

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

Model Development for Maternal and Child Health Services Through Multi-Sectoral Network Participation in Sukhothai Province.

(Received: March 3,2026 ; Revised: March 7,2026 ; Accepted: March 28,2026)

พิมลรัตน์ ชื่นบาน¹ ยูทธนา แยกคาย²
Pimonrat Chuenban¹, Yutthana Yaebkai²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบ แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากเอกสารและฐานข้อมูลตัวชี้วัด แบบบันทึกการสังเกต เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพหรือสมาร์ตโฟน และสมุดจดบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 1) หลักสำคัญ 6P ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ การเตรียมคลอดคุณภาพ การคลอดคุณภาพ การดูแลหลังคลอดคุณภาพ และเด็กไทยคุณภาพ และ 2) กิจกรรมสำคัญ 4 PLUS ได้แก่ ความร่วมมือและการบูรณาการ การมีส่วนร่วมของชุมชนและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลบูรณาการ และการพัฒนาทักษะและศักยภาพ ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความถูกต้องครบถ้วนอยู่ในระดับมาก เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ ขยายผล และถอดบทเรียน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กให้ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบูรณาการภาคีเครือข่ายอย่างมีส่วนร่วมสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตแม่และเด็กได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

คำสำคัญ: อนามัยแม่และเด็ก, ภาคีเครือข่าย, การมีส่วนร่วม

Abstracts

This participatory action research was conducted to develop a maternal and child health operational model through the active involvement of network partners in Sukhothai Province. The study was implemented in four iterative stages: planning, action, observation, and reflection. Participants were maternal and child health network partners in Sukhothai Province, purposively selected based on their roles and responsibilities, their continuous engagement throughout the research process, and their experience in maternal and child health operations in the local context. Data were collected using focus group discussion guidelines, a model quality assessment form, semi-structured interview guides, document and indicator database extraction forms, observation records, audio recorders, cameras or smartphones, and field notes. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author E-mail: yutthanaya@scphpl.ac.th

The findings indicated that the maternal and child health operational model with the participation of network partners in Sukhothai Province, referred to as the Sukhothai 6P PLUS model, comprises two core components. The first component is the 6P service chain, consisting of Pre-conception care (P1), Plan of antenatal care (P2), Pre-delivery care (P3), Professional delivery (P4), Postpartum care (P5), and Plan of quality child (P6). The second component is the 4 PLUS driving mechanisms, namely Partnership and integration (PLUS-1), Local community engagement and health literacy (PLUS-2), Unified data system (PLUS-3), and Skill enhancement and capacity building (PLUS-4). The overall quality assessment showed that the model performed at a high level, with usefulness rated at the highest level, feasibility and accuracy and comprehensiveness at high levels, and appropriateness at a moderate level. Furthermore, results from pilot implementation, scaling up, and lessons learned demonstrated that the Sukhothai 6P PLUS model was effective in improving maternal and child health indicators. Importantly, the participatory integration of network partners was found to contribute to sustainable improvements in the quality of life of mothers and children.

Keywords: Maternal and child health, Multi-sectoral network, Participation

บทนำ

จากการสำรวจสถานการณ์นมแม่และอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย พบว่า อนามัยแม่และเด็ก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์และระบบสุขภาพอย่างเร่งด่วน¹ เนื่องจากสุขภาพของสตรีในช่วงก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด รวมถึงสุขภาพและพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยปฐมวัย เป็นรากฐานสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ศักยภาพการเรียนรู้ การพัฒนาทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคม ตลอดจนความสามารถในการดำรงชีวิตและการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว การลงทุนด้านสุขภาพแม่และเด็กจึงถือเป็นการลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ที่ให้ผลตอบแทนสูง มีความคุ้มค่า และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสังคมในอนาคต โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต โดยเน้นการพัฒนาคนไทยให้มีสุขภาวะที่ดีตั้งแต่ปฐมวัย ควบคู่กับการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน² ในขณะเดียวกัน แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบ

สุขภาพที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพมีความยั่งยืน โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่³ ในบริบทของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ประเทศไทยได้ประกาศใช้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) ซึ่งมุ่งยกระดับคุณภาพการเกิดและการเจริญเติบโตของประชากรไทย โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน การพัฒนาระบบสวัสดิการสังคมรองรับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพ⁴ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 ซึ่งมุ่งลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด และส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการลดอัตราส่วนการตายมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง และมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วประเทศ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กยังคง

เผชิญความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยทั้งภาวะเตี้ยแคระแกร็นและภาวะน้ำหนักเกิน รวมถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพในบางพื้นที่ และกลุ่มประชากรเปราะบาง⁵

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ระดับพื้นที่ จังหวัดสุโขทัยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางบริบทประชากรและโครงสร้างครัวเรือนอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20.5 และมีจำนวนการเกิดลดลงต่อเนื่องนำไปสู่รูปแบบครัวเรือนข้ามรุ่นที่เด็กต้องอยู่กับผู้สูงอายุซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านรายได้และทุนความรู้ด้านโภชนาการ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้การดูแลแม่และเด็กต้องพึ่งพาระบบบริการเชิงรุกและเครือข่ายชุมชนมากกว่ารูปแบบเดิม ในมิติด้านบริการแม่และทารก พบประเด็นความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางตั้งแต่ต้นทาง ได้แก่ 1) คุณภาพการฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 79.6 พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 25.4 และได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 88.7 2) ผลลัพธ์การคลอด พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 6.4 และมีภาวะคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8.4 และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 59.4 ขณะที่เด็กอายุ 12 เดือนมีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 18.5 สำหรับเด็กปฐมวัย (6-59 เดือน) ยังพบช่องว่างของระบบดูแลรายบุคคล โดยเฉพาะความครอบคลุมการได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็กที่ไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.7 และการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สม่ำเสมอในบางพื้นที่ แม้จะมีแนวทางตามมาตรฐานระดับประเทศแล้วก็ตาม⁶ ซึ่งปัจจัยร่วมที่พบในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ภาระงานของทีมีปฐมภูมิ

และความเข้าใจเรื่องโภชนาการของผู้ดูแล โดยข้อมูลรายงานสถานการณ์สุขภาพ⁶ ระบุว่าอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ยังไม่บรรลุเป้าหมายในบางอำเภอ สะท้อนถึงอุปสรรคเชิงรับรู้และปัจจัยทางสังคม ขณะที่ปัญหาเด็กเตี้ยแคระแกร็นและภาวะน้ำหนักเกินชี้ให้เห็นถึงภาวะโภชนาการสองขั้ว โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยแรงงานและครอบครัวเดี่ยว สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนว่าปัญหาอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดสุโขทัยเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเข้มแข็งของกลไกภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้กำหนดนโยบายและมาตรการสำคัญในการลดอัตราการตายมารดาและยกระดับคุณภาพการดูแลสตรีและเด็ก โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตผ่านแนวทาง 4P ได้แก่ การดูแลก่อนตั้งครรภ์ การดูแลระยะตั้งครรภ์ การดูแลระยะคลอด และการดูแลระยะหลังคลอด ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง และการทำงานร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)⁷ รวมถึงการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการขยายผลสู่มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย⁴ โดยลักษณะการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กประกอบด้วย ภาวะผู้นำ ทุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และการสื่อสารอย่างเห็นใจ⁸ ทั้งนี้ การปรับปรุงโครงสร้างและระบบงานของคณะกรรมการระดับจังหวัดและอำเภออย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีระบบสารสนเทศและการคืนข้อมูลที่คล่องตัวเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดูแลหลังคลอดได้อย่างครอบคลุม ความสำเร็จของการดำเนินงานไม่ได้จำกัดเพียงบุคลากรสาธารณสุข แต่ต้องอาศัยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นอำนาจแข็งในการบูรณาการ

ความร่วมมือควบคู่กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในคณะทำงานย่อยที่เป็นอำนาจอ่อนในการขับเคลื่อนงานได้ทันที่โดยไม่ต้องรอสั่งการตามลำดับชั้น⁹ อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานในจังหวัดสุโขทัยยังคงประสบข้อจำกัดสำคัญทั้งด้านการขาดรูปแบบมาตรฐานที่เป็นหนึ่งเดียว ความไม่เชื่อมโยงของฐานข้อมูลระหว่างสาธารณสุขและท้องถิ่น และระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายพหุภาคีที่ยังไม่เต็มศักยภาพ ส่งผลให้การแก้ไขปัญหายังไม่ตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดกลไกบูรณาการเชิงนโยบาย บริการ และชุมชนให้เป็นระบบเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในด้านบทบาทภารกิจร่วม การสื่อสารส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตตลอดจนยังขาดการบูรณาการทรัพยากรท้องถิ่นเชิงรุก เพื่อเปิดช่องว่างรอยต่อระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนทำให้ประเด็นวิกฤต เช่น ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน¹⁰ รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้เทคนิค 4 ช. (ชวน เชื่อม ชื่นชม และแชร์)¹¹ รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล¹² รูปแบบการปฏิบัติงานนมแม่และอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹³ และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁴ แสดงให้เห็นว่าหลายรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จได้จากการมีส่วน

ร่วมของภาคีเครือข่าย ไม่สามารถดำเนินการได้โดยลำพัง และขาดการมีส่วนร่วมในบูรณาการทำงานจากทุกภาคส่วนนั้นยังเป็นไปไม่ได้ อย่างไรก็ตาม หลายการศึกษาได้มุ่งเน้นการศึกษารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มประชากรเป้าหมายกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น แต่ยังไม่พบการศึกษารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมที่มีความเหมาะสมต่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) เป็นกระบวนการวิจัยที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนผล และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ไม่เพียงมุ่งสร้างองค์ความรู้เชิงวิชาการ แต่ยังมีมุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติ เสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วม และพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่¹⁵ เพื่อให้สามารถดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด อันจะส่งผลต่อสุขภาพของแม่และเด็กในระยะยาว รวมถึงป้องกันมารดาและทารกเสียชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐานนำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยของเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพของสังคมในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

3. เพื่อประเมินรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

4. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

5. เพื่อขยายผลรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

6. เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวางแผน (Plan) ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ทั้งในด้านนโยบาย ระบบบริการ การเข้าถึงบริการ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย จากนั้นกำหนดเป้าหมาย แนวทาง และกิจกรรมในการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

2. การปฏิบัติการ (Action) นำแผนที่กำหนดร่วมกันไปดำเนินการจริง โดยภาคีเครือข่ายแต่ละฝ่ายมีบทบาทตามหน้าที่ เช่น การให้บริการเชิงรุก การส่งต่อดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็ก การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ผู้วิจัยทำหน้าที่สนับสนุน ประสานงาน และอำนวยความสะดวกในกระบวนการดำเนินงาน

3. การสังเกต (Observation) ดำเนินการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายทั้งในด้านกระบวนการ ผลลัพธ์ และบริบทที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารหรือรายงานที่เกี่ยวข้อง

4. การสะท้อนผล (Reflection) สะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา และข้อจำกัดของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อ

นำบทเรียนที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรคือ ภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้แทนศาลากลางจังหวัด ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด ผู้แทนของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ผู้แทนของที่ว่าการอำเภอทุกอำเภอในจังหวัด ผู้แทนของเทศบาลเมือง ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด ผู้แทนภาควิชาการ ผู้แทนภาคศาสนา ผู้แทนภาคประชาชน ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนภาคสื่อมวลชน ผู้แทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัดและระดับอำเภอทุกอำเภอ และผู้แทนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือครอบครัวที่มีมารดาและเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 483 คน ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดจำนวน 152 คน และภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ จำนวน 331 คน

3. การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือการคัดเลือกภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจากวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาจากบทบาท หน้าที่ การมีส่วนร่วม ตลอดจนกระบวนการวิจัย และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ในจังหวัดสุโขทัย

4. เกณฑ์การคัดเลือกคือ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย และยินดีให้ข้อมูล

5. เกณฑ์การคัดออกคือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยมุ่งให้อธิบายประสบการณ์ตรง บทบาทหน้าที่ กลไกการทำงานร่วมกัน ปัจจัยเอื้อ/อุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบ

2. แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ประเภทของภาคีเครือข่าย เพศ และอายุ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง และส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา จำนวน 4 หมวดมาตรฐาน ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม¹⁶ เป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 16 ข้อ การแปลความหมายคะแนนคุณภาพของรูปแบบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ¹⁷ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน เท่ากับ 0.93

3. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง เป็นแนวคำถามกำหนดประเด็นที่ศึกษาอย่างหลวม ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ได้อธิบายรายละเอียดเชิงลึกตามประสบการณ์จริง ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์

และเงื่อนไขบริบทของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก บทบาทและกลไกการบูรณาการของภาคีเครือข่าย กระบวนการพัฒนา/ประเมิน/ทดลองใช้/ขยายผลของรูปแบบ ตลอดจนการสะท้อนบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอเชิงระบบเพื่อความยั่งยืน

4. แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากเอกสารและฐานข้อมูลตัวชี้วัด เป็นแบบบันทึกสำหรับการรวบรวมและสกัดข้อมูลจากเอกสาร/รายงานที่เกี่ยวข้อง และฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด เช่น รายงานผลการดำเนินงานรายงานการประชุม แผน/คำสั่ง/แนวทางปฏิบัติ และข้อมูลตัวชี้วัดจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

5. แบบบันทึกการสังเกต ใช้แนวทางหรือแบบบันทึกการสังเกตสำหรับบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบทั้งในช่วงทดลองใช้และช่วงขยายผล

6. ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย เป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้และทักษะทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม องค์ความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็ก และระบบบริการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนทักษะการอำนวยความสะดวกการมีส่วนร่วม

7. เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป หรือสมาร์ทโฟน ปากกา หรือดินสอ และสมุดจดบันทึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ได้แก่ 1) การขออนุญาตและการประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) การชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธภาพกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 3) การพินิจสิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและการคุ้มครองข้อมูล และ 4) การเตรียมเครื่องมือและแบบบันทึกให้สอดคล้องกับขั้นตอนการวิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการ ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีระดม

ความคิดเห็นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และใช้แนวทางการสนทนากลุ่มเป็นกรอบชี้แนะประเด็น 3) ประเมินรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยประเมินคุณภาพรูปแบบ เพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำไปใช้จริงในพื้นที่ 4) ทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยดำเนินงานจริงในพื้นที่นำร่อง 5) ขยายผลรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เมื่อรูปแบบมีความชัดเจนและผ่านการปรับปรุงจากผลการทดลองใช้ โดยติดตามการขยายผลในระดับพื้นที่ที่กำหนด และ 6) ถอดบทเรียนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยเน้นการรวบรวมประสบการณ์ตรงจากภาคีเครือข่ายผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต ประกับการทบทวนเอกสาร หลักฐานกิจกรรม และข้อมูลตัวชี้วัดประกอบการยืนยันประเด็นสำคัญ เพื่อเพิ่มความแน่นและความถูกต้องของข้อสรุปจากการถอดบทเรียน

3. ขั้นตอนการจัดการข้อมูลภาคสนามและการควบคุมคุณภาพข้อมูล ได้แก่ 1) บันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และ 2) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การวิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

3. การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและรายงานและตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและความสอดคล้องของนิยามตัวชี้วัด/ช่วงเวลา 2) สรุปข้อมูลเชิงระบบเป็นตาราง/ข้อความตามช่วงเวลาที่กำหนด 3) เปรียบเทียบตัวชี้วัด ก่อน-หลังการทดลองใช้/การขยายผลตามช่วงเวลาที่กำหนด และ 4) นำผลการวิเคราะห์เชิงตัวชี้วัดไปเทียบเคียงกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้พิจารณาและรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA No. 111/2024 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. 105/2024 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2567 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กตามกรอบห่วงโซ่คุณภาพ (6P) ดังนี้

1. P1 การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Pre-conception care) พบช่องว่างสำคัญในมิติเชิงรุก โดยหญิงวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงบริการคัดกรองความพร้อมในสัดส่วนที่ต่ำ และยังขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายที่บูรณาการงานวางแผนครอบครัวเข้ากับงานอนามัยแม่และเด็กส่งผลให้ความรู้เรื่องการเสริมกรดโฟลิกและธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะความพิการแต่กำเนิดยังไม่ถูกถ่ายทอดอย่างครอบคลุม

2. P2 การฝากครรภ์คุณภาพ (Antenatal care: ANC) จังหวัดสุโขทัยมีจุดแข็งเชิงประจักษ์ในการเข้าถึงบริการ โดยหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์สูงกว่าเป้าหมายต่อเนื่อง ร้อยละ 79.6 ในปี 2567 อย่างไรก็ตาม กลับพบปัญหาช่องว่างของการรักษาผู้รับบริการไว้ในระบบ โดยความครอบคลุมของการดูแลครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 72.0 และพบวิกฤตภาวะโลหิตจางที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 22.6 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2567 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

3. P3 การเตรียมคลอดคุณภาพ (Pre-delivery care) พบข้อจำกัดในตัวชี้วัดทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm) ที่ร้อยละ 8.4 ในปี 2567 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ขณะที่สัดส่วนการได้รับยาเม็ดไอโอดีนลดลงเหลือร้อยละ 84.7 สะท้อนถึง

จุดอ่อนของระบบเฝ้าระวังและแผนการดูแลรายบุคคลในระดับชุมชนที่ยังขาดความเป็นเอกภาพ

4. P4 การคลอดคุณภาพ (Professional delivery) แม้จังหวัดสุโขทัยจะสามารถรักษามาตรฐานอัตราการตายทารกแรกเกิด (≤ 28 วัน) เป็นศูนย์ในปี 2567 แต่อุบัติการณ์ที่เป็นสัญญาณเตือนระดับวิกฤตคือ อัตราตายมารดา ในปี 2567 ที่พุ่งสูงขึ้นเป็น 39.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งให้เห็นถึงจุดอ่อนในระบบประสานงานข้ามระดับบริการและขีดความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตการคลอดฉุกเฉิน

5. P5 การดูแลหลังคลอดคุณภาพ (Postpartum care) ตัวชี้วัดการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 69.9 (ปี 2567) ส่งผลกระทบเชิงระบบต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ที่ในบางพื้นที่มีสัดส่วนต่ำเพียงร้อยละ 33.8 อันเนื่องมาจากขาดระบบการดูแลต่อเนื่องในระยะรอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

6. P6 เด็กไทยคุณภาพ (Quality child) สถานการณ์ทางโภชนาการอยู่ในภาวะวิกฤตซ้อนทับ โดยมีเด็กสูงตีสัดส่วนเพียงร้อยละ 52.2 และเผชิญกับปัญหาภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.2 ควบคู่ไปกับภาวะอ้วน ร้อยละ 12.2 ในขณะที่พัฒนาการสมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 86.0 ในปี 2567 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 87.0

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

1. หลักการและแนวคิดพื้นฐานของรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย (Sukhothai 6P PLUS model) อยู่บนรากฐานแนวคิดเด็กเป็นศูนย์กลางและครอบครัวเป็นฐาน โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการคือ 1) การดูแลตามห่วงโซ่ช่วงชีวิตอย่างต่อเนื่อง เชื่อมประสานรอยต่อของบริการตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัย 2) การขับเคลื่อน

ด้วยภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและร่วมรับผิดชอบผลลัพธ์ และ 3) การบริหารจัดการบนฐานข้อมูลตัวชี้วัด ใช้ข้อมูลตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือจัดการ ไม่ใช่เพียงข้อมูลรายงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำรายพื้นที่ โดยออกแบบให้บริการสุขภาพดำเนินงานควบคู่ไปกับการจัดการเชิงสังคม เพื่อให้การดูแลสุขภาพเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันของครอบครัวอย่างแท้จริง

2. โครงสร้างของรูปแบบ กำหนดให้ 6P เป็นหลักสำคัญ และ PLUS เป็นกิจกรรมสำคัญ โดยมีโครงสร้างรูปแบบประกอบด้วย 2 ส่วนที่ทำงานเสริมแรงกันอย่างเป็นพลวัต ดังนี้

2.1 หลักสำคัญ 6P (Service chain) กำหนดเป็นเส้นทางการดูแลที่ทุกภาคีเครือข่ายเข้าใจตรงกัน โดยมีชุดกิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1.1 P1 การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Pre-conception care) เน้นการคัดกรองความเสี่ยงสุขภาพ (โรคเรื้อรังและภาวะโภชนาการ) และพฤติกรรมสุขภาพผ่านกลไกอาสาสมัคร/แม่อาสา เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ต้นน้ำ

2.1.2 P2 การฝากครรภ์คุณภาพ (Plan of antenatal care: ANC) พัฒนาระบบค้นหาหญิงตั้งครรภ์ใหม่เชิงรุกในชุมชนผ่านช่องทางเร่งรัด (Fast-track ANC) ก่อน 12 สัปดาห์ และมาตรการจัดการภาวะโลหิตจางที่ติดตามการกินยาและโภชนาการรายบุคคลอย่างเข้มข้น

2.1.3 P3 การเตรียมคลอดคุณภาพ (Pre-delivery care) จัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและเสริมความพร้อมครอบครัว โดยภาคีท้องถิ่นสนับสนุนพาหนะและระบบฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล

2.1.4 P4 การคลอดคุณภาพ (Professional delivery) ยกระดับห้องคลอดคุณภาพและใช้ข้อมูลจากระยะฝากครรภ์มาวางแผนคลอดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของแม่และทารก

2.1.5 P5 การดูแลหลังคลอดคุณภาพ (Postpartum care) ออกแบบระบบเยี่ยมหลัง

คลอดแบบร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และแม่อาสา ครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวผ่านการแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติในบ้าน

2.1.6 P6 เด็กไทยคุณภาพ (Plan of quality child) ใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเป็นฐานคัดกรองโภชนาการและพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และผลักดันวาระสูงตีสมส่วนผ่านการจัดการเมนูอาหารและพื้นที่เล่นในชุมชน

2.2 กิจกรรมสำคัญ 4 PLUS (Enabling and governance mechanisms) เป็นกลไกที่หนุนเสริมให้หลักสำคัญ 6P (Service chain) ดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยมีชุดกิจกรรมหลัก ดังนี้

2.2.1 PLUS-1 ความร่วมมือและการบูรณาการ (Partnership and integration) สร้างโครงสร้างความร่วมมือและเวทีตัดสินใจร่วมระดับอำเภอและตำบล เพื่อเชื่อมเป้าหมายร่วมจัดการปัญหาข้ามหน่วยงานแบบไร้รอยต่อ และบูรณาการงานแม่และเด็กเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) อย่างต่อเนื่อง

2.2.3 PLUS-2 การมีส่วนร่วมของชุมชนและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Local community engagement and health literacy) ยกระดับความรอบรู้ของครอบครัวผ่านชุดสื่อสารที่เหมาะสม และใช้แม่อาสาเป็นผู้ประสานความรู้เพื่อให้ครอบครัวเห็นคุณค่าของตัวชี้วัดสุขภาพ

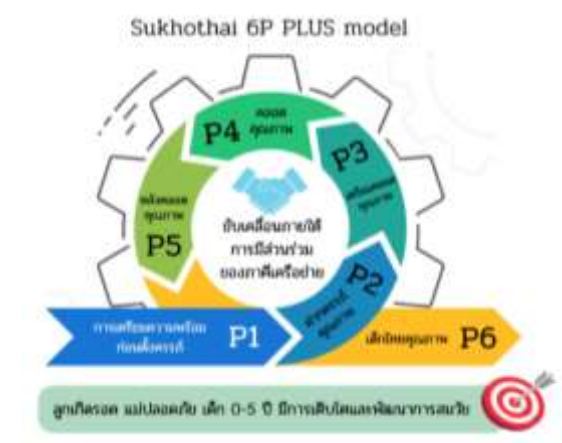
2.2.4 PLUS-3 ระบบข้อมูลบูรณาการ (Unified data system) พัฒนาระบบข้อมูลแม่และเด็กชุดเดียวกันในระดับพื้นที่ เพื่อใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและติดตามรายการช่วยให้อาชีพตัดสินใจบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.5 PLUS-4 การพัฒนาทักษะและศักยภาพ (Skill enhancement and capacity building) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและเครือข่าย

ในเรื่องเฉพาะด้าน เช่น การคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การจัดการภาวะโลหิตจาง และการให้คำปรึกษานมแม่เชิงลึก

3. บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนรูปแบบ (Role mapping) เพื่อให้รูปแบบนำไปใช้ได้จริง ได้แก่ 1) ระดับจังหวัด ได้กำหนดทิศทางนโยบายและสนับสนุนทรัพยากร/วิชาการ เพื่อให้ทุกพื้นที่ใช้ภาษาตัวชี้วัดเดียวกัน 2) ระดับอำเภอ เป็นศูนย์กลางประสานข้อมูลจัดระบบส่งต่อ และจัดการกลุ่มเสี่ยงสูง (แม่เลี้ยง/เด็กเลี้ยง) และ 3) ระดับตำบล เป็นฐานปฏิบัติการเชิงรุก ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) และชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/แม่อาสา/ผู้นำชุมชน เป็นผู้ติดตามรายการในครัวเรือน

4. ชุดเครื่องมือปฏิบัติการ (Operational package) เพื่อใช้ขับเคลื่อนรูปแบบในพื้นที่ประกอบด้วย 1) แผนปฏิบัติการ 6P ระดับตำบล 2) KPI Dashboard รายตำบล 3) ระบบติดตามรายการ 4) ชุดสื่อความรอบรู้ (MCH literacy kit) และ 5) แนวทางประสานงานร่วม 3 หน่วยงาน เครื่องมือเหล่านี้ช่วยเปลี่ยนจากการทำงานแบบโครงการระยะสั้นมาสู่ระบบที่ยั่งยืน ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย (Sukhothai 6P PLUS model)

การประเมินรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

ผลการประเมินรูปแบบในภาพรวมมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, S.D. = 0.78) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.63) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.74) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$, S.D. = 0.81) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.77)

การทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

คัดเลือกพื้นที่นำร่องที่มีบริบทแตกต่างกัน จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ กงไกรลาศ ศรีสัชชาลัย และสวรรคโลก เพื่อทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงเป็นระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดเชิงปริมาณเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ (ปี 2567) และหลังการดำเนินการ (ปี 2568) พบว่า พื้นที่สามารถรักษาอัตราการตายมารดาไว้ที่ศูนย์ได้ และตัวชี้วัดด้านพัฒนาการเด็กมีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดด้านโภชนาการ เช่น ภาวะเตี้ย และภาวะสูงตีสมส่วนยังเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานเชิงบูรณาการทั้งในระดับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และครัวเรือนซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในหลายตัวชี้วัด แต่ระดับของผลลัพธ์ยังแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ และจำเป็นต้องมีการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาเฉพาะของแต่ละอำเภอ ดังนี้

1. อำเภอกงไกรลาศ มีผลการดำเนินงานที่แสดงถึงความก้าวหน้าอย่างชัดเจน โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญคือ อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางลดลงจากร้อยละ 18.5 เหลือเพียงร้อยละ 5.9 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่

กำหนดไว้ และอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 13.9 เหลือเพียงร้อยละ 2.3 ในขณะเดียวกัน สามารถรักษาอัตราการตายมารดาไว้ที่ศูนย์ได้ ในด้านพัฒนาการเด็ก พบว่า สัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.3 เป็นร้อยละ 91.3 สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงวัยเด็กตอนต้น แสดงให้เห็นว่าพื้นที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กเป็นรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับการทำงานเชิงรุกของเครือข่ายแม่อาสาในพื้นที่ส่งผลให้สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที

2. อำเภอสวรรคโลก เป็นพื้นที่ที่สามารถรักษาระดับการเข้าถึงบริการไว้ได้ในระดับที่ดี โดยอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ยังคงอยู่ในระดับสูง (จากร้อยละ 87.3 เป็นร้อยละ 85.0) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และการได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ยังอยู่ในระดับใกล้เคียงเดิม ในด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า สัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.4 เป็นร้อยละ 89.3 และมีอัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงผลของการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ ซึ่งช่วยสนับสนุนให้การดูแลเด็กปฐมวัยมีความครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. อำเภอศรีสัชชาลัย มีผลการดำเนินงานที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในเชิงกระบวนการบริการ โดยอัตราการได้รับยาเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.3 เป็นร้อยละ 95.6 แสดงให้เห็นว่าพื้นที่สามารถขยายความครอบคลุมของบริการได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ยังมีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.1 เป็นร้อยละ 47.7 รวมทั้งอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.0 เป็นร้อยละ 10.6 และสัดส่วนเด็กอายุ 0-6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียว

ลดลง สะท้อนให้เห็นว่าแม้การเข้าถึงบริการจะดีขึ้นแต่ยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองในระดับครอบครัวและชุมชนควบคู่ไปด้วย

การขยายผลรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

ภายหลังดำเนินงานในพื้นที่นำร่องประสบผลสำเร็จได้ขยายผลรูปแบบไปสู่พื้นที่อื่นในจังหวัดสุโขทัย ภายใต้กรอบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 อำเภอ ได้แก่ เมืองสุโขทัย บ้านด่านลานหอย ศรีมาศ ศรีสำโรง ศรีนคร และทุ่งเสลี่ยม พบว่า การขยายผลรูปแบบส่งผลให้จังหวัดสุโขทัยสามารถธำรงรักษาอัตราการตายมารดาไว้ที่ศูนย์ในปี 2568 ได้อย่างต่อเนื่อง และทำให้สัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยในภาพรวมของจังหวัดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.3 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบงานอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดทั้งในเชิงโครงสร้างและเชิงผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการขยายผลรูปแบบเดียวกันไปสู่บริบทที่แตกต่างกันก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่สม่ำเสมอ โดยพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของเครือข่ายและมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น อำเภอศรีสำโรงและศรีนคร สามารถแปลงกลไกเชิงกระบวนการไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ในขณะที่พื้นที่ที่มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหรือมีความเปราะบางของระบบการเข้าถึงบริการ เช่น อำเภอบ้านด่านลานหอยและทุ่งเสลี่ยม ยังจำเป็นต้องได้รับการเสริมความเข้มแข็งของมาตรการเชิงรุกและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ตัวชี้วัดด้านโภชนาการเด็ก โดยเฉพาะสัดส่วนเด็กสูงตีสมส่วนและภาวะเตี้ย ยังคงสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ต้องอาศัยการขับเคลื่อนเชิงบูรณาการในระยะยาวทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพควบคู่

กันไป ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพเชิงลึกของพลวัตการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบริบทพื้นที่

การถอดบทเรียนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

1. กระบวนการจัดการความรู้และการปิดช่องว่างความต่อเนื่องของบริการ การดำเนินงานภายใต้รูปแบบทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ โดยร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเชิงระบบในพื้นที่นำร่อง เพื่อสกัดบทเรียนจากปัจจัยความสำเร็จที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอกงไกรลาศ กระบวนการดังกล่าวไม่ได้มุ่งเพียงการสรุปผลเชิงเทคนิคแต่ให้ความสำคัญกับการรวบรวมประสบการณ์จากผู้ปฏิบัติงานและชุมชน เพื่อนำไปสังเคราะห์เป็นข้อค้นพบเชิงระบบและใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานในระยะต่อไป โดยการพัฒนาวัฏจักรการติดตามดูแลมารดาหลังคลอดแบบ 1:3:7 ซึ่งกำหนดให้มีการเยี่ยมโดยแม่อาสาในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังกลับจากโรงพยาบาล และให้พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าประเมินซ้ำในวันที่ 7 แนวทางดังกล่าวช่วยลดช่องว่างของความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้สามารถติดตามภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกได้อย่างใกล้ชิด และส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและการดูแลหลังคลอดมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

2. การยกระดับการอภิบาลระบบสุขภาพและการอุดหนุนทรัพยากรในท้องถิ่น ซึ่งการยกระดับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยการสร้างความร่วมมือข้ามภาคส่วนผ่านเวทีประสานงานระดับตำบลทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อเป้าหมายด้านสุขภาพแม่และเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้งานอนามัยแม่และเด็กก้าวพ้นจากการเป็นภารกิจของหน่วยงานสาธารณสุข

เพียงฝ่ายเดียวไปสู่การเป็นวาระสำคัญของท้องถิ่น ควบคู่กับการผนวกตัวชีวิตด้านแม่และเด็กเข้าสู่ แผนพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งเอื้อต่อการจัดสรรงบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การสนับสนุนงบประมาณเพื่อ จัดหาอาหารเสริมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด ในอำเภอโกสุมพิสัย และการสนับสนุนสื่อส่งเสริม พัฒนาการเด็กในอำเภอศรีสำโรง สะท้อนให้เห็นว่า ความยั่งยืนของรูปแบบไม่ได้ขึ้นอยู่กับความทุ่มเท ของบุคลากรเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยการ จัดวางกลไกเชิงนโยบายและงบประมาณในระดับ ท้องถิ่นควบคู่กันไปอย่างเป็นระบบ

3. นวัตกรรมการจัดการข้อมูลและการ ติดตามรายการ การพัฒนาระบบข้อมูลภายใต้ รูปแบบสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการใช้ข้อมูลเพื่อ การรายงานผลไปสู่การใช้ข้อมูลเพื่อการบริหาร จัดการเชิงระบบ โดยการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ทุกภาคส่วนสามารถใช้ ข้อมูลชุดเดียวกันในการติดตามกลุ่มเป้าหมายและ กลุ่มเสี่ยงเป็นรายการได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การ วางแผน การติดตาม และการแก้ไขปัญหา มีความ แม่นยำและสอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การนำข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชนในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น สรุปสถานการณ์และแผนภาพตัวชี้วัดรายตำบล ยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจร่วมของผู้นำชุมชนและ เครือข่ายอาสาสมัคร ทำให้การจัดการปัญหาใน ระดับพื้นที่ตั้งอยู่บนฐานข้อมูลจริง และขับเคลื่อน ด้วยการมีส่วนร่วมมากกว่าการปฏิบัติตามแนวทาง จากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว

4. การประเมินสัมฤทธิ์ผลและความพึงพอใจ เชิงบูรณาการทุกระดับ ผลการประเมินในภาพรวม สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบได้รับการยอมรับและสร้าง ความพึงพอใจจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ โดยเฉพาะในด้านความใกล้ชิดและความต่อเนื่องใน การดูแลผ่านกลไกแม่อาสา ซึ่งช่วยลดระยะห่าง ระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ และ เสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพระดับ

ปฐมภูมิในระยะยาว พร้อมกันนี้ การสังเคราะห์ บทเรียนร่วมกันของภาคีเครือข่ายชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จของรูปแบบไม่ได้เกิดจากทรัพยากรหรือ เครื่องมือเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจากความ เข้มแข็งของเครือข่ายของอาสาสมัครในพื้นที่ การ พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และการมีภาวะผู้นำใน ระดับอำเภอที่สามารถบูรณาการการทำงานข้าม หน่วยงานได้อย่างต่อเนื่องและเป็นเอกภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่สนับสนุนให้รูปแบบ สามารถขยายผลและดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีสาระสำคัญทั้งเชิง ทฤษฎีและเชิงระบบบริการที่สอดคล้องกับแนวคิด คุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลของ องค์กรอนามัยโลก โดยยกระดับจากการ ดำเนินงานที่มีหน่วยบริการสุขภาพเป็นศูนย์กลาง ไปสู่การดำเนินงานแบบเครือข่ายร่วมรับผิดชอบ ผลลัพธ์ ผ่านกลไกทั้งเชิงโครงสร้างและ กระบวนการที่ทำให้ทุกภาคีมีบทบาทที่ชัดเจน¹⁸ ซึ่งแก่นของการพัฒนารูปแบบปรากฏอย่างเด่นชัด ใน 2 มิติที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างสมดุล ประกอบด้วย 1) มิติทางคลินิกและวิชาชีพที่ยึด มาตรฐานการบริการและตัวชี้วัดเป็นหลัก ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ การป้องกันภาวะโลหิตจาง ความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การเยี่ยมหลัง คลอด และการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย และ 2) มิติทางสังคมและการมีส่วนร่วมที่ ใช้พลังของภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเปิดช่องว่างที่ ระบบบริการปกติดำเนินการได้อย่างจำกัด เช่น การค้นหาเชิงรุก การติดตามการรับประทานยาและ ภาวะโภชนาการรายบุคคล การเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไข ปัญหาเชิงปฏิบัติ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของวารสารณิ พิมพาสอน และยุทธนา แยกคาย¹⁴ พบว่า รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาทาง อนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์โดยอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ 1) การให้สุข

ศึกษาและความรู้ 2) การประยุกต์ใช้ความรู้ดั้งเดิม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การแก้ไข ความเชื่อทางวัฒนธรรมและสร้างความเข้าใจใหม่ 4) การเพิ่มเข้าถึงบริการสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ ห่างไกล 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 6) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการป้องกัน และแก้ไขปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลรัตน์ ชื่นบาน และยุทธนา แยกคาย¹³ พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานนมแม่ และอนามัยแม่และ เด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ 1) การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา 2) การ สร้างความรู้ความเข้าใจ 3) การดูแลสุขภาพของ หญิงตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ และ ระยะหลังคลอด 4) การดูแลสุขภาพของเด็ก 5) การ ส่งเสริมและสนับสนุน และ 6) การสร้างการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย¹³ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการมี ส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การมี ส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ใน ระดับปานกลาง แรงจูงใจในการส่งเสริมงานอนามัย แม่และเด็ก และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถ ทำนายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในการ ส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กได้ ร้อยละ 46.3¹⁹

ในเชิงกระบวนการรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี ลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ดำเนินการเป็นวงจรหมุนเวียนทำให้องค์ความรู้ จากพื้นที่ถูกแปลงเป็นชุดปฏิบัติการที่สามารถ นำไปใช้ได้จริงในบริบทของจังหวัด และสามารถ กำหนดมาตรการเฉพาะประเด็นได้ เช่น ระบบ ค้นหาและแจ้งเตือนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เชิงรุก ช่องทางเร่งรัดการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การ ติดตามและจัดการภาวะโลหิตจางแบบรายบุคคล ระบบการเยี่ยมหลังคลอดร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายแม่ อาสา ตลอดจนการใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ โรงเรียนเป็นฐานในการคัดกรองภาวะโภชนาการ และพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตาม รูปแบบที่

พัฒนาขึ้นมีจุดเน้นที่กิจกรรมสำคัญ 4 PLUS โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือและการบูรณาการ (PLUS-1) ซึ่งดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามา เป็นหุ้นส่วนหลักในการขับเคลื่อนงาน โครงสร้าง ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการอภิบาลแบบพหุ ภาคี²⁰ ที่พบว่า การกระจายอำนาจการตัดสินใจไป ยังศูนย์กลางย่อยหลายแห่ง เช่น ระดับท้องถิ่นและ ชุมชน เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการ จัดการกับวิกฤตที่มีความซับซ้อนมากกว่าการสั่ง การจากศูนย์กลางเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การ ใช้ระบบข้อมูลบูรณาการ (PLUS-4) ยังสอดคล้อง กับการศึกษาของ Tanantong & Wongras²¹ ที่ พบว่า โครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลที่ออกแบบให้มีความ สะดวกในการใช้งานและสามารถเชื่อมโยงกัน ได้เป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดในการขับเคลื่อนองค์กร สมัยใหม่ ในทำนองเดียวกัน กุณทีนิ กุสโร¹⁰ ได้ ศึกษาแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทาง วัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน ได้แก่ นวัตกรรมเดือนช่วง (เทคโนโลยี) นวัตกรรมห่วงครุฑ (วิถีพุทธ) และ 3) นวัตกรรมต้นพร้อม (สุดยอดมาตรฐาน) และ สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี กลิ่นแมน และ ัญญชธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล¹² ได้พัฒนารูปแบบและ กระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และ เด็กในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การปฏิบัติ การรับรู้ปัญหา การติดตาม ประเมินผล และการคิดวิเคราะห์ โดยมีประสิทธิผล ในการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปบูรณา การในการกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางมาตรฐาน การปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ และใช้เป็นต้นแบบใน การขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

1.2 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนผ่านการสนับสนุนทรัพยากร

และงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พร้อมทั้งเชื่อมโยงเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานกับการประเมินผลเพื่อการเชิดชูเกียรติภาคีเครือข่ายที่มีผลงานดีเด่น

1.3 ควรกำหนดกลไกกำกับติดตามระดับจังหวัดในรูปแบบคณะกรรมการพหุภาคีที่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจนด้านกำหนดทิศทาง กำกับมาตรฐานติดตามผลลัพธ์ และทบทวนแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

1.4 ควรกำหนดชุดตัวชี้วัดร่วมขั้นต่ำที่ครอบคลุมผลลัพธ์สำคัญและกระบวนการบริการที่เป็นจุดคอขวดของระบบอนามัยแม่และเด็ก พร้อมทั้งจัดให้มีการคืนข้อมูลเชิงวิเคราะห์สู่พื้นที่เพื่อใช้ปรับปรุงบริการและจัดการความเสี่ยงรายกรณีอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ควรนำกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่ใช้ระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศติดตามงานแบบกัลยาณมิตรไปขับเคลื่อนการดำเนินงานจริงในระดับตำบล เพื่อเสริมสร้างทักษะเฉพาะด้านที่จำเป็นในการดูแลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยง

2.2 ควรนำระบบการสื่อสารและฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นเครื่องมือหลักในการเฝ้าระวัง ติดตาม และบริหารจัดการดูแลสุขภาพรายกรณี

2.3 ควรพัฒนากระบวนการส่งต่อและติดตามต่อเนื่องรายกรณีให้ชัดเจนตั้งแต่การคัด

กรองความเสี่ยง การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล การส่งต่อ และการติดตามหลังส่งต่อ พร้อมเชื่อมการดูแลต่อเนื่องกับภาคประชาชนและชุมชน

2.4 ควรจัดเวทีเรียนรู้ร่วมเชิงปฏิบัติเป็นระยะ ๆ โดยใช้ประสบการณ์จริงจากหน้างานร่วมกับข้อมูลสะท้อนปัญหาเฉพาะพื้นที่ เพื่อกำหนดมาตรการที่นำไปดำเนินการได้ทันทีในรอบถัดไป

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาวของรูปแบบในบริบทที่หลากหลายควบคู่กับทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างกัน

3.2 ควรศึกษาเชิงลึกด้านปัจจัยกำหนดความสำเร็จ พฤติกรรมเครือข่าย ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม แรงจูงใจภายใน และอุปสรรคในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข

3.3 ควรประเมินสัมฤทธิ์ผลทางสุขภาพเชิงประจักษ์ และการยกระดับคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กที่ครอบคลุมมิติการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ และระดับพัฒนาการเด็กในระยะยาว

3.4 ควรพัฒนานวัตกรรมดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานเชิงรุก และศึกษาเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและนโยบายของรัฐที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานข้ามหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565: รายงานสรุปผลที่สำคัญ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
2. ประกาศเรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 82 ก (ลงวันที่ 13 ตุลาคม 2561).
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. กรมอนามัย. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. กรมอนามัย, องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. การประเมินผลระหว่างการทำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/sti/public/standard-subcatalog/1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5>.

7. กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการกองแผนงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
8. ประเวศ หมดเสน, มุฮัมหมัดฟาห์มี ตาละ, รุวัยดา บุญเทียม. การมีส่วนร่วมของกลุ่มองค์กรไม่แสวงหากำไรต่อการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์. 2565;11(5):R40-R51.
9. นัทธมนวรรณ ยิ่งเจริญสุข, ศศิพร โลจายะ, สุจิตรา โอบารกิจวานิช, ประภาศ เปล่งพานิชย์. การพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตายจังหวัดปทุมธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564. วารสารสหศาสตร์. 2564;21(1):220-237.
10. กุณทีนี กุสโร. รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน ตำบลโพหนองทราย อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):262-270.
11. เกษแก้ว เกตุพันธ์, ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, นกัชชลด รอดเที่ยง, ไปยดา วิรัชมี, สิริรินทร์ฉัตร มีแวง, สุกานดา ฟองเมือง. รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2567;12(1):32-47.
12. สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญจรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล. การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):115-128.
13. พิมพ์รัตน์ ชื่นบาน, ยุทธนา แยกคาย. รูปแบบการปฏิบัติงานนมแม่ และอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. 2567;8(12):184-197.
14. วราภรณ์ พิมพ์สาธอน, ยุทธนา แยกคาย. รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2568;34(2):301-311.
15. สัตถุญา ยีอราน, ศิวีไลซ์ วรรณวีจิตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(2):288-300.
16. Boone HN, Boone DA. Analyzing Likert data. *J Ext.* 2012;50(2):Article 48. doi:10.34068/joe.50.02.48.
17. Madaus GF, Scriven MS, Stufflebeam DL, editors. *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation.* 8th ed. Boston (MA): Kluwer-Nijhoff; 1983.
18. World Health Organization. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities.* Geneva: World Health Organization; 2016.
19. จิตรานันท์ กุลทนต์, โสเพ็ญ ชูนวน, สรณ สุวรรณเรืองศรี, ธารินันท์ ลีลาทิวานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: เขตจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(1):73-84.
20. Brillantes A, Ruiz KEV, Comia AS, et al. Public administration in an age of polycrises: multi-nodal governance approaches in some South East Asian countries. In: Baimenov A, Liverakos P, editors. *Public administration in the new reality.* Singapore: Springer; 2025. p. 271-322. doi:10.1007/978-981-96-3845-1_10.
21. Tanantong T, Wongras P. A UTAUT-based framework for analyzing users' intention to adopt artificial intelligence in human resource recruitment: a case study of Thailand. *Systems.* 2024;12(1):28. doi:10.3390/systems12010028.