

บทความวิชาการทั่วไป

พลังเครือข่าย MCH Board ล้านนาสู่การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

(Lanna Maternal and Child Health Board : The power of connection)

ดร.กฤษณา กาเผือก, พญ.นงนุช ภัทรอนันตนพ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: tun.prichon@gmail.com

(Received: Sep 16, 2019; Revised: Nov 8, 2019; Accepted: Dec 20, 2019)

บทนำ

พลังเครือข่าย MCH Board ล้านนาสู่การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืนเป็นผลงานที่เขียนขึ้นเพื่อเสนอขอสมัครเข้ารับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ⁽¹⁾ ในช่วงเวลานั้นศูนย์อนามัยทำหน้าที่บทบาทของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กระดับเขตสุขภาพ ซึ่งขณะนั้นใช้ชื่อทางการ “ศูนย์อนามัยที่ 10” และคาบเกี่ยวต่อเนื่องมาจนเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์อนามัยที่ 1” บทความนี้แสดงถึงพัฒนาการการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ที่มีเป้าหมายสร้างกลไกความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานในภาคเหนือตอนบน มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาการตาย ทารกตาย ปรีก่าเนิตตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา เพื่อมุ่งหวังให้เกิดระบบคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดรัฐบาลไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี⁽²⁾ ด้านสาธารณสุขและยืนยันเจตนารมณ์ร่วมกับสหประชาชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การตายปริก่าเนิตทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย⁽³⁾ ซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้ในช่วงแรกของ

รูปแบบการแก้ไขปัญหายังเป็นแบบแยกส่วนของแต่ละจังหวัด ไม่ได้บูรณาการเป็นระดับเขต แนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ไปในทิศทางเดียวกัน⁽⁴⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงได้เกิดกรอบความคิดหลักของแนวทางการปรับปรุงบริการของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) การนำฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กระดับเขตมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับโดยวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการแก้ไข 2) การคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ระดับจังหวัด เพื่อติดตามกำกับและหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) พัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ 4) จัดทำโครงการลดแม่ตายในเขตสุขภาพที่ 1 5) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือประเมินพัฒนาการของกรมสุขภาพจิต (DSPM) 6) การบูรณาการการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการดูแลแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่น 7) นิเทศติดตามแบบเสริมพลังพี่ช่วยน้อง 8) การจัดทำ Service Plan แบบบูรณาการ 3 สาขา คือ แผนพัฒนาบริการสาขา

ยุติกรรม แผนพัฒนาบริการสาขากุมารเวชกรรม แผนพัฒนาบริการสาขาสุขาภพในแม่และเด็ก เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน มุ่งหวังให้เกิดคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน 9) การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (5)

ผลการปฏิบัติงาน

สภาพการปฏิบัติงานหลังการปรับปรุง บริการ พบว่า 1) การปรับปรุงบริการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม⁽⁶⁾ ดังนี้ **ด้านบุคลากร**ที่มีรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีความร่วมมือในการวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกันในระดับเขต ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาสำคัญ และบทบาทในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ของจังหวัดและเขตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านแม่และเด็ก สัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความสามัคคี เอื้ออาทร ทำงานเป็นทีมและมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง **ด้านระบบการส่งต่อ** มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจนโดยมีการบริหารจัดการแบบ MCH Zone management ส่วนในพื้นที่ห่างไกล เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้จัดระบบการส่งต่อที่เชื่อมกับสายการบินกานต์แอร์ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้รับบริการ มารักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการติดตามงานอย่างเป็นระบบ อาทิ การประชุม MCH Board การนิเทศติดตามในพื้นที่⁽⁷⁾ **ด้านระบบข้อมูล** มีระบบการจัดเก็บรายงานข้อมูลแม่และเด็กเป็นรูปธรรมใน “MCH DATA เขต 1”⁽⁸⁾ มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมและทันเวลามากขึ้น **ด้านกระบวนการดำเนินงาน**

มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับเขต ด้านพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยสตรีตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิด - 5 ปี และ ด้านพัฒนาระบบบริการ Service Plan(ย.2) สาขาสูติ plus MCH และสาขาทารกแรกเกิด มีการกำหนดแนวทางแก้ไขงานอนามัยแม่และเด็กที่ชัดเจน โดยใช้กลไก service plan⁽⁹⁾ รวมถึงมีการจัดทำ clinical practice guideline (CPG) และแนวทางการดำเนินงานด้านยุติกรรมและกุมารเวชกรรมฉบับล้านนา ที่พัฒนาขึ้นมา โดย MCH Board ของทุกจังหวัด ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานที่ดี เกิดผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านอนามัยแม่และเด็ก ผ่านเวทีประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี และมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ⁽¹⁰⁾ **ผลการปรับปรุงบริการ**ทำให้เกิดแนวคิดและการบริหารจัดการแนวใหม่ นำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบบูรณาการ ได้แก่ เกิดมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพที่มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานการแก้ไขปัญหาสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ คือ การตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾ ส่งผลให้เกิดโครงการร่วมในระดับเขตภายใต้การสนับสนุนงบประมาณ จากเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 6 โครงการ หนึ่งในโครงการเหล่านั้นคือ โครงการลดมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 1 ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการตายทารกปริกำเนิดและอัตราการตาย มีแนวโน้มลดลง อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เด็กแรกเกิด - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ 1) วิสัยทัศน์ภาพรวมของผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 1 ที่กว้างไกลในด้านการ

สร้างความร่วมมือภายใต้ศักยภาพของพลังเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต 2) ผู้นำที่เข้มแข็ง ได้แก่ ประธานคณะกรรมการฯ ที่มีความรู้ความสามารถและเป็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรมทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงประสบการณ์ การบริหารจัดการด้านอนามัย แม่และเด็กมายาวนานเกือบ 30 ปี 3) ศักยภาพของคณะกรรมการที่มีความเข้มแข็ง มีคุณวุฒิและประสบการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละสาขา 4) ความร่วมมือและความมุ่งมั่นของคณะกรรมการฯ ด้านการบริหารจัดการระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐาน 5) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้ค่านิยม “เสียสละ มุ่งมั่น สุจริต จิตอาสา” เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน

ประโยชน์ที่ได้รับ 1) เกิดประสิทธิภาพในระบบบริการที่มีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2) ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด การดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับเขตและจังหวัด มีแนวโน้มดีขึ้น 3) เกิดการมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ปัญหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 4) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด ภาคเอกชน ผู้นำชุมชน อสม. ชุมชนต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น 5) ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถขับเคลื่อนและดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กได้อย่างยั่งยืน เกิดต้นแบบตำบลนมแม่ ศูนย์

เรียนรู้ในชุมชน และศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยคุณภาพ

ผลการดำเนินการ

1. ปัญหา และสภาพการปฏิบัติงานเดิมก่อนที่จะริเริ่มการปรับปรุง

ในอดีตเมื่อเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา ภาคเหนือตอนบนได้เผชิญกับปัญหาอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะปัญหามารดาตาย และทารกตายปริกำเนิด และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องมายาวนานในเขตสุขภาพที่ 1 และแม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งจะมีการดำเนินการอย่างเข้มข้นในการแก้ปัญหาแต่พบว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัด⁽¹²⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาสำคัญที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการแก้ไขและเร่งรัดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด ทารกตายปริกำเนิด ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพบริการแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของรัฐบาลไทยที่นายกรัฐมนตรีได้มอบเอกสารคำมั่นต่อโครงการ Every Woman Every Child (EWEC) ของสหประชาชาติ ต่อเลขาธิการสหประชาชาติ⁽¹³⁾ เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2555 ซึ่งมีสาระสำคัญคือ ยืนยันเจตนารมณ์ที่จะร่วมกับสหประชาชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาลงไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (Maternal Mortality Ratio : MMR) และอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality rate) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ การเพิ่มอัตราการให้นมมารดาเป็นร้อยละ 60 ลดอัตราเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า

2,500 กรัม ให้เหลือร้อยละ 7 สนับสนุนการให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกเหลือร้อยละ 1.5 ภายในปี 2558⁽¹⁴⁾

จากผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินงานในประเด็นสำคัญที่ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัด⁽¹⁵⁾ ดังกล่าวคือ ในปี 2557 อัตราตายมารดาเท่ากับ 21.07 ต่อแสนการเกิดมีชีพ แม้ว่าอัตราการตายของทารกปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลงเหลือ 7.11 นอกจากนี้ยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม⁽¹⁶⁾ และด้านคุณภาพของระบบบริการแม่และเด็กที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงานเดิม กับข้อมูลภาวะสุขภาพอนามัยแม่และเด็กแล้ว พบช่องว่างสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ การพัฒนาคุณภาพบริการที่มีมาตรฐานในทุก โรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ยังไม่มีความเชื่อมโยงในส่วนของภาคีภาคประชาสังคม นอกจากนี้ในช่วงแรกของการดำเนินการออกแบบแก้ไขปัญหายังเป็นรูปแบบแยกส่วนของแต่ละจังหวัด ไม่ได้บูรณาการเป็นระดับเขต แนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁽⁴⁾

2. ผู้นำเสนอแนวทางการแก้ปัญหา ผู้ดำเนินการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ร่วมกับภาคีเครือข่ายเดิม คือบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 แห่ง พื้นที่ภาคเหนือตอนบน ที่ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการสนับสนุนด้านการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพแม่และ

เด็กในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนอย่างต่อเนื่อง จึงได้ปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยเชิญภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับทราบปัญหา วางแผนปรับปรุงแก้ไข ตลอดจนร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลงาน ในลักษณะบูรณาการทุกขั้นตอน โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกระดับตั้งแต่ระดับเขต จังหวัดและอำเภอ เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ⁽¹⁷⁾

3. ผลงานที่เป็นความคิดริเริ่มในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

ศูนย์อนามัยที่ 10 ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานของประเทศและส่งผลให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและตอบสนองต่อสภาพปัญหาในพื้นที่ รวมถึงสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศตลอดจนการบูรณาการของผู้ปฏิบัติงานในทุกภาคส่วนก่อให้เกิดผลดังนี้⁽¹²⁾

3.1 ด้านกระบวนการคุณภาพอนามัยแม่และเด็ก

1) มีการดำเนินงานตั้งแต่ระดับชุมชนระดับครอบครัวภายใต้การดูแลของรพ.สต. และอสม.ในพื้นที่⁽⁷⁾

2) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพลดความเสี่ยงด้านแม่และเด็ก ส่งผลให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย⁽⁷⁾

3) มีระบบการนิเทศติดตามในชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยอสม. มีการเฝ้าระวังโดยรพ.สต./รพช. ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย สุขภาพอนามัยแม่และเด็กมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น⁽⁵⁾

4) เกิดชุมชนเข้มแข็งสามารถเป็นชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาวะได้เป็นอย่างดี⁽¹⁷⁾

5) เกิดแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลแม่และเด็กระดับเขต (CPG)⁽¹⁹⁾

6) เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลและติดตามพัฒนาการเด็กที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดและน้ำหนักน้อย (LCDIP) จนเกิดต้นแบบการขยายผลไปใช้ในระดับประเทศ (TC DIP)⁽¹⁸⁾

2. ผลของการปรับปรุงคุณภาพบริการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมดังต่อไปนี้

กระบวนการปฏิบัติงานเดิม	กระบวนการปฏิบัติงานใหม่
ด้านบุคลากร	
คณะกรรมการ MCH Board ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด มีสูติแพทย์บางท่าน	คณะกรรมการ MCH Board ในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ จิตแพทย์ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสูติฯ กุมารฯและผู้รับผิดชอบงานใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป และรพ.ชุมชน ⁽⁴⁾
บทบาทในการพัฒนางาน MCH เดิมเป็นลักษณะต่างคนต่างคิดและการทำงานแบบแยกส่วนในแต่ละจังหวัด	มีการพัฒนากระบวนการทำงาน โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลระดับเขต ระดับจังหวัดและสร้างความร่วมมือในการวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกันในระดับเขต ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาสำคัญ และบทบาทในการพัฒนางาน MCH ของจังหวัดและเขตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ⁽⁷⁾
บุคลากรต่างหน่วยงาน ทำงาน MCH เหมือนกันแต่ไม่รู้จักกัน ขาดกระบวนการด้านสัมพันธ์ภาพและการเชื่อมประสานกัน	บุคลากรต่างหน่วยงานรู้จักกันมากขึ้น มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมีความสามัคคี เอื้ออาทร ทำงานเป็นทีมและเครือข่ายที่เข้มแข็ง ⁽⁴⁾
บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านแม่และเด็ก ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ไม่ทั่วถึงและไม่ตรงประเด็นปัญหา	บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านแม่และเด็ก ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และครอบคลุมมากขึ้น ⁽¹²⁾
ด้านระบบการส่งต่อ	
ระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ ระหว่าง รพช. และ รพศ./	มีเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจนโดยมีการบริหารจัดการแบบ MCH Zone management ส่วนในพื้นที่ห่างไกลเช่น จังหวัด

กระบวนการปฏิบัติงานเดิม	กระบวนการปฏิบัติงานใหม่
รพท. และการส่งต่อข้ามจังหวัด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้รับบริการเนื่องจากก่อให้เกิดความล่าช้า	แม่ฮ่องสอน ได้จัดระบบการส่งต่อที่เชื่อมกับสายการบิน กานต์แอร์ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพหากมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการมารักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
ขาดการกำกับติดตาม การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	มีการติดตามงานอย่างเป็นระบบ อาทิ การประชุม MCH Board 2-4 ครั้งต่อปี การประชุมรายการณแม่ต๋าย (MMR conference) การนิเทศติดตามในพื้นที่โดยทีม MCH Board ระดับจังหวัด และบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต ⁽²⁰⁾
ด้านระบบข้อมูล	
แบบฟอร์มการส่งข้อมูล ไม่เหมือนกัน ทำให้ได้ข้อมูลดิบไม่ตรงกัน ข้อมูลไม่ครบ บางจังหวัดไม่มีข้อมูล รวมเป็นภาพรวมของเขตไม่ได้	มีระบบการจัดเก็บรายงานข้อมูลแม่และเด็กเป็นรูปธรรมใน “MCH DATA เขต 1” มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมและทันเวลามากขึ้น
ด้านกระบวนการดำเนินงาน	
แนวทางแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน	- มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับเขต ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสตรีตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิด – 5 ปี - มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับเขต ด้านพัฒนาระบบบริการ Service Plan(ย.2) สาขาสูติ plus MCHและสาขาทารกแรกเกิด - กำหนดแนวทางแก้ไขงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ชัดเจนโดยใช้กลไก service plan - มี clinical practice guideline และแนวทางการดำเนินงานด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรมฉบับล้านนา ที่พัฒนาขึ้นมา โดย MCH Board ของทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 - เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานที่ดี มีผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านแม่และเด็ก ผ่านเวทีประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี

3. ผลสืบเนื่อง ทำให้เกิดแนวคิดและการบริหารจัดการแนวใหม่ จนกระทั่งนำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบบูรณาการดังต่อไปนี้

1) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก โดยศูนย์วิชาการในระดับเขต ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 /สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต และรพ.ประสาธน์ กรมการแพทย์

2) เกิดโครงการร่วมในระดับเขตเพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่

- โครงการพัฒนาเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board : MCH Board) เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 ประจำปี 2556 (งบประมาณ 1,300,000 บาท)

- โครงการพัฒนาเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board : MCH Board) เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 ประจำปี 2557 (งบประมาณ 500,000 บาท)

- โครงการส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาภาวะซีดสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ในเขตบริการสุขภาพ ที่ 1 (ล้านนา) ประจำปีงบประมาณ 2557 (งบประมาณ 2,000,000 บาท)

- โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 (งบประมาณ 100,000 บาท)

- โครงการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยรุ่นและมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (งบประมาณ 1,500,000 บาท)

- โครงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ในพื้นที่น่าน (งบประมาณ 621,686 บาท)

4) ผลด้านภาวะสุขภาพของแม่และเด็ก
พบว่า มีภาวะสุขภาพที่มีแนวโน้มดีขึ้นหลายประเด็น ได้แก่ อัตราการตายของทารกปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลง (ไม่เกิน 9 ต่อพันการคลอด) กล่าวคือในปี 2543 เท่ากับ 12.5 ต่อพันการคลอด ลดลงเหลือ 7.11 ต่อพันการคลอดในปี 2557 สำหรับปัญหาด้านอัตราการตายถึงแม้จะยังเกินเกณฑ์แต่มีแนวโน้มที่ลดลงในปี 2551 – 2556 แม้ว่าต่อมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2557 คือ อัตรา 62, 32.8, 15.21, 17.23, 18.49, 16.28 และ 21.07 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 74.81 ในปี 2557 (ร้อยละ 50) เด็กแรกเกิด – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ตามเป้าหมายร้อยละ 85 ตั้งแต่ปี 2551–2557 คือร้อยละ 96.2 – 99.8⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาสำคัญ ทั้งในด้านสถานสุขภาพแม่และเด็ก อาทิ การตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และด้านคุณภาพของระบบบริการแม่และเด็ก ล้วนเป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญของเครือข่าย MCH Board ล้านนา ที่ต้องเร่งรัดดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

4. กลยุทธ์ที่นำมาใช้ให้การพัฒนาบริการประสบผลสำเร็จ⁽⁵⁾

4.1 ใช้ค่านิยมหลักในการทำงานของคณะกรรมการ คือ “เสียสละ มุ่งมั่น สุจริต จิตอาสา”

4.2 การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคเหนือตอนบน

4.3 การสนับสนุนนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง (Empowerment)

4.4 การบูรณาการมาตรฐานการดูแลแม่และเด็กระดับเขต ตามมาตรฐานระดับประเทศ

4.5 การสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้เกิดกระบวนการสร้างคุณค่าต่อประชาชนที่เกี่ยวข้อง

4.6 การสนับสนุนและเสริมพลังชุมชนให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เข้มแข็งอย่างต่อเนื่องนำไปสู่ความยั่งยืน

4.7 การพัฒนาภายใต้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

5. ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

1) ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ 1.1) ศูนย์วิชาการในระดับเขต ประกอบด้วยศูนย์อนามัยที่10 สังกัดกรมอนามัย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1/สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์สังกัดกรมสุขภาพจิต และรพ.ประสาทสังกัดกรมการแพทย์ 1.2) ทีมสหสาขาประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น 1.3) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 99 โรงพยาบาล ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

2) งบประมาณ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักเขตสุขภาพที่ 1

3) สิ่งสนับสนุน จากสำนักงานเขตสุขภาพที่1 เครือข่ายโรงพยาบาลทุกระดับ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในส่วนของการกระจายทรัพยากร มีการบริหารจัดการตามมาตรฐานของสถานบริการ สำหรับสิ่งสนับสนุนมีการจัดส่งตามระบบของข้อกำหนดทางราชการด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มค่าเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนต่อไป

6. ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาการบริการและการนำไปปฏิบัติ⁽⁵⁾

6.1 ลำดับขั้นตอนในการพัฒนา

กรอบความคิดหลักของแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงบริการของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กคือ

1) การนำฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กระดับเขตมาใช้ประโยชน์ในด้านการเฝ้าระวังและติดตามกำกับโดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ อัตราตายมารดา อัตราการตายของทารกปริกำเนิด ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น เป็นต้น

2) การคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขตในเวทีประชุม 2 ครั้งต่อปีหรือมากกว่าตามความเหมาะสมของงบประมาณ เพื่อติดตามกำกับและหาแนวทางแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด

3) พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในสถาน บริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น โดยจัดประชุม วิชาการงานอนามัยแม่และเด็กประจำปี ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องมา 10 กว่าปี โดยเนื้อหา มีสาระสำคัญเกี่ยวกับ 3.1 การฝึกปฏิบัติการด้านสูติ ศาสตร์และกุมารเวชกรรม (work shop) ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านการป้องกันและการรักษา สุขภาพแม่และเด็กที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา 3.2 การบรรยายวิชาการในด้านองค์ความรู้ ใหม่ที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานให้เท่า ทันการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ปัญหา 3.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็กของแต่ละจังหวัด ทั้งในระดับ สถานบริการระดับชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง 3.4 การนำเสนอผลงานวิชาการและนวัตกรรมใน งานอนามัย แม่และเด็ก ของสถานบริการ สาธารณสุขในทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.ศ. รพ.ท. รพ.ช. และรพ.สต. ทั้ง 8 จังหวัด

4) การนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง พี่ช่วย น้อง โดยแกนนำทีม MCH Board ระดับเขต เยี่ยม โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมี ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อพัฒนาระบบบริการ รวมถึงสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร

5) การจัดทำ Service Plan แบบบูรณาการ 3 สาขา คือ แผนพัฒนาบริการสาขาสูติกรรม แผนพัฒนาบริการสาขากุมารเวชกรรม แผนพัฒนา บริการสาขาสุขภาพในแม่และเด็ก เพื่อใช้เป็น แนวทางมาตรฐานในการดำเนินงานให้เป็นไปใน

ทิศทางเดียวกันของภาคเหนือตอนบนและมุ่งหวัง ให้เกิดคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน

ส่วนสรุป ในการดำเนินงานที่ได้มีความ พยายามในการพัฒนาระบบบริการของ คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กนั้น ได้มี การทำงานภายใต้กรอบคิดกระบวนการ PDCA : plan do check act โดยมุ่งหวังให้เกิดกระบวนการ ที่ขับเคลื่อนไปด้วยกันในภาคเหนือตอนบน เกิด ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายของสุขภาพแม่และ เด็กไทยต่อไป

6.2 ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติ

ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติงาน

1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่ และเด็กเขต จำนวน 178 คน ประกอบด้วยสูติ แพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข เกษัชกร และผู้เกี่ยวข้อง จาก 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

2) การลงนามความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในเขต สุขภาพที่ 1⁽⁴⁾

3) การวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่ และเด็กระดับจังหวัดและระดับเขต โดยเน้น ฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กมาใช้ประโยชน์ใน ด้านการเฝ้าระวังและติดตามกำกับโดยวิเคราะห์ สภาพปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการ แก้ไข ได้แก่ อัตราตายมารดา อัตราการตายของ ทารกปริกำเนิด ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การตั้งครภ์ในแม่วัยรุ่น เป็นต้น

4) การคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการอนามัย แม่และเด็กระดับเขตในเวทีประชุม 2 ครั้งต่อปีหรือ

มากกว่าตามความเหมาะสมของงบประมาณ เพื่อติดตามกำกับและหาแนวทางแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด ทั้งนี้มุ่งหวังให้เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

5) พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น กิจกรรมประกอบด้วยการจัดประชุมวิชาการงานอนามัยแม่และเด็กประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องมา 10 กว่าปี /และการจัดอบรมเฉพาะทางแก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีสาระสำคัญของเนื้อหาเกี่ยวกับ 5.1การฝึกปฏิบัติการด้านสูติศาสตร์และกุมารเวชกรรม (work shop) ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านการป้องกันและการรักษาสุขภาพแม่และเด็กที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา 5.2 การบรรยายวิชาการในด้านองค์ความรู้ใหม่ที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหา 5.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของแต่ละจังหวัด ทั้งในระดับสถานบริการ ระดับชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง 5.4 การนำเสนอผลงานวิชาการและนวัตกรรมในงานอนามัยแม่และเด็ก ของสถานบริการ

สาธารณสุขในทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.ศ. รพ.ท. รพ.ช. และรพ.สต. ทั้ง 8 จังหวัด

6) การนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง พี่ช่วยน้อง โดยแกนนำทีม MCH Board ระดับเขต เยี่ยมเยือน

โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อพัฒนาระบบบริการและขวัญกำลังใจ

7) การจัดทำ Service Plan แบบบูรณาการ 3 สาขา คือ แผนพัฒนาบริการสาขาสูติกรรม แผนพัฒนาบริการสาขากุมารเวชกรรม แผนพัฒนาบริการสาขาสุขาภพในแม่และเด็ก เพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันของภาคเหนือตอนบนและมุ่งหวังให้เกิดคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน

6.3 ระบบการติดตามและประเมินผลการพัฒนาบริการ

1) การตรวจสอบผ่านกระบวนการเฝ้าระวังโดยใช้ฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กที่มีรูปแบบตัวแปรตามตัวชี้วัดประเทศ และใช้เป็นแบบฟอร์มบูรณาการระดับเขต และมีการรายงานทุก 6 เดือนเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานประเด็นเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข

2) การนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง โดยแกนนำทีม MCH Board ระดับเขต โดยการลงพื้นที่สอนงานแก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นศูนย์กลางในแต่ละโซน รวมถึงโรงพยาบาลในถิ่นทุรกันดาร ในภาคเหนือตอนบน

3) การนิเทศติดตามโดยทีมตรวจราชการ ซึ่งทีมตรวจราชการในเขตสุขภาพที่ 1 ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหอนามัยแม่และเด็กเป็นอย่างดี รวมถึงการประสานเชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนาแก้ไขปัญหามาตรฐานและปรับปรุงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนที่ต่อเนื่อง

4) การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก รพ.สต.สายรัก และตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว

7. ปัญหา อุปสรรค รวมถึงวิธีการบริหารจัดการ

1) การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงาน เช่น ในระดับโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ซึ่งทำให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กลดน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพบริการ

2) ระบบการส่งต่อไม่สามารถดำเนินการได้ตามแนวทางการส่งต่อที่กำหนดไว้ได้ เนื่องจากการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

3) เนื่องจากคณะกรรมการมีจำนวนมาก และมีความหลากหลายของความเป็นสหวิชาชีพ ดังนั้นจึงมีปัญหาด้านการสื่อสารที่ทั่วถึง แม้ว่าจะมีความพยายามในการใช้การสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต แต่ก็ยังพบช่องว่างการสื่อสารซึ่งต้องใช้ความหลากหลายของช่องทาง ได้แก่ e-mail โทรศัพท์ หนังสือราชการ เป็นต้น

8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินการพัฒนาบริการ

จากผลการดำเนินงานด้วยความเข้มแข็งและมุ่งมั่นของคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ ผลสำเร็จและผลกระทบเชิงบวกดังนี้

1) เกิดประสิทธิภาพในระบบบริการที่มีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการจัดทำมาตรฐานแนวทางการดูแลด้านอนามัยแม่

และเด็กระดับเขต (CGP) เพื่อสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทุกระดับจำนวน 103 โรงพยาบาล⁽¹⁹⁾

2) ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด การดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับเขตและจังหวัดมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อัตราการตายของทารกปริกำเนิด อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พัฒนาการเด็กสมวัย เป็นต้น⁽¹⁶⁾

3) เกิดการมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ปัญหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

4) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด ภาคเอกชน ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมต่างๆในชุมชน เป็นต้น

5) ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนและดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กได้อย่างยั่งยืน เกิดต้นแบบตำบลนมแม่ ที่เข้มแข็ง ศูนย์เรียนรู้ในชุมชน และศูนย์พัฒนาการเด็กคุณภาพ เช่น ตำบลป่าแดด อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ซึ่งเป็นต้นแบบของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศได้

9. การสร้างความยั่งยืนและการขยายผลไปยัง

หน่วยงานอื่น ๆ

การสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยคณะทำงานยึดถือค่านิยมในการทำงานร่วมกันคือ เสียสละ มุ่งมั่น สุจริต จิตอาสา⁽⁵⁾

10. บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินการพัฒนาบริการ

องค์ประกอบหลักที่ทำให้ประสบความสำเร็จคือ 10.1 วิสัยทัศน์ของเขตสุขภาพที่

กว้างไกลด้านการดัดศักยภาพของพลังเครือข่ายของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเขต 10.2 ผู้นำที่เข้มแข็ง ได้แก่ ประธานคณะกรรมการที่มีความรู้ความสามารถและเป็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรมทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงประสบการณ์การบริหารจัดการด้านอนามัยแม่และเด็กมายาวนานเกือบ 30 ปี 10.3 ศักยภาพของคณะกรรมการที่มีความเข้มแข็ง มีคุณวุฒิและประสบการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละสาขา 10.4 ความร่วมมือและความมุ่งมั่นของคณะกรรมการฯ ด้านการบริหารจัดการระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐาน 10.5 ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน กพร.) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award).กรุงเทพฯ.วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด; 2558.
2. สมศักดิ์ อรรถศิลป์. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข).นนทบุรี.กระทรวงสาธารณสุข ; 2559.
3. 3 United Nations. The Global Strategy for women's, children's and adolescent's Health (2016-2030): SURVIVE, THRIVE, TRANSFORM; 2016.
4. พิษณุ ชันติพงษ์.ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards); 2559.
5. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. เอกสารสรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1; ประชุมคณะกรรมการพัฒนานามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1; 25 มกราคม 2559; โรงแรมกรีนเลค รีสอร์ท. จ.เชียงใหม่; 2559.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน กพร.). เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ ระดับพื้นฐาน.กรุงเทพฯ.ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2558 .วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด; 2558
7. สุจิต คุณประดิษฐ์. ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards); 2559.
8. คณะกรรมการพัฒนานามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1.สรุปรายงานการประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กประจำปี ; 2558-2559.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (P&P Excellence Forum2017).นนทบุรี.

10. คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่1.แนวทางการพัฒนาและ
ปรับปรุงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก;
2559.
11. สุจิต คุณประดิษฐ์. เอกสารนำเสนอ
มาตรการป้องกันและลดแม่ตาย.การ
ประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่
และเด็กเขตสุขภาพที่1; 2559.
12. นงนุช ภัทรอนันตนพ.ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อ
จัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับ
รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand
Public Service Awards); 2559.
13. Every Woman Every Child’s Global
Strategy for Women’s,Children’s and
Adolescents’Health.What is a
Commitment?.เข้าถึงได้จาก
<https://www.everywomaneverychild.org>.
14. Department of Reproductive Health
and Research. World Health
Organization. Maternalmortality; fact
sheet.2014. Avenue Appia 20, CH-1211
Geneva 27, Switzerland. เข้าถึงได้จาก :
www.who.int/reproductivehealth.
15. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย.
รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการ
ปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรม
อนามัยประจำปีงบประมาณ2559.
นนทบุรี.
16. ศูนย์อนามัยที่ 10.รายงานข้อมูลอนามัย
แม่และเด็ก(MCH-HR1).เชียงใหม่; 2551-
2557.
17. สุรพันธ์ แสงสว่าง.ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อ
จัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับ
รางวัลบริการภาครัฐ แห่งชาติ (Thailand
Public Service Awards); 2559.
18. คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่1. บันทึกความร่วมมือการ
ขับเคลื่อนงานด้านอนามัยแม่และเด็กใน
พื้นที่ 8 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 1.เชียงใหม่;
2557.19 MCH Clinicalpracticeguidelines
(CPG,region1).คณะกรรมการพัฒนา
อนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1; 2014.
19. คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่1.เอกสารรายงานกรณี
แม่ตาย(Confidential Enquiries-CE); 2559.