

การพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และ
เด็ก ระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตาย
จังหวัดปทุมธานี ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2563-2564

นัทธมนวรรณ ยิ่งเจริญสุข¹

ศศิพร โลจายะ²

สุจิตรา โอฬารกิจวานิช³

ประกาศ เปล่งพานิชย์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มุ่งศึกษากลไกการทำงานของ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Mother and child health board : MCH board) ระดับจังหวัด/อำเภอ ทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรค ในการทำงานของ MCH Board รวมทั้ง แนวทางการส่งเสริม และพัฒนา MCH Board ระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับ MCH Board ระดับจังหวัดอันนำไปสู่การพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กผ่านกลไก MCH Board ระดับอำเภอเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็ก และลดมารดาตาย จังหวัดปทุมธานี งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานหลายขั้นตอน โดยสร้างตัวแบบฯ แล้วนำไปทดสอบในพื้นที่ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปเป็นตัวแบบการพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กผ่านกลไก MCH Board ระดับอำเภอ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็ก และลดมารดาตาย จังหวัดปทุมธานี

ผลการวิจัยพบว่า การปรับปรุงระบบงานและโครงสร้างของคณะกรรมการระดับจังหวัด/อำเภอ ความสม่ำเสมอในการประชุมช่วยให้เกิดการสื่อสารการทำงานระหว่างจังหวัด อำเภอ และภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่ที่ดีขึ้น ระบบสารสนเทศ การเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้นของผู้รับบริการ ระบบข้อมูลและการรายงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่รู้สึกว่าเป็นภาระและทำให้การดูแลหลังคลอดได้ครอบคลุมมากขึ้น ประการสำคัญ คือ การมีภาคีเครือข่ายการทำงานเนื่องจากการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ประสบความสำเร็จไม่ได้จำกัดวงการทำงานอยู่เพียงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ความร่วมมือจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นับเป็นอำนาจแข็ง (Hard Power) ที่สำคัญสามารถดึงดูดความร่วมมือจากทุกส่วนงานในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

¹ พย.บ. ศษ.ม. รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

² วท.บ. ศศ.ม. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข

³ วท.บ. วท.ม. ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

⁴ รป.บ. รป.ม. รองหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข



ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะทำงานย่อยๆ ภายในคณะกรรมการระดับอำเภอ กลับเป็นอำนาจอ่อน (Soft Power) ที่ยึดโยงใจของคนทำงานโดยไม่ต้องรอการสั่งการและขั้นตอนของทางราชการที่อาจมีระยะเวลายาวนานได้

งานวิจัยนี้มุ่งติดตามสองตัวชี้วัด คือ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ทำให้มีบางปัจจัยที่ค้นพบระหว่างการสนทนากลุ่ม และไม่ครอบคลุมในกรอบการวิจัยครั้งนี้ อาทิ ความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การเสพยาบ้าช่วยให้บุตรในครรภ์แข็งแรงและคลอดง่ายของแม่บางคน หรือปัญหาเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลบริการข้ามหน่วยงาน/กระทรวง เช่น การเข้ารับบริการตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือประกันสังคม แต่รับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาฯ หรือโรงพยาบาลเอกชน แต่ไม่มีการส่งข้อมูลการรับบริการคืนพื้นที่ อันเป็นประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจทั้งในระดับพื้นที่และระดับมหภาคต่อไป

คำสำคัญ : งานอนามัยแม่และเด็ก , MCH Board



**Development of Maternal and Child Health Care Model at the District Level
Related to the MCH Board’s Mechanism at the Provincial Level
Aiming at Improving Access to Maternal and Child Health Care Services
and Reducing Maternal Mortality in Pathum Thani Province
for the Fiscal Year 2020-2021**

Abstract

The purpose of this research was to study the MCH Board’s mechanism at the provincial/district level, including strengths, weaknesses, facilitating factors and barriers in the performance of the MCH Board, as well as the guidelines for promoting and developing the MCH Board at the district level in order to link up with the MCH Board at the provincial level and lead to the development of maternal and child health care model through the MCH Board’s mechanism at the district level aiming at increasing access to maternal and child health care services and reducing maternal mortality in Pathum Thani province. This mixed methods research combined both quantitative and qualitative approaches to create a model for testing in the province. The model was re-analyzed and concluded into the development model for maternal and child health care through the MCH Board’s mechanism at the district level to increase access to maternal and child health care services and reduce maternal mortality in Pathum Thani province.

The results revealed that improving the work system and structure of the provincial/ district committees including consistency in meetings helped improve communication between provinces, districts, and local collaborative networks, while information systems provided the staff with ease and convenience and enabled service recipients to access more information. Simple and uncomplicated reporting information system and returning information to Pathum Thani province made the staff feel less burdensome and be able to provide more comprehensive postpartum care. The important element was collaborative networks as a successful implementation of maternal and child health care was not limited to medical and public health personnel. The cooperation of the District Health



Board (DHB) was also considered to be significant hard power that could attract cooperation from all departments in Pathum Thani province, while interpersonal relationships, especially among small working groups within the district committee, were soft power that connected the minds of the staff without having to wait for government orders and procedures that may take a long time.

The research aimed to monitor two indicators: the percentage of pregnant women who had started their first antenatal care at a gestational age of less than 12 weeks and the percentage of pregnant women who had completed five antenatal care visits. There were also other factors discovered during group discussions and not covered in this research framework, such as false beliefs about substance use during pregnancy. For example, some pregnant women believe that using methamphetamine can help promote the health of their unborn babies and make delivery easier. This is an issue that needs to be understood better at both the local and macro levels. Another issue is about the linkage of service information across departments/ministries, such as in the case of those receiving service under the universal health coverage scheme or the social security program at hospitals under the Ministry of Higher Education or private hospitals. When they later received service from an agency under the Ministry of Public Health in Pathum Thani province, it turned out that information about the previous service they received has not been returned to the province.

Keywords: Maternal and child health care, MCH Board

บทนำ

จากการทบทวนระบบการทำงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดปทุมธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่า การดำเนินงานแม่และเด็กระดับอำเภอ ยังมีความไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นรูปธรรม ขาดการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งจากการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Mother and child health board : MCH board) ระดับอำเภอ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข พบว่า ยังขาดการส่งคืนข้อมูลเพื่อติดตามการตั้งครรภ์เสี่ยงและข้อมูลหลังคลอด ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ผ่านโรงเรียนและ พ่อแม่ และขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับตำบล รวมทั้ง บทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมผลักดันงานดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้มารดาขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง มีโรคร่วมระหว่างตั้งครรภ์และนำไปสู่การเสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี , ๒๕๖๑.) ทั้งนี้จากการสืบค้นข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2562 พบว่า มารดาเสียชีวิตมีสาเหตุโดยตรง เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและตั้งครรถ์นอกมดลูก ส่วนสาเหตุโดยอ้อมขณะตั้งครรถ์ พบว่า เกิดจากครรถ์เป็นพิษ ภาวะหายใจล้มเหลวขณะตั้งครรถ์ Amniotic Fluid Embolism , Pneumonia HIV, Sepsis with Acute cholestasis jaundice, Thyroid storm และหลังคลอดเกิดจากภาวะหายใจล้มเหลวจากหอบอย่างรุนแรง รวมทั้ง การมีโรคประจำตัว เช่น จิตเภท โรคคลื่นหัวใจรั่ว และหอบหืด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี HDC, ๒๕๖๓.) อนึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลการฝากครรถ์ในหญิงตั้งครรถ์ในจังหวัดปทุมธานี ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่าหญิงตั้งครรถ์กลุ่มเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้น เช่น มีโรคประจำตัว เสพสารเสพติด ตั้งครรถ์และติดเชื้อ HIV โดยไม่รับยาต้านตามนัด รวมทั้งการปกปิดการตั้งครรถ์ เป็นต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัดการฝากครรถ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรถ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และตัวชี้วัดการฝากครรถ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ยังต่ำกว่าเกณฑ์ นอกจากนี้จากรายงานข้อมูลสถิติการคลอด (รายงาน ก๑ ก๒) ของจังหวัดปทุมธานี ยังพบว่า หญิงตั้งครรถ์ที่มีภาวะซีดสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, ๒๕๖๓.)

สำหรับการดำเนินงานของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Mother and child health board : MCH board) จากการลงพื้นที่ถอดบทเรียนการดำเนินงานในลักษณะการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในพื้นที่การทำงานทั้ง ๗ อำเภอ พบว่า ในเชิงโครงสร้าง คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน มีการปรับปรุงคำสั่งเป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ องค์ประกอบการทำงานประกอบด้วยหลายภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด มีผู้บริหารระดับจังหวัดเป็นประธานและมีการประชุมต่อเนื่อง แต่ยังคงมีความถี่ในการประชุมน้อยเกินไป (เฉลี่ยปีละประมาณ 1-2 ครั้งเท่านั้น) ส่วนระดับอำเภอ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการทบทวนโครงสร้างคณะกรรมการให้เป็นปัจจุบัน ไม่มีการประชุม หรือมีการประชุมน้อยมาก โดยในรอบปีที่ผ่านมา (ตุลาคม

2562-กันยายน 2563) มีการประชุมเฉลี่ยรวมทุกอำเภอ น้อยกว่า 1 ครั้ง (บางอำเภอไม่มีการประชุมเลย) ในส่วนของผู้บริหารระดับอำเภอ (นายอำเภอ) ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการประชุม MCH Board มักส่งตัวแทนเข้าร่วมการประชุมโดยหลายพื้นที่อำเภอ พบว่า การจัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอนั้น ผู้บริหาร/หัวหน้าส่วนราชการโดยส่วนใหญ่ มักติดภารกิจ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยพร้อมเพรียงกัน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน/ไม่สมบูรณ์ ของการนำข้อมูลจากผู้ปฏิบัติที่เป็นผู้แทนไปนำเสนอแจ้งผู้บริหารของหน่วยงาน นำไปสู่ปัญหาของการประสานงานตามมาในภายหลัง

จากปัญหาของงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดปทุมธานีดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาการพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไก MCH Board ระดับอำเภอ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตาย จังหวัดปทุมธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาตัวแบบ งานอนามัยแม่และเด็กผ่านกลไก MCH Board ระดับอำเภอ ติดตามการขับเคลื่อนนโยบายสู่ระดับอำเภอ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็ก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลไกการทำงานของ MCH Board ระดับจังหวัด/อำเภอ ในปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรค ในการทำงานของ MCH Board รวมทั้ง แนวทางการส่งเสริมและพัฒนา MCH Board ระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับ MCH Board ระดับจังหวัด
3. เพื่อพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไก MCH Board ระดับอำเภอ เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตาย จังหวัดปทุมธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านกลไก MCH Board ระดับอำเภอ เพื่อเพิ่ม การเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตาย จังหวัดปทุมธานี แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเพื่อศึกษากลไกการทำงานจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อหรืออุปสรรค ของ MCH Board ระดับจังหวัดและอำเภอ ในปัจจุบัน และแนวทางการส่งเสริมและพัฒนา MCH Board ระดับอำเภอเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับ MCH Board ระดับจังหวัด ตามแนวคิดทางการบริหาร (POSCoRB) และ SWOT Matrix Analysis เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย การศึกษาเอกสารโดยใช้แบบวิเคราะห์ เอกสาร และการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นร่างตัวแบบที่ 1

ระยะที่ 2 การพัฒนาตัวแบบ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสังเคราะห์ตัวแบบจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยระยะที่ 1 สืบหาความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแบบเชิงโครงสร้างทางความคิด (Semantic Model) ขั้นตอนที่ 2 เป็นการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ หาค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ IOC (Index of Item Objective Congruence) ตรวจสอบความถูกต้อง และเหมาะสมเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหา ของตัวแบบฯ และปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปเป็นตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Boardระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตายจังหวัดปทุมธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 เป็นร่างตัวแบบที่ 2

ระยะที่ 3 ทดสอบและยืนยันตัวแบบ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบการใช้ตัวแบบ ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึก MCH board สรุปเป็นร่างตัวแบบที่ 3 จากนั้น ทดสอบการใช้ตัวแบบกับหน่วยบริการสุขภาพในอำเภอหนึ่งระยะเวลา 2 เดือน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกตด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ปรับปรุงตัวแบบตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร่างตัวแบบที่ 4 จากนั้นตรวจสอบตัวแบบในหน่วยบริการสุขภาพอีกอำเภอโดยดำเนินการตามขั้นตอนเดิม แล้วสังเคราะห์เป็นร่างที่ 5 ขั้นตอนที่ 2 สรุปเป็นตัวแบบสมบูรณ์ นำร่างตัวแบบที่ 5 มาตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และตัวแทนอำเภอละ 3 คน (4 อำเภอ) รวม 17 คน โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นตัวแบบสมบูรณ์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ผลการศึกษากลไกการทำงานของ MCH Board ระดับจังหวัด/อำเภอ ในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลผลการดำเนินงานจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ หรืออุปสรรค ในการทำงานของ MCH Board ระดับจังหวัด/อำเภอ รวมทั้ง แนวทางการส่งเสริมและพัฒนา MCH Board ระดับอำเภอ ตามกรอบการวิเคราะห์องค์การ (SWOT Matrix) และตัวแบบทางการบริหาร (POSCoRB) แล้วนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหา เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับ MCH Board ระดับจังหวัด ระหว่างวันที่ 6 ตุลาคม - 24 พฤศจิกายน 2563 โดยมีจำนวนคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าห้องคลอด ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำ

ชุมชน รวมทั้ง ผู้แทนกลุ่มผู้รับบริการ (ก่อนคลอด/หลังคลอด) เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม 8 ครั้ง (ระดับจังหวัด 1 ครั้ง และระดับอำเภอทุกอำเภอ 7 ครั้ง) รวมทั้งสิ้น 218 คน สารสำคัญพบว่า ในเชิงโครงสร้าง (Structure) คำสั่งคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด มีการทบทวนให้เป็นปัจจุบัน แต่คณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอหลายพื้นที่ยังไม่ได้รับการทบทวนให้เป็นปัจจุบัน สำหรับความถี่ในการประชุม พบว่า ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ มีความถี่ของการประชุมน้อย (ระดับจังหวัด ๒-๓ ครั้ง/ปี ระดับอำเภอ ๐-๒ ครั้งต่อปี) และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารระดับอำเภอ (นายอำเภอในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ในฐานะผู้บริหารกองทุนสุขภาพระดับตำบล) ด้านระบบการทำงาน (System) พบว่า ระบบการทำงานและการรายงานผลวางไว้อย่างเป็นระบบ มีระบบการรายงานผ่านฐานข้อมูล ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) โดยมีโปรแกรมการบันทึกข้อมูลทั้งระดับโรงพยาบาล (Hos-XP) และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (JHCIS) แต่ยังขาดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการ เช่น ข้อมูลการฝากครรภ์ของสถานพยาบาลภาครัฐนอกเครือข่าย (ร.พ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) หรือโรงพยาบาลเอกชน และขาดข้อมูลป้อนกลับ กรณีหลังคลอด จากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ขาดกระบวนการติดตามเยี่ยมหลังคลอด สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านบุคลากร (Staff) ซึ่งต้องทำหน้าที่ประจำและเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน MCH Board ระดับอำเภอ ประกอบด้วย หัวหน้าห้องคลอดและบุคลากรห้องคลอดของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีอัตรากำลังโดยเฉลี่ยไม่เกิน 3 ท่าน/แห่ง แต่ต้องทำหน้าที่ตั้งแต่ก่อนคลอด จนถึงหลังคลอด พยาบาลส่วนใหญ่มีภารกิจรับผิดชอบงาน ทำให้ขาดบุคลากรที่จะทำงานในส่วนของ MCH Board ได้อย่างเต็มความสามารถ สำหรับปัจจัยทางการเมือง (Politic) พบว่า เป็นโอกาสสำหรับการพัฒนางานแม่และเด็ก จากนโยบายที่รัฐบาลส่งเสริมการมีลูกและมีมาตรการลดหย่อนด้านภาษี รวมทั้งการอนุมัติกฎหมายที่ให้ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์และเงินชดเชยการคลอดบุตร ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กมากขึ้น แต่ยังพบปัญหาในกลุ่มคนระดับชั้นกรรมมาชีพ และแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมือง มาทำงานแบบไม่ถูกกฎหมาย ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก ทำให้ตั้งครรภ์ไม่มีคุณภาพ เสี่ยงต่อการคลอดที่เป็นอันตรายต่อทั้งตัวแม่และเด็ก รวมทั้ง เด็กที่เกิดมามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขด้านสังคม และอาชญากรรมอื่นๆ ตามมา สำหรับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic) พบว่า จากสภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำไปทั่วโลก สืบเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชน รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ เร่งทำงานเพื่อมาจุนเจือครอบครัว ไม่อยากกลางงานซึ่งอาจทำให้ต้องสูญเสียรายได้ทั้งวัน มาเพื่อเข้ารับบริการในสถานบริการในเวลา

ราชการ และถึงแม้รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข จะกำหนดให้ฝากครรภ์ฟรีทุกสิทธิการรักษา แต่ยังคงมีรายจ่ายแฝงอื่นๆ ในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ อาทิ ค่าอาหาร ค่าเดินทาง การสูญเสียโอกาสในการรับค่าจ้างรายวันของวันที่มาฝากครรภ์ เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคม (Social) พบว่า ความหลากหลายของพื้นที่ที่มีสภาพเป็นสังคมเมืองหรือกึ่งเมือง เช่น สังคมหมู่บ้านจัดสรรราคาแพง มักไม่ให้ความเคารพ/เชื่อถือ อสม. และไม่ยินดีต้อนรับบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าไปดำเนินงานในหมู่บ้าน โดยอ้างว่ารับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำแล้ว ส่วนในสังคมที่เป็นชุมชนที่มีสภาพแออัด เช่น ชุมชนหลังตลาดค้าส่งขนาดใหญ่ของจังหวัด กลับเต็มไปด้วยปัญหาอาชญากรรม โจรขโมย จี้ปล้นวิ่งราวทรัพย์ บางพื้นที่เป็นแหล่งพักยาเสพติด ทำให้เป็นอันตรายต่อบุคลากรสาธารณสุข ที่จะเข้าไปดำเนินงานในพื้นที่โดยลำพัง สำหรับปัจจัยด้านเทคโนโลยี (Technology) พบว่า ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ได้รับการพัฒนาให้มีความรวดเร็วทันสมัย เช่น ระบบคิว ระบบฝากครรภ์ออนไลน์ QR Code งานอนามัยแม่และเด็ก ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงประชาชนโดยทั่วไป เข้าถึงความรู้เรื่องการฝากครรภ์ได้มากขึ้น และสามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้ที่ต้องการรับความรู้เหล่านั้นรอบตนเอง ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว เช่น ครูแนะนำนักศึกษา อสม.แนะนำหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ เป็นต้น แต่ในอีกมิติกลับพบว่า ระบบอินเทอร์เน็ตและคุณภาพของโทรศัพท์ Smart Phone ทำให้เยาวชนเข้าถึงสื่อลามกอนาจาร ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บางส่วนเลือกเข้าสู่การยุติการตั้งครรภ์แบบผิดกฎหมาย เกิดอันตรายถึงชีวิต และเด็กที่เกิดมาจากความไม่พร้อมของพ่อแม่วัยใส ไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่ดี ทำให้โตเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพ ผลจากการสนทนากลุ่มเสนอแนวทางการพัฒนาตามกรอบแนวคิด POSCoRB ประกอบด้วย **ด้านการวางแผน (Planning)** เสนอให้มีกระบวนการวางแผนที่มีเอกภาพเชื่อมโยงทั้งระบบตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับพื้นที่ **ด้านการจัดองค์การ (Organizing)** เสนอให้ทบทวนโครงสร้าง MCH Board ให้เป็นปัจจุบันและครอบคลุมการทำงานด้านแม่และเด็ก โดยให้คณะกรรมการดังกล่าวเป็น Board บริหาร ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยให้อำนาจ MCH Board แต่งตั้งคณะทำงานย่อยๆ เพื่อทำงานเฉพาะด้านที่เป็นปัญหาระดับพื้นที่ อาทิ คณะทำงานพัฒนาระบบด้านข้อมูลการให้บริการ คณะทำงานด้านการประสานการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยหลังคลอด ทั้งนี้ เมื่อดำเนินการแล้ว ให้คณะทำงานสรุปผลการดำเนินงานรายงานต่อ MCH Board เพื่อลดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการทำงาน เนื่องจาก เหตุที่ไม่สามารถจัดประชุม คณะกรรมการฯ ชุดใหญ่ เนื่องจากคณะกรรมการติดภารกิจได้ รวมทั้ง การเพิ่มความถี่การจัดการประชุม MCH Board อย่างน้อยไตรมาส ละ 1 ครั้ง (4 ครั้งต่อปี) เพื่อรับทราบและติดตามผลการดำเนินงานของคณะทำงานฯ ต่างๆ

ตามที่ได้มอบหมายภารกิจไป **ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน (Staffing)** เสนอให้จัดสรรอัตราบุคลากรให้พอเพียง ต่อการดำเนินงานด้านแม่และเด็ก โดยอาจใช้เทคนิคทางวิชาการเข้ามาช่วย เช่น เทคนิคการประเมิน/วิเคราะห์ค่างาน (Job Evaluation) การจัดองค์กรแบบภารกิจเฉพาะ (Ad hoc) เพื่อการทำงานด้านแม่และเด็ก และแสวงหาภาคีการทำงานร่วม เช่น ผู้นำชุมชน อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเข้ามาส่วนร่วมในการเสริมหนุนทรัพยากร ทั้ง 4m ประกอบด้วย ด้านบุคลากร (Man) ด้านงบประมาณในการดำเนินงาน (Money) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) และด้านกระบวนการบริหารจัดการ (Management) ด้วย ส่วน**ด้านการอำนวยการ (Directing)** ผู้บริหารแต่ละระดับ ต้องให้ความสำคัญและผลักดันการทำงานด้านแม่และเด็กอย่างจริงจัง ในระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงอำนาจแข็ง(Hard power) ในระดับอำเภอนายอำเภอทำหน้าที่เช่นเดียวกับผู้ว่าราชการจังหวัด ในส่วนของอำนาจอ่อน (Soft power) เกิดจากการทำงานในลักษณะเครือข่าย ความสัมพันธ์แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer assist) ชุมชนช่วยเหลือกันเอง ช่วยกันสอดส่องดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ให้คำแนะนำปรึกษา ทั้งส่วนที่เป็นภาคราชการ เช่น การทำงานร่วมกัน ระหว่าง สสจ. รพท. รพช. และ รพสต. หรือการทำงานร่วมภาคีรัฐนอกสังกัด เช่น สสอ. กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภาคีสมัชชาสุขภาพ หรือ องค์กรเอกชน ไม่แสวงหากำไรอื่นๆ เช่น มูลนิธิศุภนิมิต เป็นต้น **ด้านการประสานงาน (Coordinating)** ต้องวางระบบการประสานงาน ให้เกิดการเชื่อมโยงกันได้ เป็นเอกภาพ มีหลายช่องทางได้ แต่ต้องมีทิศทางเดียวกัน ส่วน**ด้านการรายงาน (Reporting)** ต้องลดภาระเรื่องระบบรายงานที่มีความซ้ำซ้อน ขอข้อมูลมาจากหลายทาง ต้องการข้อมูลที่มีรายละเอียดแตกต่างกัน ซึ่งปัจจุบัน มีทั้งรายงานตามระบบฐานข้อมูลด้านสาธารณสุข (HDC) และข้อมูลจากระบบการรายงานแยก ทั้งที่เป็นโปรแกรมและที่เป็นกระดาษ ควรมีขั้นตอนการกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานการทำงานด้านแม่และเด็ก โดยกำหนดเป็นชุดข้อมูลพื้นฐานขั้นต่ำในการทำงานด้านแม่และเด็ก (Minimum Data Set) และมีการทบทวนเพิ่มเติมข้อมูลการรายงานได้ ตามความเหมาะสม แต่ไม่ควรมีความถี่มากเกินไป 1 ครั้ง/ปีงบประมาณ และไม่ควรเปลี่ยนแปลงระบบ/ข้อมูลที่ต้องรายงาน ระหว่างปีงบประมาณด้วย และสุดท้าย **ด้านงบประมาณ (Budgeting)** ซึ่งมีแนวโน้มงบประมาณ ตาม Function ซึ่งได้รับการจัดสรรลดลงทุกปี หน่วยงานจำเป็นต้องแสวงหางบประมาณจากแหล่งอื่น อาทิ กองทุนสุขภาพตำบล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือ CSR มาสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กด้วย

ผลการวิจัยระยะที่ 2

๒.๑ ขั้นการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างเป็นเครื่องมือการวิจัย (ร่างที่ 1) โดยสร้างแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีข้อความประกอบด้วยแนวคิด, หลักการ, เป้าหมาย, กระบวนการ, องค์ประกอบ, ผลลัพธ์ และแนวทางการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและ ลดมารดาตาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

(1) ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน 16 หน่วยงานๆละ 5 คน รวม 80 คน

(2) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข 7 อำเภอๆละ 10 คน รวม 70 คน

(3) ผู้แทนผู้รับบริการงานอนามัยแม่และเด็ก 7 อำเภอๆละ 10 คน รวม 70 คน

โดยส่งแบบสอบถามออกไปทั้งสิ้น 220 ชุด ได้รับการตอบกลับ 215 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.72 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

๒.๒ ขั้นการนำข้อมูลแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่มีจำนวนผู้ให้คะแนนระดับ ๓-๔ ทั้งความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงบริบทการทำงานมากกว่าร้อยละ ๘๐ ทั้งสิ้น ๕ ประเด็น ๑๓ องค์ประกอบ ดังนี้

๑.ระบบงานระดับจังหวัด/อำเภอ ๓ องค์ประกอบ คือ การทบทวนโครงสร้างการทำงาน การแต่งตั้งคณะทำงานย่อย และการจัดการระบบการประชุมที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

๒.สารสนเทศงานอนามัยแม่และเด็ก ๑ องค์ประกอบ คือ ระบบการลงทะเบียนฝากท้องออนไลน์

๓.รูปแบบระบบรายงาน/ระบบข้อมูล ๓ องค์ประกอบ คือ พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล การให้บริการ ลดความซ้ำซ้อนของระบบการรายงาน และการจัดการฐานข้อมูลน้อยสุด (Minimum Data Set)

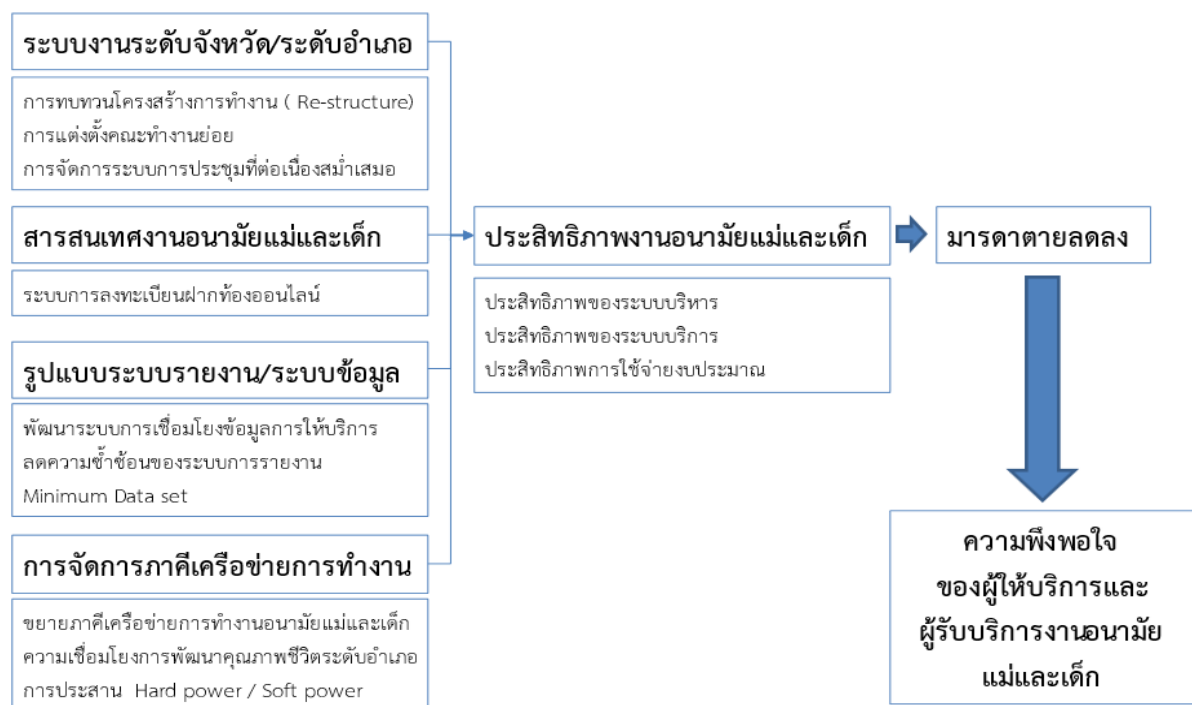
๔.การจัดการภาคีเครือข่ายการทำงาน ๓ องค์ประกอบ คือ ขยายเครือข่ายการทำงานแม่และเด็ก ความเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการประสาน Hard power/Soft power นำไปสู่ข้อ ๕

๕.ประสิทธิภาพงานอนามัยแม่และเด็ก ๓ องค์ประกอบ คือ ประสิทธิภาพของระบบบริหาร ประสิทธิภาพของระบบบริการ และประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณ

๒.๓ ขั้นการพัฒนาาร่างตัวแบบ โดยนำข้อมูลทั้ง ๕ ประเด็น ๑๓ องค์ประกอบ มาจัดเป็นหมวดหมู่ ตามองค์ประกอบของตัวแบบเชิงโครงสร้างทางความคิด (Semantic Model) เป็นร่างตัวแบบฯ (ร่างที่ 2)

๒.๔ ขั้นการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำร่างตัวแบบฯ (ร่างที่ ๒) มาเสนอผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ประกอบด้วยด้านสาธารณสุข 3 คน ด้านการวิจัย 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ตรวจสอบความถูกต้อง/เหมาะสมเชิงโครงสร้างและเชิงเนื้อหาของตัวแบบฯ ดำเนินการปรับปรุงข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อสรุปเป็นตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตายจังหวัดปทุมธานี (ร่างที่ 3) และ นำตัวแบบไปใช้ในการศึกษาระยะที่ 3 ดังรายละเอียดภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตายจังหวัดปทุมธานี (ร่างที่ 3)



ผลการวิจัยระยะที่ 3 ตอนที่ 1

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยนำร่างตัวแบบฯ มาทดสอบในชุมชนที่มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกชุมชนเมือง 1 ชุมชน ที่ตำบลบึงนาราง อำเภอสากเหล็ก และชุมชนชนบท 1 ชุมชน ที่ตำบลบึงบา อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ผลการ

ทดสอบตัวแบบ วัดจากผลการดำเนินงานตัวชี้วัด “ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์” ซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น โดยตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอธัญบุรี เพิ่มจากร้อยละ 50.5 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (ค่าเฉลี่ยตลอดปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓) เป็นร้อยละ 60.1 (เกณฑ์ร้อยละ 60) และตำบลบึงบา อำเภอหนองเสือ เพิ่มจากร้อยละ 55.7 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 69.5 ณ สิ้นเดือน มกราคม 2564 ทำให้ผลการประเมินตัวชี้วัดภาพรวมอำเภอของอำเภอธัญบุรี และอำเภอหนองเสือ เพิ่มขึ้นผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่ร้อยละ 62.16 และ 70.37 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ ๔

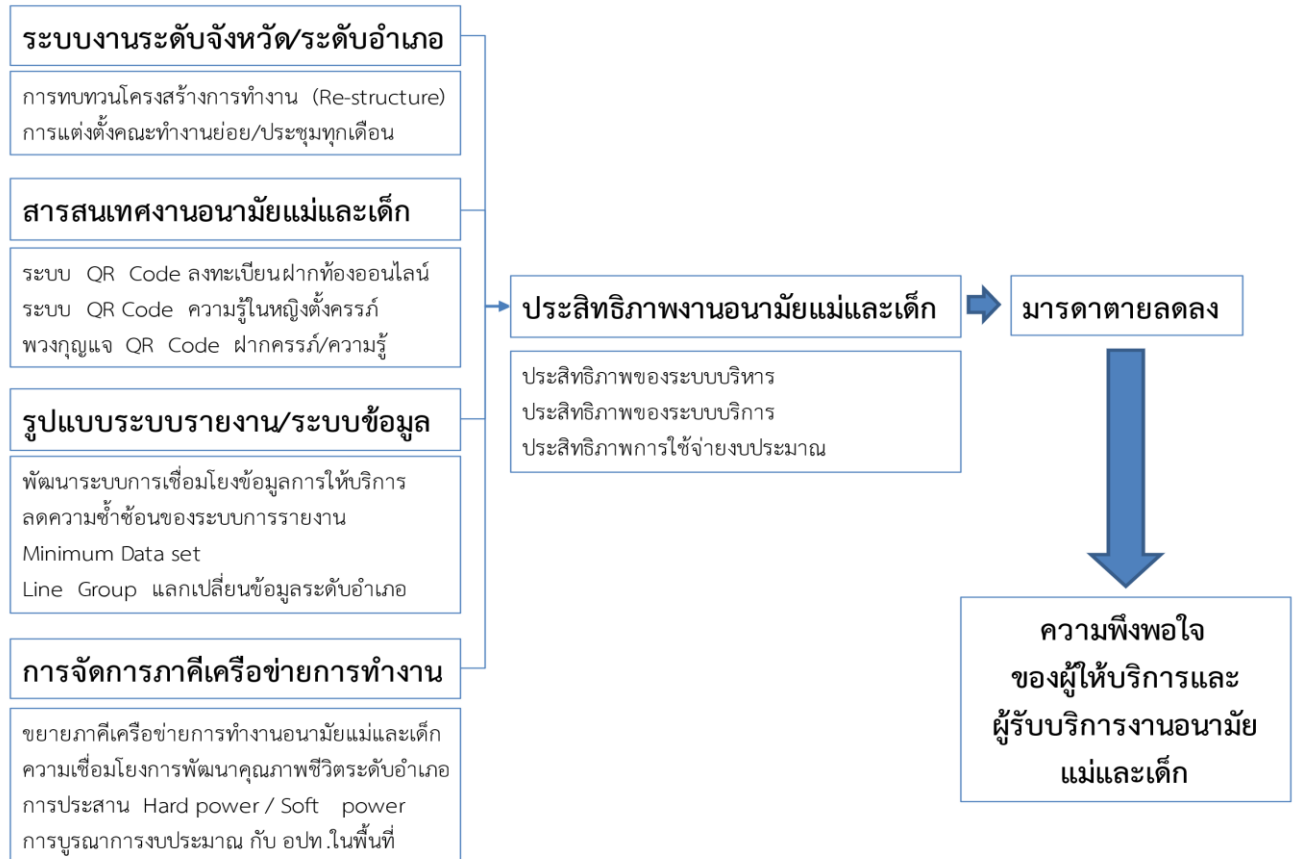
ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผลงานย้อนหลัง 3 ปี (ร้อยละ)/ปีงบประมาณ พ.ศ.			เกณฑ์ (ร้อยละ)	พื้นที่ เป้าหมายและผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564			
				อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
2561	2562	2563	60				
ระดับประเทศ				เมือง ปทุมธานี	101	69	68.32
74.37	80.59	79.56		คลองหลวง	116	59	50.86
ระดับเขตสุขภาพที่ 4				ธัญบุรี	74	46	62.16
56.30	67.19	76.32		หนองเสือ	27	19	70.37
จังหวัดปทุมธานี				ลาดหลุมแก้ว	49	35	71.43
73.89	76.00	76.00		ลำลูกกา	82	42	51.22
				สามโคก	67	50	74.63
				รวม	516	320	62.02

ที่มา : ระบบรายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ณ วันที่ 26 มกราคม 2564

ผู้ศึกษา นำข้อเสนอแนะการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ร่วมการทดสอบตัวแบบของอำเภอธัญบุรีและอำเภอหนองเสือ จำนวน ๓๐ ท่าน (๑๕ ท่าน/อำเภอ) มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และปรับปรุงตัวแบบฯ เป็นร่างตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตาย จังหวัดปทุมธานี (ร่างที่ 4) รายละเอียดดังแผนภาพที่ ๒

ภาพที่ 2 ตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตายจังหวัดปทุมธานี (ร่างที่ 4)



ผลการวิจัยระยะที่ 3 ตอนที่ 2

เมื่อนำร่างตัวแบบฯ ร่างที่ 4 มาทดสอบซ้ำ ในชุมชนที่มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกชุมชนเมือง 1 ชุมชน ที่ตำบลบางปรอก อำเภอเมืองปทุมธานี และชุมชนชนบท 1 ชุมชน ที่ตำบลกระแหง อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า ทั้งสองชุมชน ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย การทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่เป็นอย่างดี ทั้งจากการสนับสนุนของภาครัฐ (ราชการ/การเมือง) ภาควิชาการ/วิชาชีพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และภาคประชาสังคม (ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน) ตามหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ประเวศ วะสี ,๒๕๔๗. อ้างถึงใน วิชัย เทียนถาวร. 3 ยุคสมัย การสาธารณสุขไทย [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้น เมื่อ ๓๐ เม.ย. 256๔]) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ วัดจากตัวชี้วัด “ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์” โดยพบว่าอำเภอเมืองปทุมธานี และอำเภอสามโคก บรรลุผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัด (เกณฑ์ร้อยละ 60) โดยมีผลการดำเนินงานร้อยละ 61.39 และ 61.19 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ ๔

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

ผลงานย้อนหลัง 3 ปี (ร้อยละ)/ปีงบประมาณ พ.ศ.			เกณฑ์ (ร้อยละ)	พื้นที่ เป้าหมายและผลงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2564			
2561	2562	2563		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			60	เมืองปทุมธานี	101	62	61.39
53.94	62.90	75.78		คลองหลวง	112	47	41.96
ระดับ เขต 4				ธัญบุรี	71	38	53.52
36.02	44.74	61.77		หนองเสือ	27	18	66.67
จังหวัดปทุมธานี				ลาดหลุมแก้ว	49	33	67.35
60.62	66.08	69.02		ลำลูกกา	81	26	32.1
				สามโคก	67	41	61.19
				รวม	508	265	52.17

ที่มา : ระบบรายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม 2564

ทั้งนี้ ข้อมูลจากกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน ๓๐ ท่าน เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ทรงวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และตัวแทนอำเภอละ 3 คน (4 อำเภอ) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลละ ๒ ท่าน (๔ ตำบล) และผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จำนวน ๕ ท่าน พบว่า ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านแม่และเด็กเป็นอย่างดี โดยร่วมดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและมีการรายงานสถานการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งให้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อการดำเนินงานในการกิจดังกล่าว และเมื่อสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 8๘.5 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

สรุปผล

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดปทุมธานี ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ยังคงมีอัตราการมารดาสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด งานวิจัยนี้ มุ่งพัฒนาตัวแบบที่ส่งเสริมประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็ก เกิดเชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัด และลดมารดาตายจังหวัดปทุมธานี จากการศึกษาพบว่า การปรับปรุงระบบงานและโครงสร้างของคณะกรรมการระดับจังหวัด/อำเภอ รวมทั้งความสม่ำเสมอในการประชุมช่วยให้เกิดการสื่อสารการทำงานระหว่างจังหวัด อำเภอ และภาคีเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่ที่ดีขึ้น ระบบสารสนเทศช่วยให้ผู้ทำงานได้รับความสะดวกสบาย ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ระบบข้อมูลการรายงานที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ และให้การดูแลหลังคลอดได้ครอบคลุมมากขึ้น ประการสุดท้ายที่สำคัญ คือ ภาคีเครือข่ายการทำงาน เพราะการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ประสบความสำเร็จ ไม่ได้จำกัดการทำงานอยู่เพียงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ความร่วมมือจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นับเป็นอำนาจแข็ง ที่สำคัญและสามารถดึงดูดความร่วมมือจากทุกส่วนงานในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะทำงานย่อยๆ ภายในคณะกรรมการระดับอำเภอ กลับเป็นอำนาจอ่อน ที่ยึดโยงใจของคนทำงาน โดยไม่ต้องรอการสั่งการและขั้นตอนของทางราชการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ มุ่งติดตามตัวชี้วัดย่อยในงานอนามัยแม่และเด็กสองตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และตัวชี้วัดร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ เนื่องจาก ตัวแบบมุ่งถึงการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็ก แต่มีบางปัจจัยที่ค้นพบระหว่างการสนทนากลุ่มและยังไม่ครอบคลุมในการวิจัยครั้งนี้ อาทิ ความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ เช่น แม่บางท่าน เชื่อว่าการเสพยาบ้าช่วยให้บุตรในครรภ์แข็งแรงและคลอดง่าย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องทำความเข้าใจทั้งในระดับพื้นที่และระดับมหภาคต่อไป หรือปัญหาเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลบริการข้ามหน่วยงาน/กระทรวง เช่น กรณีผู้รับบริการสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือประกันสังคม รับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษาฯ หรือโรงพยาบาลเอกชน แต่ไม่มีการส่งข้อมูลการรับบริการคืนพื้นที่ หรือใช้ระบบการเก็บข้อมูลที่แตกต่างจากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อข้อมูล เพื่อให้บริการอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้รับบริการกลับเข้ามารับบริการจากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

การประชุม MCHB ระดับจังหวัด.(๒๕๖๑).ปทุมธานี.กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ปทุมธานี.

กาญจนา แก้วเทพ.(2540).องค์การชุมชนชนบทไทยเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสังคม.ขอนแก่น.

บริษัท แพลนพรินติ้ง จำกัด.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์(2562).สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.Society and Health Institute.

สืบค้น 1 เมษายน

2564, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1471?locale-attribute=th>

ประภาเพ็ญ เพ็ญสุวรรณ.(2540).ทัศนคติการวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย(พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพมหานคร.โอเดียนสโตร์.

พิทยา บวรวัฒนา.(2545).ทฤษฎีองค์การสาธารณสุข(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ศักติโสภาคการพิมพ์.

รายงานข้อมูลสถิติการคลอด (รายงาน ก๑ ก๒).(2561).ปทุมธานี.กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

ลภัสรดา พึ่งเนตร.(2549).การประเมินองค์การตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ.

กรุงเทพฯ. สำนักงานพัฒนาระบบบริหาร.

วิชัย เทียนถาวร. 3 ยุคสมัย การสาธารณสุขไทย [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อ ๓๐ เม.ย. 256๔].

แหล่งข้อมูล: https://www.matichon.co.th/columnists/news_125602

วีระยุทธ์ ชาดะกาญจน์.(2558).การวิจัยเชิงปฏิบัติการ.วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี,2(1).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (2561-2563).ข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2561-2563.สืบค้น

1 เมษายน 2564.จาก hdcservice.moph.go.th.

องอาจ นัยพัฒน์.(2551).การออกแบบการวิจัย วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ.กรุงเทพฯ.

โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ภาษาอังกฤษ

Becker, M.H. & L.A. Maiman.(1997).*The Health Belief Model Correlates in Psychological Theory*. New Jersey. Charles B. Slack.

Francesco, R. (2009).A Management Model and Factors Driving Performance in Public Organizations.*The Center for Value Management*, University of Basilicata, Potenza, Italy 2009. pp.3-11.

Mohan, I. (2006). *Making the Case for Shared Services in the Public Sector*. Accountancy Ireland. Aug 2006; 38, 4; ABI/ INFORM Global.2006; pp.14-15