บทความวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2

Development of a Value-Based Maternal and Child Health Care System in Health Region 2

ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์ (Piyaphan Trakultip)*
วันชนา จีนด้วง (Wanshana Cheenduang)**
นิศรา พงษ์พานิช (Nitsara Pongpanit)***
เมทิกา ใหม่หลวงกาศ (Maythika Mailoungkard) ****
ชินราพร รัชตะวรรณ (Chinnaraporn Ratchatawan)*****

Received: October 19, 2024
Revised: November 22, 2024
Accepted: January 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2 แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา ความต้องการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าโดยนำผลที่ได้ในระยะที่ 1 มาจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม และการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ และ ระยะที่ 3 ศึกษาผลของระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของแม่และเด็กก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

*Corresponding author: Piyaphan Trakultip; E-mail: tra.piyaphan11@gmail.com
*พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Registered Nurse, Senior Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)
**นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)
***นักโภชนาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Nutritionist, Senior Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)
****พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Registered Nurse, Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)
*****นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Public Health Technical Officer, Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)

และขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงแนวคิดทฤษฎี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) 0.83-0.87 ทุกฉบับ และแบบสอบถามประสิทธิผลการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบแน้นคุณค่าผ่านการทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาหลังการพัฒนาได้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ภายใต้ชื่อ "6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 " เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างผลลัพธ์สุขภาพแม่และเด็กก่อน-หลังการทดลอง พบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาไทย อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน และร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่แตกต่างกัน สำหรับประสิทธิผลของการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดโครงสร้าง และจัดบริการได้ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อเสนอแนะควรศึกษาพัฒนาต่อยอดจัดบริการแบบเน้นคุณค่าและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อจัดทำฐานข้อมูลเชื่อมต่อบริการให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า, นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่า, เด็กไทยคุณภาพ

Abstract

This research and development was conducted to develop a value-based maternal and child healthcare system in Health Region 2, comprising three phases: 1. Phase 1: Identifying pregnant women's issues and needs through in-depth interviews and reviewing related concepts, including Michael E. Porter's value-based healthcare (Porter & Lee, 2021) and health literacy promotion among pregnant women. 2. Phase 2: Developing the value-based maternal and child healthcare system through group discussions and expert panel seminars for system refinement. 3. Phase 3: Evaluating the system's effectiveness in two steps: Step 1: Conducting a quasi-experimental, single-group pre-and post-test design to compare key health outcomes for mothers and children before and after implementation. Step 2: Assessing the system's effectiveness post-implementation.Instruments included document analysis tools and validity checks reviewed by five experts, yielding content validity indices (CVI) of 0.83 and 0.87, respectively. Self-administered questionnaires tested on 30 public health personnel yielded a Cronbach's alpha of 0.89. Descriptive statistics (frequency, percentage, standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation, paired t-tests) were used to analyze the data.

The study resulted in an innovative value-based maternal and child healthcare model called the "6 Value Base Maternal and Child Health Programs." Comparisons of health outcomes before and after the intervention showed no significant differences in maternal mortality rates, neonatal mortality rates (within 28 days), or the percentage of children aged 0-5 years meeting developmental milestones. However, the system demonstrated high structural and service delivery quality, with a significant positive correlation. Future research should focus on continuously developing and refining value-based services and enhancing information technology to create databases that optimize service delivery and efficiency.

Keywords: Value-based maternal and child healthcare system, 6 value programs innovation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพแม่และเด็กที่ผ่านมาประเทศไทยพบมารดาเสียชีวิตเพิ่มขึ้นและหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงด้านสุขภาพหลายประการ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Preeclampsia/Eclampsia) การติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum Infection) และโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ หรือโรคเบาหวาน เป็นต้น (Jongsomchai, 2010; Say et al., 2014) จากรายงานเฝ้าระวังสุขภาพมารดาไทยของกรมอนามัยระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 19.9, 22.5 และ 22.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สอดคล้องกับเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ พบอัตราการเสียชีวิตมารดาไทยแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เท่ากับ 15.0, 12.5, 31.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (Department of Health, 2019a) เมื่อพิจารณาข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 จะเห็นว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 ตัวเลขอัตราการเสียชีวิตของมารดาเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ส่วนหนึ่งอาจได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพลดลง การเข้าถึงบริการสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ จากข้อมูลหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561-2563

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 58.4, 70.2 และ 75.0 ตามลำดับ ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 พบการรับบริการฝากครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 เท่ากับ 53.94, 62.33 และ 68.43 ตามลำดับ (Department of Health, 2019b) และพบคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2562-2563 เพิ่มขึ้นไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 9) เท่ากับ 9.69 และ 10.08 ซึ่งการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีผลระยะยาวต่อภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ (Blencowe et al., 2012) จากข้อมูลทำให้เห็นว่า ระบบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ต้องเน้นให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อลดอัตราเสียชีวิตของมารดาและลดความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก ดังนั้น การปรับระบบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กจึงมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและลดความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์

ผลกระทบจากการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่ไม่ได้มาตรฐานมีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการ กล่าวคือ ระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในปัจจุบันเน้นบริการตั้งรับโดยบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับบริการยังไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือเลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ขาดระบบการดูแลเชิงรุกที่ต่อเนื่องแบบบูรณาการร่วมกับครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ซึ่งหากระบบบริการไม่ได้รับพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสม ปัญหาสุขภาพแม่และเด็กก็จะไม่ดีขึ้น เกิดความไม่สมดุลระหว่างระบบสุขภาพและทรัพยากรของประเทศได้ในระยะยาว โดยรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กเพิ่มขึ้น พร้อมกับต้องจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปใช้อย่างไม่เหมาะสม ทำให้ระบบบริการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Oza, Lawn, Hogan, Mathers & Cousens, 2015) ทั้งนี้ จากการทบทวนแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า พบว่าเป็นแนวคิดที่เหมาะต่อการปรับและพัฒนาระบบบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ส่งเสริมความสามารถเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลตนเองและครอบครัว

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) เป็นแนวคิดที่มุ่งการปรับปรุงคุณภาพ การดูแลสุขภาพมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ ได้รับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Porter & Lee, 2013) ใช้หลักการเกี่ยวกับการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวส่งเสริมความยั่งยืนในระบบสุขภาพ (Kaplan & Porter, 2011) การดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าจะช่วยให้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขถูกใช้ไปอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยสร้างคุณค่าระยะยาวให้กับประชาชนและสังคม (Porter, Pabo & Lee, 2013) ซึ่งคาดหวังว่าน่าจะเป็นมาตรการสำคัญต่อการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรรายจ่ายในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่ายังให้ความสำคัญกับการสร้างคุณค่าให้ผู้รับบริการ ไม่เพียงตอบสนองความต้องการพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังมุ่งเน้นคุณภาพประสบการณ์ และความคุ้มค่าที่ผู้รับบริการจะได้รับในทุกด้านของบริการ โดยเน้นคุณค่า (Value) มากกว่าการพิจารณาต้นทุนหรือราคาที่ต่ำที่สุด (Kotler, Keller, Brady, Goodman & Hansen, 2016)

การขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 2 ได้กำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการแม่และเด็กตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัย ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับให้แม่และเด็กมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ปัญหาของการให้บริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า มีลักษณะต่างคนต่างทำขาดความเชื่อมโยงบริการและการส่งต่อที่เป็นรูปธรรม ในขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงจึงนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ทั้งนี้ จากการทบทวนแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าคาดว่าจะสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาผลลัพธ์แม่และเด็กที่ดีขึ้นได้ โดยจัดบริการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพเพิ่มการคัดกรองตามความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์พร้อมทั้งติดตามอย่างต่อเนื่อง การดูแลหลังคลอด เช่น การป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตลอดจนการดูแลเด็กปฐมวัยเน้นส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี โดยครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วม (Kaplan & Porter, 2011) พร้อมกับบูรณาการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบองค์รวมเช่น การส่งต่อจากการระดับปฐมภูมิสู่ระดับตติยภูมิอย่างไร้รอยต่อก็จะช่วยลดความล่าช้าและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล คลินิก และชุมชนก็จะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลที่ดีมากขึ้น (Chou, Daelmans, Jolivet, Kinney, & Say, 2015) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาหรือการดำเนินการที่ชัดเจนในประเด็นนี้ ประกอบกับแนวคิดดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพแม่และเด็กตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างครบวงจร ตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ไปจนถึงการดูแลเด็ก เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว การออกแบบระบบการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด และส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยอย่างยั่งยืน โดยคาดว่าจะเป็นต้นแบบสำคัญในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2

2. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้พัฒนาขึ้น โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของแม่และเด็กก่อนและหลังการทดลอง

2.2 ประสิทธิผลของการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-Based Healthcare) ของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ร่วมกับแนวคิดส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของ ตาวานาเนชาด และคณะ (Tavananezhad, Bolbanabad, Ghelichkhani, Effati-Daryani, & Mirghafourvand , 2022) มาพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์จนถึงเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 6 โปรแกรม ได้แก่ โปรแกรม 1: เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ส่งเสริมการปรับพฤติกรรม, ประเมินความเสี่ยง, สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม 2: การตั้งครรภ์คุณภาพ ส่งเสริมให้ติดตามตลอดการตั้งครรภ์, คัดกรองความเสี่ยง, สนับสนุนความรู้ประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง โปรแกรม 3: วางแผนคลอดคุณภาพ ส่งเสริมเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดปลอดภัย โปรแกรม 4: คลอดคุณภาพ ส่งเสริมให้ได้รับการดูแลขณะคลอดที่ปลอดภัยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โปรแกรม 5: ดูแลหลังคลอดคุณภาพ ส่งเสริมสนับสนุนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และโปรแกรม 6: สร้างเด็กไทยคุณภาพ ส่งเสริมพัฒนาการ, โภชนาการ, สุขภาพกาย-ใจของเด็กปฐมวัย นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังแม่และเด็ก คือ การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่ำกว่า 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ การลดอัตราทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิตต่ำกว่า 3.6 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพและเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเกินกว่าร้อยละ 85

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2564-ตุลาคม 2565 แบ่งการดำเนินวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรวมถึงศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ระยะการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า และ 3) ระยะการศึกษาผลของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินวิจัยดังนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ความคาดหวัง ข้อจำกัด

เกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเสี่ยงด้านการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ความเสี่ยงด้านร่างกาย เช่น รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความเครียด การมีโรคประจำตัว การเป็นโรคเรื้อรัง และความเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมทางเพศ และสุขอนามัยส่วนบุคคล ศึกษาในพื้นที่ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12-28 สัปดาห์ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

2. ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหารูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ศึกษาแนวคิดและหลักการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-Base Health Care) ของไมเคิล อี.พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ร่วมกับศึกษาแนวคิดส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจประเมินข้อมูลสุขภาพ การปรับใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Kickbusch, Wait, & Maag, 2006; Renkert & Nutbeam, 2001) และศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของตาวานาเนชาดและคณะ (Tavananezhad et al, 2022)

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า

การดำเนินวิจัยในระยะนี้ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาออกแบบและพัฒนาเพื่อตอบสนองปัญหาและ ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการพัฒนาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนำข้อมูลจากระยะที่ 1 เข้าสู่กระบวนการพัฒนา ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 และสรุปปัญหา ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลความต้องการและความคาดหวังต่อการรับบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ทุกระยะตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย และข้อจำกัด เกี่ยวกับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่มีผลต่อการตั้งครรภ์

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากระยะที่ 1 ได้แก่

2.1 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ในมิติการให้บริการที่เน้นส่งเสริมความรอบรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะการดูแลหลังคลอด จนถึงระยะการดูแลเด็ก 0-5 ปี เชื่อมโยงกับหลักการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และมิติการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลครบทุกด้านจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

2.2 แนวคิดส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจประเมินข้อมูลสุขภาพ การปรับใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Kickbusch et al., 2006; Renkert & Nutbeam, 2001)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของตาวานาเนชาดและคณะ (Tavananezhad et al, 2022) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเสริมพลัง (Empowerment) ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจ การประเมินและมีการตัดสินใจที่ดีส่งผลกับความสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยตนเองตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัย (ร่าง) รูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากระยะที่ 1 นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาโดยจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับบุคลากรด้านสาธารณสุข 5 จังหวัดๆ ละ 12 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่าระดับจังหวัดที่ยินดีและเต็มใจ เข้าร่วมการวิจัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับพิจารณาปรับรูปแบบฯ ให้เหมาะสมกับเขตสุขภาพที่ 2 สามารถนำไปสู่การใช้ได้จริงในพื้นที่

2.2 ผู้วิจัยนำ (ร่าง) รูปแบบฯ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2.1 นำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบและยืนยันโดยใช้กระบวนการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กุมารแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นผู้มีวิชาชีพเฉพาะปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กไม่น้อยกว่า 5 ปี เป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการแม่และเด็กที่ยินดีเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ระยะนี้เป็นการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ได้แก่ "นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ" ไปใช้จริงในพื้นที่ แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะทดลองใช้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest research design)

1.1 ประชากร การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะของข้อมูลและเป้าหมายของการศึกษา ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ข้อมูลประชากรหญิงของประเทศไทยที่ตั้งครรภ์และเสียชีวิตหรือหญิงคลอดหรือหญิงหลังคลอดที่เสียชีวิตภายใน 42 วัน ในปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 543 คน กลุ่มที่ 2 คือ ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิตในปีพ.ศ. 2562-2565 จำนวน 8,982 คน และกลุ่มที่ 3 คือ ข้อมูลเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และพัฒนาการสมวัยในปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 7,366,279 คน (Department of Health, 2019a)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะของข้อมูลและเป้าหมายของการศึกษาได้แก่ ข้อมูลหญิงไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ตั้งครรภ์และเสียชีวิตหรือหญิงคลอดที่เสียชีวิตหรือหญิงหลังคลอดที่เสียชีวิตภายใน 42 วันช่วงเวลาปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 คือ ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิตในเขตสุขภาพที่ 2 ช่วงเวลาปีพ.ศ. 2562-2565 จำนวน 355 คน และกลุ่มที่ 3 คือ ข้อมูลเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) และมีพัฒนาการสมวัยในเขตสุขภาพที่ 2 ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 388,129 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาข้อมูลทั้งหมดที่ปรากฏในฐานข้อมูลของกรมอนามัย (DOH dashboard) และฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับเป้าหมายของการศึกษา

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 6 โปรแกรม ดังนี้

1.3.1 โปรแกรมที่ 1 บริการส่งเสริมให้คู่สมรสหรือผู้ที่ต้องการมีบุตรเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ส่งเสริมความรอบรู้เรื่องการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และปรับรูปแบบบริการเป็นเชิงรุก เช่น การติดตามความเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการทั้งบุคคลและครอบครัว

1.3.2 โปรแกรมที่ 2 บริการดูแลครรภ์คุณภาพส่งเสริมให้มารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ บริการส่งเสริมโภชนาการ และการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายแบบมณีเวช โยคะ พร้อมกับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและจัดการความเสี่ยงได้โดยภาคส่วนต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด. เทศบาล, องค์การบริหารส่วนตำบล ให้การสนับสนุน

1.3.3 โปรแกรมที่ 3 การเตรียมคลอดคุณภาพ เน้นสร้างทีมดูแลป้องกันความเสี่ยงในระยะคลอดที่อาจมีผลต่อมารดาและทารก ประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ กำหนดมีบทบาทเป็นผู้ดูแล ประสานงานกับทีมทำคลอดในโรงพยาบาลและจัดระบบส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลครรภ์สู่การคลอด

1.3.4 โปรแกรมที่ 4 บริการทำคลอดคุณภาพ เน้นบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การดูแลช่วยเหลือหญิงคลอดในภาวะวิกฤต การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด

1.3.5 โปรแกรมที่ 5 บริการดูแลหลังคลอดคุณภาพ เน้นการเยี่ยมบ้านหลังคลอดโดยทีมหมอครอบครัว ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ กำหนดเยี่ยมใน 3 ช่วงสำคัญ คือ ช่วงที่ 1 สัปดาห์แรกหลังคลอด จัดกิจกรรมบริการ คือ เฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด, เฝ้าระวังปัญหาเด็ก เช่น ตาเหลือง ตัวเหลือง ปัญหาสายสะดือ กระตุ้นการดูดนมแม่ กระตุ้นเด็กด้วยการออกกำลังกายแบบมณีเวช และส่งเสริมบทบาททักษะความเป็นพ่อแม่ให้เกิดมิติความเชื่อมโยงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่มีต่อลูกนำไปสู่การวางแผนการเลี้ยงดูลูก ช่วงที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด จัดกิจกรรมบริการ คือ เฝ้าระวังเหมือนช่วงที่ 1 และเฝ้าระวังการติดเชื้อและภาวะผิดปกติของแม่ ช่วงที่ 3 หลังสัปดาห์ที่ 2 (1 ครั้ง) ติดตามกระตุ้นต่อเนื่อง ส่งเสริมบทบาทความเป็นพ่อแม่ผ่านกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน และเชื่อมโยงกิจกรรมส่งเสริมความรักของพ่อ แม่ และประเมินแผนเลี้ยงดู

1.3.6 โปรแกรมที่ 6 บริการเสริมสร้างการเจริญเติบโต พัฒนาการและสติปัญญา เน้นกิจกรรมพื้นฐาน กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน ให้เด็กมีการเจริญเติบโตพัฒนาการที่ดี ใช้กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการและสติปัญญา 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เน้นฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 5 การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างง่ายให้พ่อแม่และจัดห้องสร้างเสริมพัฒนาการ (Play Room) เพื่อทำกิจกรรมและสาธิตการสร้างเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กให้พ่อแม่นำกลับไปทำที่บ้านได้ ช่วงที่ 2 เด็กอายุ 1-3 ปี เน้นการสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงของกล้ามเนื้อ ให้พ่อแม่เรียนรู้และไปจัดพื้นที่และของเล่นและทำกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการจินตนาการเด็ก (Play Ground) อย่างง่ายที่สามารถทำขึ้นที่บ้าน ช่วงที่ 3 เด็กอายุ 4-5 ปี เน้นความสมบูรณ์แข็งแรงร่างกาย ส่วนสูง รูปร่างสมส่วน การสร้างสติปัญญาความฉลาดทางอารมณ์โดยให้พ่อแม่เรียนรู้และไปจัดหรือหาสนามเด็กเล่น และทำกิจกรรมสร้างเสริมการเจริญเติบโตพัฒนาการจินตนาการเด็ก (Play Land) ร่วมกับกิจกรรมสร้างความฉลาดทางอารมณ์

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลการเสียชีวิตของมารดาไทย ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต และข้อมูลเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.87

การดำเนินวิจัย หลังจากได้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 แล้ว ก่อนการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี คือ พ.ศ. 2562-2563 ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของมารดาไทย อัตราทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต และร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 จากฐานข้อมูลกลางของกรมอนามัย (DOH Dashboard) และฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) หลังจากนั้น ประชุมชี้แจงแนวทางการจัดบริการตามแผนของนวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ ให้ 5 จังหวัดๆ ละ 1 ครั้ง รวม 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 วัน เนื้อหาประกอบด้วย นำเสนอคืนข้อมูลข้อสรุปจากระยะที่ 1 และ 2 จนได้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ และบรรยายกิจกรรมการจัดบริการ ดำเนินทดลองในพื้นที่ 5 จังหวัด จำนวน 47 อำเภอ และเก็บข้อมูลหลังการทดลองในปี พ.ศ. 2564-2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของมารดาไทย ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เสียชีวิต และข้อมูลเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired-t test

2. ระยะศึกษาประสิทธิผลของการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าหลังการทดลองเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research study) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่ากับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่า

2.1 ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด คลินิกเด็กสุขภาพดีจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 47 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 7,694 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และคลินิกเด็กสุขภาพดี จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 47 แห่ง ของเขตสุขภาพที่ 2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne (2010) แบบทราบประชากรพิจารณาจากความน่าจะเป็นของประชากรทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 423 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กใน รพศ. รพท. รพช. ไม่น้อยกว่า 1 ปี สมัครใจและยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่มาปฏิบัติงานในวันที่มีการเก็บข้อมูล และเมื่อได้รับการติดตามแล้วไม่ยินยอมให้ข้อมูลหลังเก็บข้อมูลได้รับการตอบกลับคืน 415 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามประสิทธิผลการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนที่ 2 ความสามารถในการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างแบบเน้นคุณค่า ด้านการจัดบริการแบบเน้นคุณค่า และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่า มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การดำเนินวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 47 แห่ง เก็บข้อมูลผ่าน Google form แบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เลขที่ใบรับรองที่ 29/2563 วันที่รับรอง 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการวิจัยและเผยแพร่โดยภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหา ความต้องการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า

1. ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้ประเด็น คือ กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบความเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ของตนเองและสามีตั้งแต่ก่อนที่จะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะโรคทางพันธุกรรม เช่น ดาวน์ซินโดรม ธาลัสซีเมีย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนประเด็นความคาดหวังที่จะได้รับบริการจากทีมบุคลากรสาธารณสุข ได้ข้อมูลว่า กลุ่มตัวอย่างอยากให้ตนเองและสามีได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ได้พบแพทย์เมื่อต้องการรับปรึกษาทั้งเรื่องร่างกายและจิตใจในขณะตั้งครรภ์ บุคลากรควรสอนและให้คำแนะนำ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง

เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การบริโภคอาหารที่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ ความรู้เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับทารกในครรภ์ ควรได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และคาดหวังว่าตนเองจะมีสุขภาพที่ดีตลอดการตั้งครรภ์มีการคลอดที่ปลอดภัยทั้งแม่และลูก สำหรับข้อจำกัดเกี่ยวกับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองมีข้อจำกัดการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ เช่น ห้ามเดินเยอะเพราะจะทำให้คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

2. ผลจากการศึกษาแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของ ไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) พบว่า การจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าต้องออกแบบเน้นบริการที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญร่วมกับส่งเสริมความรอบรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนถึงการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลแบบองค์รวม การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการดูแลแบบเน้นคุณค่า สามารถลดความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพแม่และเด็ก เช่น ภาวะอ้วน การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ และเพิ่มโอกาสในการเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี เช่น การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก และการเพิ่มพัฒนาการสมวัยของเด็ก ลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพและทรัพยากรในระยะยาว

ดังนั้น ผลการศึกษาในระยะที่ 1 สรุปได้ว่า การใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของแม่และเด็กได้และต้องเชื่อมโยงกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การค้นพบนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนา 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งจะช่วยยกระดับระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าผู้วิจัยนำข้อมูลผลการศึกษาในระยะที่ 1 นำเสนอข้อมูลกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดำเนินการพัฒนาและปรับรูปแบบการจัดบริการแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าให้เหมาะสมกับเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 ครั้ง และได้ตรวจสอบและยืนยันรูปแบบโดยใช้กระบวนการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ กับผู้ทรงคุณวุฒิผลการพัฒนาสรุปได้ว่า ระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 เป็นบริการที่ประยุกต์ระหว่างแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ของตาวานาเนชาด และคณะ (Tavananezhad et al, 2022) และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) โดยใช้ชื่อว่า "นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2" ประกอบด้วย โปรแกรมที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ โปรแกรมที่ 2 การฝากครรภ์คุณภาพ โปรแกรมที่ 3 วางแผนการคลอดคุณภาพ โปรแกรมที่ 4 การคลอดคุณภาพ โปรแกรมที่ 5 การดูแลหลังคลอดคุณภาพ และโปรแกรมที่ 6 เด็กไทยคุณภาพ ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนานวัตกรรม 6 โปรแกรม พบว่า ในช่วงแรกบุคลากรผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการ ประกอบกับลักษณะการให้บริการแบบเดิมขาดการเชื่อมต่อประสานกันระหว่างแผนก เช่น การให้ข้อมูลและปรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การสร้างความรอบรู้ให้กลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น ผู้วิจัยแก้ไขโดยเน้นการสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจโดยจัดประชุมชี้แจงแนวทางการจัดบริการทุกจังหวัดจำนวน 1 ครั้งต่อจังหวัด และติดตามผลจากการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ร่วมกับผลักดันให้ทุกจังหวัดทำคำสั่งคณะทำงานระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการและมองเห็นภาพรวมของการทำงานเป็นทีมเชื่อมโยงกับข้อมูลผู้รับบริการทุกแผนกเป็นหนึ่งเดียวและง่ายต่อการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ สามารถสรุปการวิเคราะห์ความแตกต่างของระบบบริการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าและแบบเดิมได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเดิม และบริการแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า

หัวข้อการเปรียบเทียบ	บริการแบบเดิม	บริการแบบเน้นคุณค่า
เป้าหมายหลัก	มุ่งเน้นให้บริการจำนวนมาก ดูแลกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต	มุ่งเน้นให้บริการส่งเสริมความรอบรู้ และการจัดการความเสี่ยงด้วยตนเองเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์จนถึงเด็กอายุ 0-5 ปี
ลักษณะการบริการ	ให้บริการตามมาตรฐานเดิม เน้นปริมาณให้ได้ตามแผน	ปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้เกิดคุณค่าให้มากที่สุดต่อกลุ่มเป้าหมาย
การวัดผล	วัดผลจากจำนวนการให้บริการ เช่น จำนวนการตรวจ จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล	วัดผลจากผลลัพธ์ที่มีต่อสุขภาพ เช่น การลดอัตราเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน
บทบาทของบุคลากร	แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลัก และดำเนินการตามแนวทางตามมาตรฐาน	ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบและดูแลให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย	สื่อสารเฉพาะเวลาที่มาพบแพทย์ตามนัด	สื่อสารต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้เหมาะสม
การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ	มุ่งเน้นการรักษาเมื่อเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์	เน้นการป้องกันและส่งเสริมความรอบรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
การประสานงานระหว่างหน่วยงาน	การทำงานแยกจากกันในแต่ละแผนกหรือหน่วยงาน	มีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างแผนกและหน่วยงานต่าง ๆ

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า

ระยะนี้เป็นการศึกษาผลการทดลองใช้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพที่พัฒนาขึ้นมาจากระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยได้นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายในเขตสุขภาพที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2565 ทั้ง 5 จังหวัด ผลการศึกษาในระยะนี้แบ่งได้เป็น 2 วัตถุประสงค์ คือ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของแม่และเด็กก่อน-หลังการทดลอง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า หลังการทดลอง สรุปได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์แม่และเด็กก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 พบมารดาไทยเสียชีวิต ก่อนการทดลอง ปี พ.ศ. 2562-2563 อยู่ระหว่าง 12.46- 31.52 ต่อแสนการเกิดมีชีพไม่ผ่านค่าเป้าหมาย หลังการทดลอง ปี พ.ศ. 2564-2565 คิดเป็น 33.42-34.94 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ไม่ผ่านค่าเป้าหมายเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -1.390$, $p = 0.397$) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ก่อนการทดลอง ปี พ.ศ. 2562-2563 พบเสียชีวิต 4.79 - 3.97 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพไม่ผ่านเป้าหมาย หลังการทดลอง ปี พ.ศ. 2564-2565 พบเสียชีวิต 3.15 - 3.93 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.050$, $p = 0.484$) และร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ก่อนการทดลอง ปี พ.ศ. 2562-2563 เขตสุขภาพที่ 2 พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.78 และ 90.98 ทั้ง 2 ปี ผ่านค่าเป้าหมาย หลังการทดลอง ปี พ.ศ. 2564-2565 เด็กมีพัฒนาการสมวัยลดลง

ร้อยละ 88.13 และ 87.96 ทั้ง 2 ปี มีผลงานผ่านค่าเป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -1.549$, $p = 0.365$) ดังตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน และผลงานตามเป้าหมายผลลัพธ์ที่สำคัญของแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	ปี พ.ศ.	จำนวน (คน)	ผลงาน	แปลผล	ปี พ.ศ.	จำนวน (คน)	ผลงาน	แปลผล
1.การเสียชีวิตของมารดาไทย	2562	4	12.46	ผ่าน	2564	8	33.42	ไม่ผ่าน
(เป้าหมาย: < 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	2563	3	31.52	ไม่ผ่าน	2565	5	34.94	ไม่ผ่าน
2.ทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ	2562	116	4.79	ไม่ผ่าน	2564	64	3.15	ผ่าน
28 วันเสียชีวิต (เป้าหมาย: < 3.6 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ)	2563	91	3.97	ไม่ผ่าน	2565	84	3.93	ไม่ผ่าน
3.เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	2562	85,523	88.78	ผ่าน	2564	101,073	88.13	ผ่าน
(เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85)	2563	106,905	90.98	ผ่าน	2565	94,628	87.96	ผ่าน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ที่สำคัญของแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การเสียชีวิตของมารดาไทย (เป้าหมาย: < 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	21.99	13.47	34.18	1.07	-1.390	0.397
2. ทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต (เป้าหมาย: < 3.6 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ)	4.38	0.58	3.54	0.55	1.050	0.484
3. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85)	89.88	1.56	88.04	0.12	1.549	0.365

2. ประสิทธิผลของความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าของบุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 หลังการทดลอง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างบริการแบบเน้นคุณค่า ด้านการให้บริการแบบเน้นคุณค่า และผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่าตามมาตรฐาน พบว่าผู้ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 19.71$, S.D. = 3.32), ($\bar{x} = 84.17$, S.D. = 11.73) และ ($\bar{x} = 22.57$, S.D. = 3.89) ตามลำดับ แผนกห้องคลอดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 19.70$, S.D. = 3.31), ($\bar{x} = 54.48$, S.D. = 7.98) และ ($\bar{x} = 12.33$, S.D. = 1.70) และแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 19.98$, S.D. = 3.01), ($\bar{x} = 40.80$, S.D. = 5.91) และ ($\bar{x} = 8.24$, S.D. = 1.25) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่ากับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่าตามมาตรฐานของ 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ พบว่า ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่าและด้านการจัดบริการของแผนกฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกหลังคลอด และแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่ากับผลลัพธ์คุณค่ารายบุคคลตามมาตรฐานของ 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 415)

ความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็ก	ผลลัพธ์คุณค่ารายบุคคล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	แปลผล ระดับความสัมพันธ์
แผนกฝากครรภ์			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.496	< 0.001*	ระดับต่ำ
- ด้านการจัดบริการแผนกฝากครรภ์	0.766	< 0.001*	ระดับสูง
แผนกห้องคลอด			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.636	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- ด้านการจัดบริการแผนกห้องคลอด	0.745	< 0.001*	ระดับสูง
แผนกหลังคลอด			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.701	< 0.001*	ระดับสูง
- ด้านการจัดบริการแผนกหลังคลอด	0.670	< 0.001*	ระดับปานกลาง
แผนกคลินิกเด็กสุขภาพดี			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.601	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- ด้านการจัดบริการแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดี	0.761	< 0.001*	ระดับสูง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 ใช้แนวคิดการจัดบริการแบบเน้นคุณค่าของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ร่วมกับแนวคิดส่งเสริมความรอบรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนถึงการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) โดยมีเป้าหมาย คือ การเพิ่มคุณค่า (Value) ให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 2 กระบวนการที่ได้มาซึ่งนวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาความต้องการ ความคาดหวัง และข้อจำกัดเกี่ยวกับความเสี่ยงกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการและความคาดหวังเพื่อตอบโจทย์ของตนเองชัดเจน เช่น ความต้องการทราบความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคและภาวะผิดปกติที่อาจส่งผลต่อการตั้งครรภ์และสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความคาดหวังว่าบุคลากรสาธารณสุขต้องให้การดูแลที่ใกล้ชิดและได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว สำหรับข้อจำกัดเกี่ยวกับความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างยังมี ความเข้าใจบางประการที่อาจไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางการแพทย์ เช่น การเชื่อว่าการเดินเยอะอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

สำหรับการศึกษาแนวคิดการจัดบริการแบบเน้นคุณค่าและการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเฉพาะความต้องการด้านการให้คำปรึกษาและการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติและต้องเชื่อมโยงแนวคิดทั้ง 2 นี้กับมาตรฐานการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การฝากครรภ์คุณภาพ และการตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรม จะสามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น จากข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการจัดบริการแบบเน้นคุณค่าของพอร์เตอร์

และลี (Porter & Lee ,2021) และสามารถนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสู่การพัฒนาโปรแกรมช่วยให้มั่นใจได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตอบโจทย์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงเช่น การจัดการความเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพทุกช่วงการตั้งครรภ์จนถึงการดูแลเด็ก 0-5 ปี

ผลการทดลองใช้ระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าด้วยนวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตของมารดาที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังปี พ.ศ. 2563 ขณะที่ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยยังคงผ่านเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยหลังปี พ.ศ. 2564 จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าการทดลองใช้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารกแต่ผลลัพธ์หลังการทดลองยังไม่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ อาจเนื่องจากปัจจัยภายนอก เช่น การระบาดของโควิด-19 และข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เซย์ และคณะ (Say et al., 2014) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของมารดาคือการขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การขาดบุคลากรเฉพาะทาง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ล่าช้า และผลลัพธ์ที่ได้หลังการทดลองสะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการภาวะเสี่ยง และความจำเป็นในการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่องในสถานการณ์โรคระบาดที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ สำหรับ ผลลัพธ์ในด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความต่อเนื่องและสามารถรักษาระดับที่ผ่านเป้าหมายไว้ได้ตลอดทั้งช่วงก่อนและหลังการทดลอง สะท้อนถึงความสำเร็จของนวัตกรรม 6 โปรแกรมฯ ในการสนับสนุนพัฒนาการเด็ก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจากระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเดิม มีจุดเด่น คือ เป็นระบบที่มีการจัดบริการและการบริหารจัดการเพื่อดูแลสุขภาพแม่และเด็กเน้นส่งเสริมความรอบรู้ การจัดการความเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานตั้งแต่เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์จนถึงเด็ก 0-5 ปี นอกจากนี้ยังเป็นระบบที่ช่วยให้บุคลากรมีความเข้าใจกิจกรรมบริการที่ต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูงสุด ประกอบกับมีการเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพให้ทำงานร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างแผนกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยวัดผลลัพธ์ที่ คือ การลดอัตราเสียชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า ของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ในมิติการให้บริการส่งเสริมความรอบรู้ และมิติการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) และสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ของ ตาวานาเนชาด และคณะ (Tavananezhad et al, 2022) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนานวัตกรรม 6 โปรแกรมฯ ครอบคลุมทั้ง 2 มิติร่วมกับส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งแม่และลูก

ผลการประเมินประสิทธิผลความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 หลังการทดลอง พบว่า ผลของการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่าผู้บริหารของโรงพยาบาลทุกระดับมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการ ระดับตัวบุคคลมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง และกำหนดมาตรฐาน ติดตาม ควบคุมกำกับประเมินผลเป็นระยะ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและสามารถจัดบริการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเพื่อป้องกันความเสี่ยงได้ และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่าตามมาตรฐานของ 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การจัดโครงสร้างรวมทั้งความชัดเจนของนโยบายนำสู่การปฏิบัติได้จริงมีความสำคัญ โดยเฉพาะบทบาทของทีมสหวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) ในพื้นที่ ซึ่งต้องควบคุมกำกับผลลัพธ์การทำงาน สอดคล้องกับการข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนกับผู้ปฏิบัติงานแม่และเด็กได้สะท้อนมุมมองของการจัดระบบบริการแบบเน้นคุณค่าการจัดบริการ

แบบเน้นคุณค่าทำให้เห็นภาพรวมการทำงานเป็นขั้นตอน เชื่อมโยงระบบการทำงานและข้อมูลทุกแผนกทำให้ง่ายต่อการให้บริการที่ต่อเนื่อง เน้นให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ หลักการสำคัญต้องมีการปรับปรุงคุณภาพบริการและใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลลัพธ์มาพัฒนาต่อเนื่อง (Davidson & Randall, 2006; Kaplan & Porter, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของพอร์เตอร์และลี (Porter & Lee, 2013) และซัลมอนด์ แอนด์ เอเชวาร์เรีย (Salmond & Echevarria, 2017) กล่าวคือ การพัฒนาทีมบริการที่มีประสิทธิภาพเป็นการสร้างแรงผลักดันทำให้เกิดการบูรณาการดูแลกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจน และต้องทำงานเป็นทีม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และทัศนคติใหม่ ๆ หรือปรับปรุงรูปแบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายร่วมกับการประสานงานเพื่อเกิดการบริการที่มีคุณภาพ ตลอดจนต้องประเมินผลเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพ ทั้งนี้ การจะให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเข้าใจกระบวนการบริการแบบเน้นคุณค่าต้องมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงคุณภาพการบริการด้านสุขภาพและพิจารณาถึงบทบาทของบุคลากรเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและคุณค่าที่เพิ่มขึ้นสำหรับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและพัฒนาบริการดูแลแบบเน้นคุณค่าในกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พร้อมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนต่อหัวประชากร และประเมินผลประสบการณ์ของผู้รับบริการ พร้อมกับพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสร้างฐานข้อมูลที่มีมาตรฐานเชื่อมต่อบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์ ดร.ลินดา สิริภูบาล นางดวงหทัย จันทร์เชื้อ และทีมสูติแพทย์ เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกหลังคลอด แผนกเด็กสุขภาพดี จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การทำงานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A.-B., Narwal, R., . . . Say, L. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. *The Lancet, 379*(9832), 2162-2172. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4

Chou, D., Daelmans, B., Jolivet, R. R., Kinney, M., & Say, L. (2015). Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. *British Medical Journal, 351,* h4255. https://doi.org/10.1136/bmj.h4255

Davidson, A., & Randall, R. M. (2006). Michael porter and elizabeth teisberg on redefining value in health care: An interview. *Strategy & Leadership, 34*(6), 48-50.

Department of Health. (2019a). *Maternal mortality rate in Thailand for the years 2017-2019 by health region: Data source.* Retrieved from https://dashboard. anamai.moph.go.th/ministry?year =2025. [In Thai].

Department of Health. (2019b). *Quality antenatal care five times during the years 2017-2019 by health region. Data source.* Retrieved from https://dashboard.anamai.moph.go.th/surveillance?year = 2025. [In Thai].

Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth, 9*(1), 1-18.

Jongsomchai, O. (2010). Postpartum hemorrhage (pph). *Srinagarind Medical Journal, 25*(Suppl), 15-18. Retrieved from https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/mapping/paper/view?id=66. [In Thai].

Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review, 89*(9), 46-52. Retrieved from https://www.vbhc.nl/wp-content/uploads/2021/10/Robert-S.-Kaplan-Michael-E.-Porter-How-to-Solve-The-Cost-Crisis-In-Health-Care-Harvard-Business-Review-2011.pdf

Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy.* London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.

Kotler, P., Keller, K. L., Brady, M., Goodman, M., & Hansen, T. (2016). *Marketing management* (3rd ed.). Harlow: Pearson Education Limited.

Oza, S., Lawn, J. E., Hogan, D. R., Mathers, C., & Cousens, S. N. (2015). Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000-2013. *Bulletin of the World Health Organization, 93,* 19-28. Retrieved from https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ ssm_path=/media/assets/bwho/v93n1/0042-9686-bwho-93-01-19.pdf

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review, 91*(10), 50-70. Retrieved from https://aerodigestive.us/wp-content/uploads/2020/11/Porter-Lee-2013-The-strategy-that-will-fix-health-care-annotated.pdf

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2021). Integrated practice units: A playbook for health care leaders. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 2*(1), 1-17. https://doi.org/10.1056/CAT.20.0237

Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: A strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs, 32*(3), 516-525. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0961

Renkert, S., & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promotion International, 16*(4), 381-388. https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.381

Salmond, S. W., & Echevarria, M. (2017). Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopaedic Nursing, 36*(1), 12-25. https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., . . . Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A who systematic analysis. *The Lancet Global Health, 2*(6), e323-e333. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X

Tavananezhad, N., Bolbanabad, A. M., Ghelichkhani, F., Effati-Daryani, F., & Mirghafourvand, M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 351. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04686-z

Wayne, W. (2010). *Basic concepts and methodology for the health sciences* (9th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.