร และชุมชน
โดยเน้นการแก้ปัญหาชุมชน

4. เสริมสร้างทัศนคติและพฤติกรรมวางแผนครอบครัวของประชาชน

4.1 ชี้นำแบบแผนการมีบุตรที่เหมาะสม โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีบุตรคนแรก เมื่อ
มารดาอายุเกิน 20 ปี ส่งเสริมการมีบุตรอายุห่างกันอย่างน้อย 3 ปีและการมีบุตรไม่เกิน 2 คน

4.2 พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเนื้อหาความรู้ วิธีการเผยแพร่เกี่ยวกับชีวิตครอบครัว สุขภาพครอบครัว และการวางแผนครอบครัวให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่

4.3 เผยแพร่และให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อสร้างจิตสำนึกและเกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

4.4 เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการใช้วิธีคุมกำเนิด ข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละวิธี และสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม

4.5 เผยแพร่และให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดความเข้าใจ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับการพัฒนา

4.6 ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

5. สนับสนุนการประสานงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรเอกชน และหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

5.1 ส่งเสริมอาสาสมัครในเขตเมืองและชนบทให้มีบทบาทเผยแพร่และให้บริการ

5.2 ขยายการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครวัยรุ่นในเมืองและชนบทให้มีบทบาทเผยแพร่และให้บริการทางด้านวางแผนครอบครัว

5.3 ส่งเสริมและประสานการดำเนินงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ เพื่อเข้าร่วมพัฒนาประชากรและพัฒนาบริการวางแผนครอบครัว

5.4 ส่งเสริมในภาคธุรกิจให้มีการให้บริการทางด้านการคุมกำเนิดที่สะดวก และมีคุณภาพแก่คนในเขตเมือง

5.5 สนับสนุนเอกชนในการให้บริการ เผยแพร่และจูงใจให้คนใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวรในเขตเมือง

5.6 สนับสนุนให้มีการผลิตวัสดุและเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ และราคาถูกลงภายในประเทศ

5.7 สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สถิติด้านประชากร และการวางแผนครอบครัวให้ระหว่างหน่วยงานต่างๆ

5.8 ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการให้ประชาชน และองค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัว

6. ปรับปรุงมาตรการทางสังคมเพื่อการพัฒนาประชากร

6.1 ปรับปรุง กฎและระเบียบ ทางด้านสวัสดิการแก่ผู้มีบุตรไม่เกิน 2 คน

6.2 ช่วยเหลือครอบครัวที่ใช้ชีวิตยากลำบาก ให้มีโอกาสเพิ่มรายได้ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนให้สูงขึ้น

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้ทำการผนวกการดำเนินงานวางแผนครอบครัวเข้ากับงานสาธารณสุข ดังนั้นงบประมาณเพื่อการวางแผนครอบครัว จึงได้รับการจัดสรรทั้งในส่วนของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีงบประมาณอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นงบประมาณที่ใช้ร่วมกับงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดในการให้บริการวางแผนครอบครัว งบประมาณเพื่อการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 7 งบประมาณทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2535 คิดเป็นจำนวน 651.88 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 920.82 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2539 (คูตาราง 3.1)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 3.1 แผนงบประมาณประจำปีเพื่อการวางแผนครอบครัวของโครงการวางแผนครอบครัว
แห่งชาติ (พ.ศ. 2535 - 2539)

หน่วย: ล้านบาท

แหล่งข้อมูล	2535	2536	2537	2538	2539
โครงการวางแผนครอบครัว	562.38	667.78	716.65	772.42	828.71
กระทรวงสาธารณสุข*	89.50	90.02	90.53	91.05	91.57
รวม	651.88	757.80	807.47	863.47	920.82

แหล่งข้อมูล: แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7
(พ.ศ. 2535-2539) คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535.

*งบประมาณคำนวณมาจากเป้าหมายการวางแผนครอบครัวในงานบริการสาธารณสุข
ระดับจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย