

Original Article

นิพนธ์รัตน์

# การเปรียบเทียบผลงานตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการแบบเครือข่าย (HNQA) ในจังหวัดสกลนคร

ประวิตร ศรีบุญรัตน์

โรงพยาบาลต่างอย สกลนคร

## บทคัดย่อ

การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (Hospital Network Quality Audit, HNQA) เข้ามาประยุกต์ใช้ ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในเขตจังหวัดสกลนคร คือ โรงพยาบาลต่างอย โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ โรงพยาบาลกุดบาก โรงพยาบาลคำตาก้า และโรงพยาบาลส่องดาว โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างกลุ่มโรงพยาบาล ที่พัฒนางานอนามัยแม่และเด็กโดยใช้กระบวนการ พัฒนาแบบเครือข่ายกับกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใกล้เคียงกันอีก 5 แห่งในเขตจังหวัดสกลนครที่ไม่ได้พัฒนาโดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบเครือข่าย (non HNQA) ประกอบด้วยโรงพยาบาลบ้านม่วง โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน และโรงพยาบาลโพนนาแก้ว บนพื้นฐานของค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กตามรายงานกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละกลุ่มเก็บรวบรวมย้อนหลัง พ.ศ. 2545-2550 แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ได้ในแต่ละตัวชี้วัด นอกจากนี้ยังได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นแล้วประมวลและวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51 ส่วนผลงานอนามัยแม่และเด็กตามเกณฑ์ชี้วัดพบว่ามี 10 ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินการด้วยกระบวนการ คุณภาพแบบเครือข่าย และมี 6 ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ในกลุ่มที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย อย่างไรก็ตามพบว่า มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในการที่จะผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด หลังปรับกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย

**คำสำคัญ:** งานอนามัยแม่และเด็ก กระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก

## บทนำ

งานอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของประชากร ประเทศไทยได้มีการปรับปรุงและพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก

มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (2505-2509)<sup>(1)</sup> เป็นต้นมา โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งเด็กก่อนวัยเรียนมีการเจริญเติบโตและ

พัฒนาการสมวัย ซึ่งผลของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงงานอนามัยแม่และเด็กในทางที่ดีขึ้น แต่ก็ยังพบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพของมารดาและทารกก็ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข จังหวัดสกลนครได้พัฒนางานอนามัยและเด็กตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาตลอด แต่ยังพบปัญหาด้านสุขภาพมารดาและทารก อัตราตายของมารดา 37.1 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 9.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100 คน อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 31.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง 16.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100 คน ซึ่งเป็นปัญหาที่คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสกลนคร จะต้องหาทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป

โรงพยาบาลต่างอยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดสกลนคร ก็พบมีปัญหาลักษณะของมารดาและทารกในลักษณะที่สอดคล้องกับภาพรวมของจังหวัดเช่นเดียวกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง (งานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลต่างอย 2548)<sup>(2)</sup> การพัฒนาปรับปรุงงานอนามัยแม่และเด็กจึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โรงพยาบาลต่างอยได้นำเอากระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (Hospital Network Quality Audit, HNQA, 2550)<sup>(3)</sup> มาใช้ในการจัดระบบจนกระทั่งได้รับรางวัลการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายดีเยี่ยมระดับประเทศ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2550 จึงศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (HNQA) ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก และผลเปลี่ยนแปลงตามเกณฑ์ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก โดยเปรียบเทียบในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการพัฒนา

## วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาคั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลงานอนามัยแม่และเด็ก ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ในโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2545 ถึง 2550 และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษา ผลงานอนามัยแม่และเด็ก ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย คือโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสกลนคร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 17 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลต่างอย โคกศรีสุพรรณ กุดบาก ส่องดาว คำตากล้า ส่วนอีก 12 โรงพยาบาลที่เปรียบเทียบนั้นคัดเลือก 5 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โพนนาแก้ว เจริญศิลป์ นิคมน้ำอุ่น ซึ่งมีขนาดโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร ลักษณะ และศักยภาพที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย และเพื่อให้เกิดการพัฒนาในงานอนามัยแม่และเด็ก อีก 1 โรงพยาบาล จึงคัดเลือกโดยการดูผลงานอนามัยแม่และเด็กที่เด่นได้ระดับทองของจังหวัดและมีสถิติแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านม่วง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน (bias) ต่อผลการศึกษาคั้งนี้

ประชากรในการศึกษา ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย จังหวัดสกลนคร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ พยาบาลในหน่วยบริการฝากครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาล

ดูแลหลังคลอด ตลอดจนพยาบาลที่ติดตามเยี่ยมบ้าน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสกลนคร จำนวน 69 คน โดยศึกษาทุกคน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถาม สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาคุณภาพแบบ เครือข่าย (HNQA) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด มาตรฐานบริการสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)<sup>(3)</sup> มีจำนวน 16 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ เชิงลบ 1 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2549)<sup>(4)</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย ของพยาบาลวิชาชีพ ที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมด้านเนื้อหา

2. ผลงานอนามัยแม่และเด็ก ตามเกณฑ์ชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน 12 ตัวชี้วัด ในปี 2545-2547 และมี 15 ตัวชี้วัด ในปี 2548-2550 โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ปี 2545-2550

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย จำนวน 69 ราย ในเดือนมีนาคม 2551 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97 มีอายุอยู่ในช่วง 21-35 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 62 จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 87 ประสบการณ์ทำงานในงานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 35 (ตารางที่ 1)

พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (HNQA) โดยรวมอยู่ใน

ตารางที่ 1 พยาบาลวิชาชีพจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (n = 69)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	67	97
ชาย	2	3
<b>อายุ</b>		
21 - 35 ปี	43	62
36 - 40 ปี	17	25
41 - 45 ปี	9	13
	min-max	$\bar{x}$ = 34.32 ปี
	= 24 - 47 ปี	SD = 5.18
<b>วุฒิการศึกษา</b>		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	60	87
ปริญญาโท	9	13
<b>ประสบการณ์ทำงาน</b>		
1 - 5 ปี	24	35
6 - 10 ปี	22	32
11 - 15 ปี	20	29
16 ปี ขึ้นไป	3	4
	min-max	$\bar{x}$ = 8.30 ปี
	= 1 - 25 ปี	SD = 4.84

ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านระบบบริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับมาก คือการพัฒนาความรู้โดยการฝึกทักษะ (2 tick) เป็นวิธีที่เกิดประโยชน์แก่ผู้ให้และผู้รับบริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ส่วน

ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ การพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายเป็นการเพิ่มภาระงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 3.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.96 รองลงมาคือ การทราบข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทันทเหตุการณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 (ตารางที่ 2)

ผลงานอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ค่าเฉลี่ยการตายของมารดา กลุ่มโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย จำแนกตามรายชื่อ รายด้าน

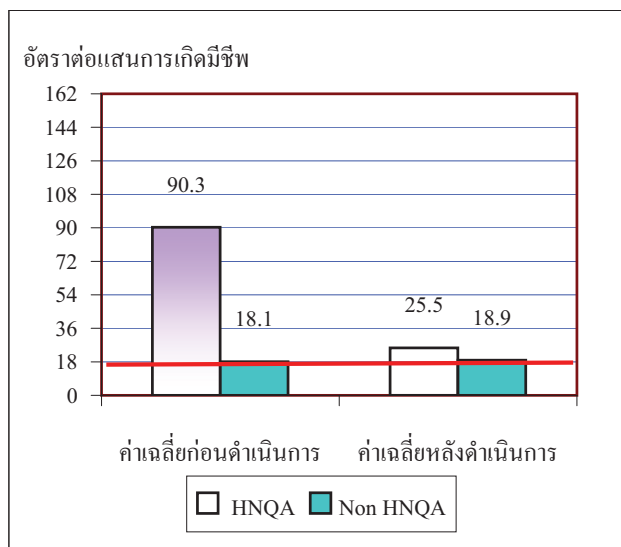
ความคิดเห็นต่อการพัฒนาแบบเครือข่าย ของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>ด้านนโยบายและสนับสนุน</b>	3.62	0.48	มาก
- นโยบายมีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้	3.93	0.62	มาก
- ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพ	4.07	0.71	มาก
- วัสดุ - อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมมีความพอเพียง	3.45	0.63	ปานกลาง
- ทราบข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ทันทเหตุการณ์	3.38	0.75	ปานกลาง
- การพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายเป็นการเพิ่มภาระงาน	3.32	0.96	ปานกลาง
<b>ด้านการมีส่วนร่วม</b>	3.87	0.65	มาก
- เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพฯ เครือข่าย	3.86	0.84	มาก
- หน่วยงานทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพฯ อย่างต่อเนื่อง	3.83	0.74	มาก
- ค้นหาปัญหา/แก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้แนวทางที่ดีที่สุด	3.81	0.67	มาก
- ภูมิใจที่ได้เข้าร่วม/และได้รับรางวัลการพัฒนาคุณภาพฯ	4.00	0.84	มาก
<b>ด้านระบบบริการ</b>			
การพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายทำให้	3.88	0.52	มาก
- มีระบบการดูแลผู้รับบริการดีขึ้น	4.10	0.66	มาก
- มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าไม่ฟุ่มเฟือยมีประสิทธิภาพ	3.59	0.74	มาก
- บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	3.68	0.69	มาก
- หน่วยบริการสื่อสารและสร้างเข้าใจแก่ผู้รับบริการ	3.74	0.70	มาก
- หน่วยงานของท่านมีแนวทางปฏิบัติที่ ชัดเจน เข้าใจง่าย	3.77	0.51	มาก
- การพัฒนาความรู้โดยการฝึกทักษะ (2 ticks) เป็นวิธีที่เกิดประโยชน์แก่ผู้ให้และผู้รับบริการ	4.17	0.68	มาก
- การพัฒนาความรู้โดยการฝึกทักษะ (2 ticks) เป็นสิ่งที่ผู้ให้และผู้รับบริการปฏิบัติได้ง่าย	4.06	0.66	มาก
<b>รวม</b>	<b>3.79</b>	<b>0.51</b>	<b>มาก</b>

HNQA ก่อนนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายมาใช้ เท่ากับ 90.3 ต่อแสนคนการเกิดมีชีพ ภายหลังนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายมาใช้ ค่าเฉลี่ยการตายของมารดาลดลง เท่ากับ 25.5 ต่อ 1 การเกิดมีชีพแสนคน ส่วนกลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA พบว่า 3 ปีแรก ค่าเฉลี่ยการตายของมารดา เท่ากับ 18.1 ต่อ 1 การเกิดมีชีพแสนคน 3 ปีหลัง ค่าเฉลี่ยการตายของมารดาเพิ่มขึ้น เท่ากับ 18.9 ต่อ 1 การเกิดมีชีพแสนคน (รูปที่ 1) ค่าเฉลี่ยการตายของมารดาในกลุ่มโรงพยาบาล HNQA มีแนวโน้มลดลง ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA มีค่าเฉลี่ยที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก (รูปที่ 2)

ค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดตายปริกำเนิดกลุ่มโรงพยาบาล HNQA ก่อนนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ เท่ากับ 5.5 ต่อ การเกิดมีชีพ

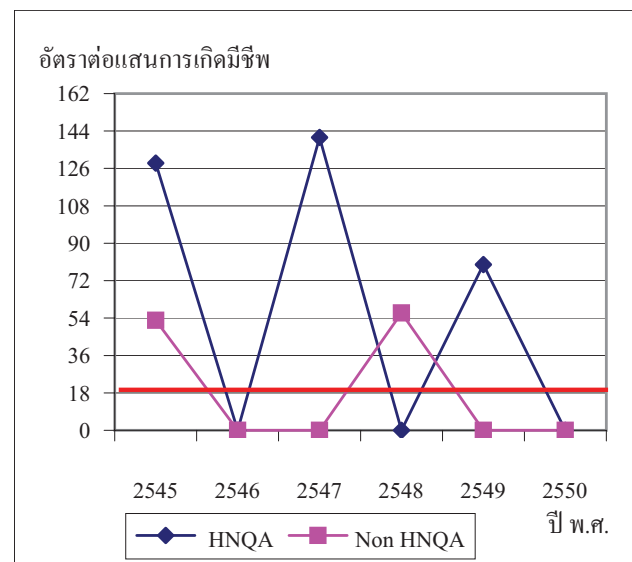
1,000 คน ภายหลังนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ อัตราค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดตายปริกำเนิด เท่ากับ 7.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ส่วนกลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA พบว่า 3 ปีแรก อัตราค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดตายปริกำเนิด เท่ากับ 2.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน 3 ปีหลัง อัตราค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดตายปริกำเนิด เท่ากับ 4.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (รูปที่ 3) ค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดตายปริกำเนิดของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น (รูปที่ 4)

ค่าเฉลี่ยการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดกลุ่มโรงพยาบาล HNQA ก่อนนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ เท่ากับ 19.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ภายหลังนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ อัตราค่าเฉลี่ยการ



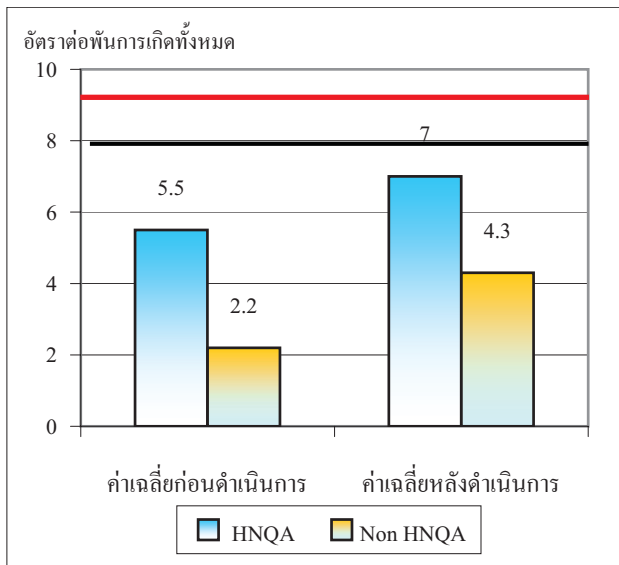
กลุ่มร.พ.	ค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ
HNQA	90.3	25.5
Non HNQA	18.1	18.9

รูปที่ 1 ค่าเฉลี่ยอัตราการตายของมารดา ก่อนและหลังดำเนินการตามกระบวนการ HNQA



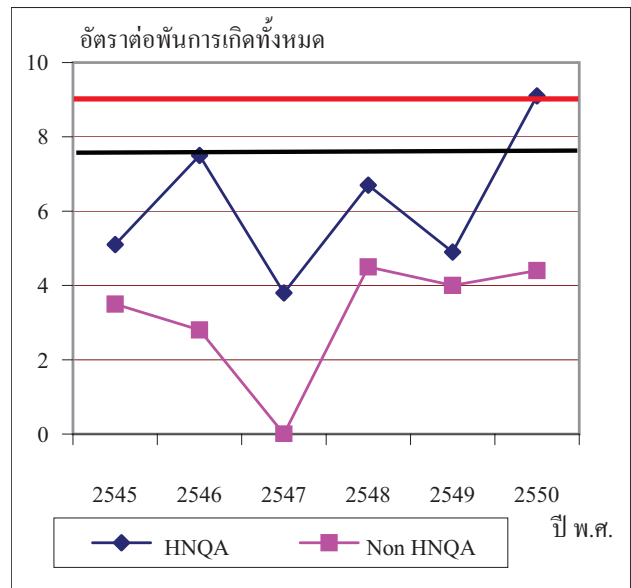
กลุ่มร.พ.	2545	2546	2547	2548	2549	2550
HNQA	128.6	0	140.9	0	79.7	0
Non HNQA	52.9	0	0	56.5	0	0

รูปที่ 2 อัตราการตายของมารดาเป้าหมายไม่เกิน 18/100,000 การเกิดมีชีพ



กลุ่มร.พ.	ค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ
HNQA	5.5	7
Non HNQA	2.2	4.3

รูปที่ 3 อัตราค่าเฉลี่ยทารกแรกเกิดตายปริกำเนิดก่อนและหลังดำเนินการตามกระบวนการ HNQA



กลุ่มร.พ.	2545	2546	2547	2548	2549	2550
HNQA	5.1	7.5	3.8	6.7	4.9	9.1
Non HNQA	3.5	2.8	0	4.5	4	4.4

รูปที่ 4 อัตราทารกแรกเกิดตายปริกำเนิดไม่เกิน 9/1000 การเกิดทั้งหมด

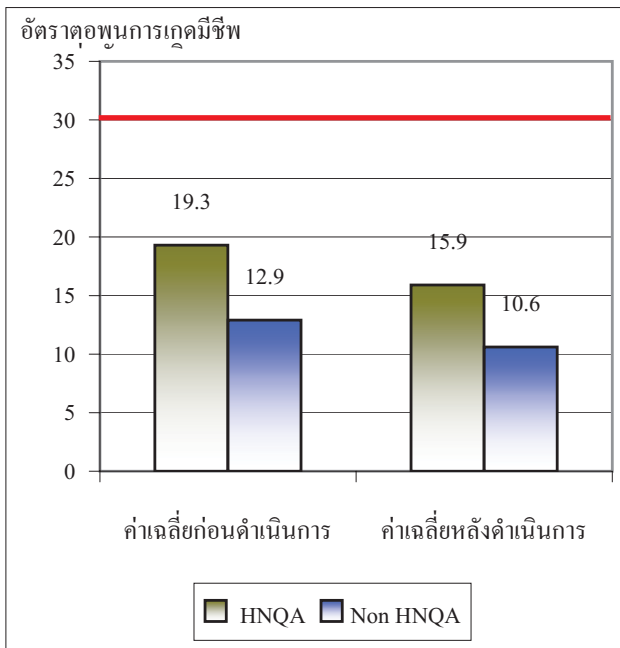
ขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ลดลง เท่ากับ 15.9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ส่วนกลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA พบว่า 3 ปีแรก อัตราค่าเฉลี่ยการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เท่ากับ 12.9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน 3 ปีหลัง อัตราค่าเฉลี่ยการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ลดลง เท่ากับ 10.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (รูปที่ 5) ค่าเฉลี่ยการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มลดลง (รูปที่ 6)

ค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกลุ่มโรงพยาบาล HNQA ก่อนนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ เท่ากับ 9.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายหลังก่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ อัตราค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลง เท่ากับ 7.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ส่วนกลุ่ม

โรงพยาบาล Non HNQA พบว่า 3 ปีแรก อัตราค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 8.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน 3 ปีหลัง อัตราค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 8.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (รูปที่ 7) ค่าเฉลี่ยของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมกลุ่มโรงพยาบาล HNQA มีแนวโน้มลดลง ส่วนกลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA มีแนวโน้มลดลงในช่วง พ.ศ. 2545-2548 และเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2549 ก่อนจะลดลงใน พ.ศ. 2550 (รูปที่ 8)

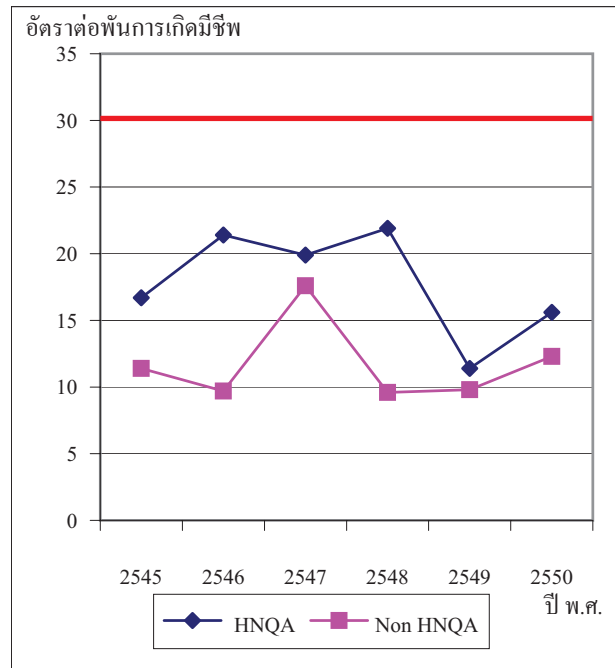
ค่าเฉลี่ยของทารกตายกลุ่มโรงพยาบาล HNQA ก่อนนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายมาใช้เท่ากับ 3.1 ต่อทารก 1,000 ราย ภายหลังก่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายมาใช้ อัตราค่าเฉลี่ยของทารกตายลดลง เป็น 1.8 ต่อทารก 1,000 ราย ส่วน





กลุ่มร.พ.	ค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ
HNQA	19.3	15.9
Non HNQA	12.9	10.6

รูปที่ 5 ค่าเฉลี่ยอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดก่อนและหลังดำเนินการตามกระบวนการ HNQA



กลุ่มร.พ.	2545	2546	2547	2548	2549	2550
HNQA	16.7	21.4	19.9	21.9	11.4	15.6
Non HNQA	11.4	9.7	17.6	9.6	9.8	12.3

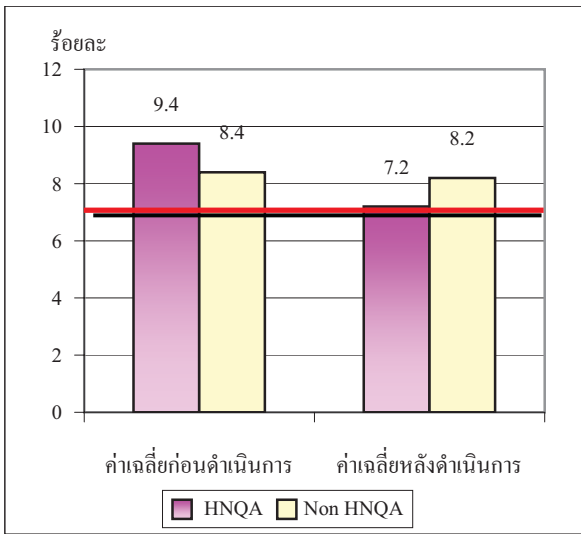
รูปที่ 6 อัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไม่เกิน 30/1,000 การเกิดมีชีพ

กลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA พบว่า 3 ปีแรก อัตราค่าเฉลี่ยของทารกตาย เท่ากับ 1.9 ต่อทารก 1,000 ราย 3 ปีหลัง อัตราค่าเฉลี่ยของทารกตายเพิ่มขึ้น เป็น 2.3 ต่อทารก 1,000 ราย (รูปที่ 9) ค่าเฉลี่ยของทารกตายของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (รูปที่ 10)

นอกจากนี้ยังมีผลงานอนามัยแม่และเด็กจำแนกตามตัวชี้วัดจำนวน 7 ตัวชี้วัดคือ ตัวที่ 6, 9, 10, 12, 13, 14 และ 15 ที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มโรงพยาบาล HNQA มีแนวโน้มในการพัฒนางานที่ดีขึ้นส่วนกลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA มีผลงานอนามัยแม่และเด็กจำแนกตามตัวชี้วัดจำนวน 8 ตัวชี้วัดคือ ตัวที่ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 และ 15 ที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มโรงพยาบาล Non HNQA มีแนวโน้มในการพัฒนางานที่ดีขึ้น (ตารางที่ 3)

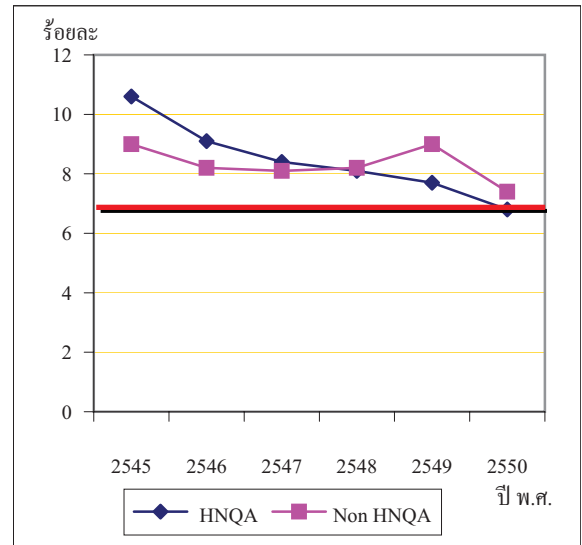
### วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (HNQA) อยู่ในระดับมากแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (NHQA) มีความพึงพอใจ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (HNQA) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบของกิจกรรมแบบเครือข่าย (HNQA) ใช้แนวคิดเน้นที่มาตรฐานแบบ TQM (TQM benchmarking) และการตรวจสอบ (audit) เป็นฐานคิดในการจัดทำร่างมาตรฐาน 2 ฉบับ คือ ข้อกำหนดบริการ (service internal specification) และข้อกำหนดการให้บริการ (service provision standard) ซึ่งเป็นการวางมาตรฐาน



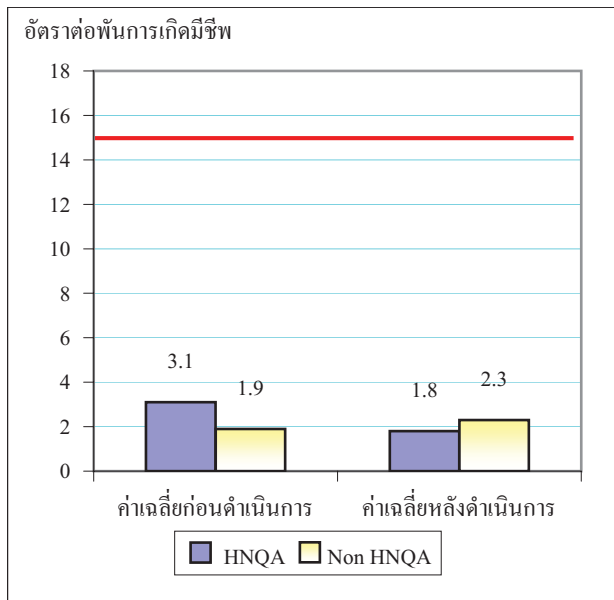
กลุ่มร.พ.	ค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ
HNQA	9.4	7.2
Non HNQA	8.4	8.2

รูปที่ 7 ค่าเฉลี่ย อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ก่อนและหลัง ดำเนินการตามกระบวนการ HNQA



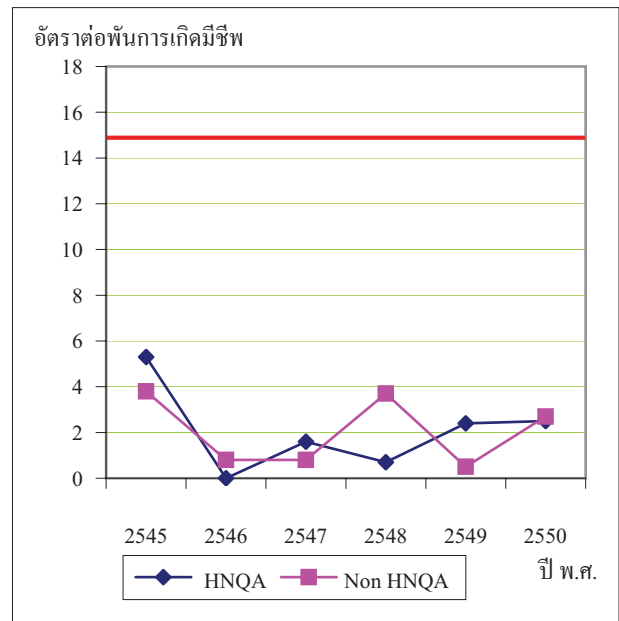
กลุ่มร.พ.	2545	2546	2547	2548	2549	2550
HNQA	10.6	9.1	8.4	8.1	7.7	6.8
Non HNQA	9	8.2	8.1	8.2	9	7.4

รูปที่ 8 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกิน ร้อยละ 7



กลุ่มร.พ.	ค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	ค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ
HNQA	3.1	1.8
Non HNQA	1.9	2.3

รูปที่ 9 อัตราค่าเฉลี่ยทารกตายก่อนและหลังดำเนินการตาม กระบวนการ HNQA



กลุ่มร.พ.	2545	2546	2547	2548	2549	2550
HNQA	5.3	0	1.6	0.7	2.4	2.5
Non HNQA	3.8	0.8	0.8	3.7	0.5	2.7

รูปที่ 10 อัตราทารกตาย ไม่เกิน 15/1,000 การเกิดมีชีพ



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กก่อนและหลังนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กภายในกลุ่มโรงพยาบาลที่ทำ HNQA และกลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่ได้ทำ HNQA ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสกลนคร

ตัวชี้วัด	กลุ่มโรงพยาบาล HNQA					กลุ่มโรงพยาบาล non HNQA										
	2545	2546	2547	อัตราค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	อัตราค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ	2545	2546	2547	อัตราค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	อัตราค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ						
1. การตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	128.6	0	140.9	90.3	0	79.7	0	0	18.1	56.5	0	0	18.9			
2. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง (ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน)	10.9	10.2	12.7	10.5	10.6	13.3	15.8	12.6	12	11.9	10.2	9.5	10.5			
3. ทารกแรกเกิดตายปริกำเนิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	5.1	7.5	3.8	5.5	6.7	4.9	9.1	7	2.2	4.5	4	4.4	4.3			
4. การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	16.7	21.4	19.9	19.3	21.9	11.4	15.6	15.5	12.9	9.6	9.8	12.3	10.6			
5. ทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม (ต่อการเกิดมีชีพ 100 คน)	10.6	9.1	8.4	9.4	8.1	7.7	6.8	7.2	8.4	8.2	9	7.4	8.2			
6. เด็ก 0-5 ปีมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ (ต่อเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 100 คน)	91.1	89.9	89.5	90.3	83.7	92.5	95.4	91	20.1	5.4	44.4	27.4	94	93.6	94	93.9
7. การคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน)	NA	75.6	70.2	72.7	54.1	67.8	79.8	63.4	NA	NA	NA	NA	72.8	69.2	83.7	75.7
8. การดูแลก่อนคลอดครบเกณฑ์คุณภาพ (ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน)	79.6	82.2	90.5	86.2	84	87.8	86.1	81.4	90.5	77.9	88.5	85.5	90	91.5	93.8	91.8
9. การดูแลมารดาหลังคลอด (ต่อมารดาหลังคลอด 100 คน)	89.5	78	80	82.2	87.6	95.7	96.2	89.2	89.8	71.7	86.5	82.1	89.4	92.6	95.1	92.4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กก่อนและหลังนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย HNQA มาใช้ในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กภายในกลุ่มโรงพยาบาลที่ทำ HNQA และกลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่ได้ทำ HNQA ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสกลนคร

ตัวชี้วัด	กลุ่มโรงพยาบาล HNQA										กลุ่มโรงพยาบาล non HNQA					
	2545	2546	2547	อัตราค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	2548	2549	2550	อัตราค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ	2545	2546	2547	อัตราค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ	2548	2549	2550	อัตราค่าเฉลี่ยหลังดำเนินการ
10. การดูแลทารกหลังคลอด (ต่อทารกหลังคลอด 100 คน)	89.9	87.5	84.1	81.8	91	98.7	98	90.8	89.5	71.9	75.6	78.3	89.8	95.8	96.2	94
11. การติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์ (ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน)	0	0.9	0.9	0.7	0.7	0.9	0.6	0.7	0.6	0.8	1	0.8	0.4	0.5	0.7	0.6
12. พัฒนาการสมวัยในเด็กอายุ 0 - 5 ปี (ต่อเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 100 คน)	NA	NA	NA	NA	81.9	83.6	88.5	88.8	NA	NA	NA	NA	97	93.8	99.8	98.8
13. ทารกตาย (ต่อทารก 1,000 คน)	5.3	0	1.6	3.1	0.7	2.4	2.5	1.8	3.8	0.8	0.8	1.9	3.7	0.5	2.7	2.3
14. มารดาคลอดมีอายุต่ำกว่า 20 ปี (ต่อหญิงตั้งครรภ์ 100 คน)	9.1	4.4	13.3	11.9	11.8	9.9	10.7	10.8	11.3	14.2	14.2	14.4	12.6	15.3	13.7	13.9
15. ทารกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (ต่อทารก 1,000 คน)	NA	NA	28.5	28.5	52.5	53.7	65.3	59.9	NA	NA	NA	NA	47.4	48.9	60.5	53.2

ของเครือข่ายที่บุคลากรสามารถปฏิบัติได้จริงแต่ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผลจากการนำกระบวนการนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลการพัฒนา

โดยคุณภาพในโรงพยาบาลเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเห็นเป็นรูปธรรม การพัฒนาเป็นไปอย่างก้าวกระโดด ผู้ปฏิบัติทุกระดับกระตือรือร้น ไม่เครียด ทำให้เกิดผลผลิตทางคุณภาพเพิ่มมากขึ้น หัวหน้าสามารถแก้ปัญหาได้เองในเบื้องต้น ทุกครั้งหลังการตรวจประเมินจะมีการจัดเวทีสัมมนา และติดตามเพื่อเสริมสร้างการทำงานให้เข้มแข็ง ซึ่งจะทำให้เกิดการปรับปรุงมาตรฐานให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของพัชรินทร์ ไชยเสนีย์<sup>(5)</sup> ที่พบว่าระดับบรรยากาศองค์กรของผู้ให้บริการเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การพัฒนาแบบเครือข่ายเป็นการเพิ่มภาระงาน การทราบข้อมูลข่าวสารในการพัฒนาคุณภาพ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแบบเครือข่ายเป็นการเพิ่มภาระงาน การทราบข้อมูลข่าวสาร

ในการพัฒนาคุณภาพยังไม่ทั่วถึง และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมบางอย่างยังไม่เพียงพอ อาจเป็นเพราะว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ซึ่งเป็นขนาดเล็ก และมีจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะงานที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน บุคลากรมีบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง และเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กทำให้มีงบประมาณน้อยในการพัฒนา

ผลการศึกษาผลงานอนามัยแม่และเด็ก โดยเทียบตามเกณฑ์ชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย มีแนวโน้มในการผ่านเกณฑ์ที่ดีและผ่านเกณฑ์ชี้วัดเพิ่ม

มากขึ้น แสดงให้เห็นว่า งานอนามัยแม่และเด็กมีความก้าวหน้าในการพัฒนามากขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างรวดเร็ว และมีการพัฒนาแบบก้าวกระโดดในหลาย ๆ หน่วยงาน โดยมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานและแนวคิดที่มุ่งเน้นที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น หัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติมีความกระตือรือร้นในการทำงานคุณภาพมากขึ้น โดยมีการร่วมมือกันแบบเครือข่ายซึ่งมีความต้องการพัฒนาคุณภาพของบริการที่ส่งมอบให้แก่ประชาชนให้ได้มาตรฐานเดียวกัน โดยอาศัยกำลังความคิด ศักยภาพ การเรียนรู้จากผลงานที่ได้ นำมาสร้างองค์ความรู้และนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง<sup>(6)</sup> และความสามารถของทีมงาน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานโดยใช้กระบวนการ

การตรวจประเมิน เป็นเครื่องมือในการเทียบเคียง (benchmarking) ไปทั่วทั้งเครือข่ายและใช้กิจกรรมการจัดทำมาตรฐาน (standardization) กำหนดมาตรฐานคุณภาพประจำเครือข่าย โดยให้ประชาชนผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการปรับปรุง โดยมาตรฐานคุณภาพประจำเครือข่าย สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของละมัยพร โลหิต<sup>(7)</sup> วรรัตน์ สุนทรสุข<sup>(8)</sup> พบว่า การจัดการคุณภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย และกระบวนการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานอนามัยอธิบายความผันแปรของประสิทธิผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของสถานอนามัย อยู่ในระดับดี

จากผลการศึกษาการผ่านเกณฑ์ชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย ถึงแม้ว่าจะมีทิศทาง การพัฒนาที่ดีขึ้น แต่ก็ยังพบว่า มีการผ่านเกณฑ์ชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย ทั้งนี้เนื่องจาก มีบริบทและโครงสร้าง ที่แตกต่างกัน อาทิ ขนาดของ

โรงพยาบาลและจำนวนประชากร ที่แตกต่างกัน จำนวนบุคลากร เช่น การมีสถิติแพทย์ทำให้มีศักยภาพการบริการที่ครอบคลุมในกลุ่มมารดาและทารก สอดคล้องกับผลการวิจัยของโคมยูกา เศรษฐี<sup>(9)</sup> พบว่า มีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก และสอดคล้องกับพัชรินทร์ ไชยเสนีย์<sup>(5)</sup> พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข คือ นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลไม่ชัดเจน ศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแตกต่างกัน ในเรื่อง งบประมาณ เครื่องมือวัสดุ จำนวนบุคลากร สิ่งแวดล้อม สถานที่ องค์กรความรู้

### ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางปรับปรุง ในด้านของการจัดอัตรากำลัง วัสดุอุปกรณ์ และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยให้การสนับสนุนในเรื่องงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน โดยการให้บุคลากรเข้าร่วมและรับการอบรม กระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย

ควรนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ไปกำหนดนโยบายในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การสนับสนุนการพัฒนางานเชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้สามารถปรับปรุงกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่ายให้ทัดเทียมกับโรงพยาบาลอื่น

### ข้อจำกัด

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้คณะผู้วิจัยได้เห็นปัญหาและอุปสรรคบางประการ เนื่องจากคณะผู้วิจัยเป็นกลุ่มข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีภารกิจการทำงานในความรับผิดชอบ

ค่อนข้างมาก ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ที่จะทำการศึกษาวิจัยได้หลายเรื่อง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นความสนใจเฉพาะด้านอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และต้องการพัฒนางานที่อยู่ในความรับผิดชอบให้ดียิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง ซึ่งต้องอาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานประจำเดือน ที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายหลายแห่ง ซึ่งระบบการจัดเก็บข้อมูลอีกทั้งโปรแกรมของเทคโนโลยีที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ทำให้มีความยากลำบากในการที่จะรวบรวมข้อมูล ทำให้เห็นแนวทางที่จะพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารภายในจังหวัด ให้มีความถูกต้องแม่นยำ และสะดวกในการที่จะจัดเก็บข้อมูลมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จาก นพ.ชรัตน์ วสุธาดา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้โอกาสและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ทพ. ดร. สุขสมัย สมพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุข 9 (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ดังปรากฏรายชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ที่ได้ให้ความกรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามเครื่องมือ รวมทั้งข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบคุณ คุณอุไรวรรณ ศรีตามา หัวหน้างานศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลสกลนคร ที่กรุณาให้คำปรึกษาข้อมูลทางสถิติ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลต่างอย โคก  
ศรีสุพรรณ กุดบาก คำตากล้า ส่องดาว บ้านม่วง เจริญศิลป์  
นิคมน้ำอุ่น โพนนาแก้ว และโรงพยาบาลกุสุมาลย์ ที่  
ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย  
ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะทำงานวิจัยทุกท่าน  
ที่ให้ความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จน  
สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การ  
สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพมหานคร: องค์การ  
รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548.
2. งานข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลต่างอย. สถิติงานอนามัยแม่  
และเด็ก ปี 2550. (อัดสำเนา) สกลนคร: โรงพยาบาลต่างอย;  
2550.
3. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการกระทรวงสาธารณสุข  
ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชม  
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2550.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6.  
กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น;
5. พชรินทร์ ไชยเสนีย์ “การพัฒนาคุณภาพบริการของโรง-  
พยาบาลตามมาตรฐานบริการสาธารณสุขของกระทรวง  
สาธารณสุข โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย”  
วารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2549; 1(3):17-25.
6. จักรภพ ชาติสุวรรณ, บรรณารักษ์. เอกสารประกอบการสัมมนา  
การควบคุมคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานงาน  
นโยบายและแผน. 17-19 มีนาคม 2548; ณ นอร์ทเทอรัน  
เฮอริเทจ รีสอร์ท แอนด์ สปา. เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
7. ละมัยพร โลहितโยธิน “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการ  
คุณภาพโดยองค์รวมกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับ  
รู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนา  
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต) สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตมหา-  
วิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
8. วรวิรัตน์ สุนทรสุข. “ประสิทธิผลการดำเนินงานอนามัยแม่และ  
เด็กของสถานีอนามัยในจังหวัดกำแพงเพชร (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาเอกบริหาร  
สาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย.  
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
9. โฉมยุพา เศรษฐี. “การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการ  
พัฒนาการบริหารงานอนามัยแม่ และเด็กของสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดในเขต 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิต) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

**Abstract** **A Comparison of Maternal and Child Health Improvement between Community Hospitals with Hospital Network Quality Audit (HNQA) Application and Community Hospitals without HNQA Application (non HNQA) in Sakon Nakhon Province**

**Prawit Sriboonrat**

Tao-Ngoi Hospital, Tao-Ngoi District, Sakon Nakhon

*Journal of Health Science* **2008; 17:236-49.**

Maternal and Child Health Improvement via Hospital network quality Audit process has been conducted in 5 community hospitals in Sakonnakhon province since 2005. The hospital including Tao ngoi hospital, Khok Sri Suphan hospital, Kud Bak hospital, Kamtakla hospital and Songdao hospital. The objective of this study was to compare the outcome of the Maternal and Child improvement between hospitals with HNQA and those without HNQA (Banmuang hospital, Kusuman hospital, Charoensin hospital, Nikom Namoun hospital, Phon Na kaew hospital: non HNQA). The retrospective descriptive study was conducted during the year 2002-2007 by collecting indicators about Maternal and Child Health from the ministry of public health monthly report in each hospital. Mean indicators in each group were calculated and compared. The study about the opinions of the nurses working in the maternal and child health field were included. The results revealed that the level of satisfaction of the nurses about the HNQA process was at a level with the mean of 3.79. SD 0.51. Based on the maternal and child health indicator achievements, 10 indicators could be observed as measured with hospitals without HNQA (non HNQA ) and 6 indicators with hospitals with HNQA. However, the Maternal and Child Health via the HNQA process. Trend of indicators to reach the goal is much better comparing to the one before HNQA was introduced to the hospitals. Suggestions were made to improve

**Key words:** **Maternal and Child Health, Hospital Network Quality Audit (HNQA), Maternal and Child Health indicator**