

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพทั้งหมด

1.1 ข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (ตารางที่ 7-15)

1.2 ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (ตารางที่ 16-24)

**ตอนที่ 2** ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ และเปรียบเทียบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน

2.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรม ในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (ตารางที่ 25)

2.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม ในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (ตารางที่ 26)

**ตอนที่ 3** ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพทั้งหมด

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

| การกำหนดพันธกิจเป้าหมาย<br>และวัตถุประสงค์                                | รพ.รัฐบาล<br>(n=80) |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|---|---------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|   | จำนวน               | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|   |                     |        |        |                    |        |        |                       |        |        |
| 1.มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบพันธกิจของหน่วยงาน                            | 80                  | 100    | 1      | 33                 | 100    | 1      | 113                   | 100    | 1      |
| 2.มีการประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรในหน่วยงาน        | 79                  | 98.8   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 111                   | 98.2   | 2      |
| 3.มีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับพันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน | 78                  | 97.5   | 3      | 32                 | 97     | 2      | 111                   | 98.2   | 2      |
| 4.มีการประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ         | 75                  | 93.8   | 4      | 32                 | 97     | 2      | 106                   | 93.7   | 3      |
| 5.ตรวจสอบพันธกิจที่หน่วยงานร่วมกันกำหนด                                   | 75                  | 93.8   | 4      | 31                 | 93.9   | 3      | 106                   | 93.7   | 3      |
| 6.มีการวางแผนเพื่อกำหนดพันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน         | 74                  | 92.5   | 5      | 31                 | 93.9   | 3      | 104                   | 92     | 4      |
| 7.มีการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน                                      | 73                  | 91.3   | 6      | 29                 | 87.9   | 4      | 103                   | 91.2   | 5      |
| 8.บุคลากรในหน่วยงานร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดพันธกิจของหน่วยงาน     | 70                  | 87.5   | 7      | 28                 | 84.4   | 5      | 99                    | 87.6   | 6      |



## ตารางที่ 7 (ต่อ)

| การกำหนดพันธกิจเป้าหมาย<br>และวัตถุประสงค์   | รพ.รัฐบาล |        |        | รพ.เอกชน |        |        | รพ.ทั้งหมด |        |        |
|--|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|  | (n=80)    |        | อันดับ | (n=33)   |        | อันดับ | (n=113)    |        | อันดับ |
|  | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 9.วางแผนการพัฒนาคูณภาพ<br>ของหน่วยงานร่วมกับทีมนำหรือ<br>ทีมพัฒนาคูณภาพทางคลินิก<br>(PCT) ของโรงพยาบาล         | 67        | 83.8   | 8      | 27       | 83.2   | 6      | 94         | 83.2   | 7      |
| 10.กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลร่วม<br>กันกำหนดพันธกิจแล้วขอความ<br>เห็นจากบุคลากรในหน่วยงาน                        | 62        | 77.5   | 9      | 25       | 75.8   | 7      | 85         | 75.2   | 8      |
| 11.กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคูณ<br>ภาพของหน่วยงานร่วมกับทีมนำ<br>หรือทีมพัฒนาคูณภาพทาง<br>คลินิก (PCT) ของโรงพยาบาล | 60        | 75     | 10     | 23       | 69.7   | 8      | 79         | 69.9   | 9      |
| 12.ปรับปรุงพันธกิจที่กำหนดไว้  | 49        | 61.3   | 11     | 19       | 57.6   | 9      | 74         | 65.5   | 10     |
| 13.มีส่วนร่วมในการแต่งตั้งคณะ<br>กรรมการพัฒนาคูณภาพของโรง<br>พยาบาล  | 28        | 35     | 12     | 10       | 30.3   | 10     | 38         | 33.6   | 11     |

จากตารางที่ 7 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลใน  
โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการกำหนด พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์  
พบว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพทั้งหมดมีการปฏิบัติกิจกรรม “มีการสื่อสารให้  
บุคลากรทราบพันธกิจของหน่วยงาน” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งโดยรวมและจำแนกตาม  
โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน อันดับรองลงมา มี 2 กิจกรรมคือกิจกรรม “มีการประชุมให้ความ  
รู้เกี่ยวกับการพัฒนาคูณภาพแก่บุคลากรในหน่วยงาน” และ “หน่วยงานมีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้อง  
คลึงกับพันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 98.2 ส่วนกิจกรรม  
ที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือกิจกรรม “มีส่วนร่วมในการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพของโรง  
พยาบาล” คิดเป็นร้อยละ 33.6

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
 พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการจัดองค์กรและการบริหาร

| การจัดองค์กรและการบริหาร  | รพ.รัฐบาล |        |        | รพ.เอกชน |        |        | รพ.ทั้งหมด |        |        |
|---|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|   | (n=80)    |        | อันดับ | (n=33)   |        | อันดับ | (n=113)    |        | อันดับ |
|   | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 1. มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง                            | 75        | 93.8   | 1      | 33       | 100    | 1      | 108        | 95     | 1      |
| 2. สื่อสารให้บุคลากรทราบถึงโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานพยาบาล                             | 72        | 90     | 2      | 32       | 97     | 2      | 103        | 91.2   | 2      |
| 3. จัดทำแบบบรรยายลักษณะงาน (Job description) ของบุคลากรในหน่วยงาน                       | 72        | 90     | 2      | 31       | 93.9   | 3      | 102        | 90.3   | 3      |
| 4. จัดทำสมุดปฏิบัติงานเพื่อชี้แจงหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในแต่ละเวร               | 71        | 88.8   | 3      | 31       | 93.9   | 3      | 102        | 90.3   | 3      |
| 5. มีการใช้การประชุมทีมงานหรือทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (PCT) เป็นช่องทางในการปรึกษาดตกลง | 71        | 88.8   | 3      | 30       | 90.9   | 4      | 101        | 89.4   | 4      |
| 6. ติดประกาศโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานพยาบาลให้เห็นชัดเจน                               | 65        | 81.3   | 4      | 30       | 90.9   | 4      | 97         | 85.8   | 5      |
| 7. มีการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับการขอคำปรึกษาที่กำหนดไว้                    | 63        | 78.8   | 5      | 27       | 81.8   | 5      | 90         | 79.6   | 6      |
| 8. กำหนดโครงสร้างพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน  | 57        | 71.1   | 6      | 24       | 72.7   | 6      | 76         | 67.3   | 7      |
| 9. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการบริการระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ                    | 49        | 56.3   | 7      | 23       | 69.7   | 7      | 72         | 63.7   | 8      |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| การจัดองค์กรและการบริหาร   | รพ.รัฐบาล<br>(n=80)   |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|--|---|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|  | จำนวน   | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|  | 10.มีการประเมินผลระบบการ<br>บริการระหว่างทีมสหสาขา<br>วิชาชีพ | 45     | 53.3   | 8                  | 20     | 60.6   | 8                     | 69     | 61.1   |
| 11.มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการขอ<br>คำปรึกษา  | 40  | 50.0   | 9      | 19                 | 57.6   | 9      | 60                    | 53.1   | 10     |
| 12.การจัดทำโครงสร้างองค์กร<br>ของหน่วยงานพยาบาล  | 38  | 47.5   | 10     | 16                 | 48.5   | 10     | 53                    | 46.9   | 11     |
| 13.กำหนดระเบียบปฏิบัติในการ<br>ขอคำปรึกษาและให้คำปรึกษา<br>ระหว่างบุคลากรต่างสาขา<br>วิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร<br>เป็นต้น | 36  | 45     | 11     | 15                 | 45.5   | 11     | 52                    | 46     | 12     |

จากตารางที่ 8 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพทั้งหมด ด้านการจัดองค์กรและการบริหาร พบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรม “มีการสื่อสารให้บุคลากรทราบถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.6 รองลงมาคือ “สื่อสารให้บุคลากรทราบถึงโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานพยาบาล” คิดเป็นร้อยละ 91.2 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือกิจกรรม “กำหนดระเบียบปฏิบัติในการขอคำปรึกษาและให้คำปรึกษาระหว่างบุคลากรต่างสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร เป็นต้น” คิดเป็นร้อยละ 46

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล

| การจัดการทรัพยากรบุคคล   | รพ.รัฐบาล<br>(n=80)                                |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|--|--|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|  | จำนวน  | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|  | 1.ให้คำปรึกษาหรือความช่วยเหลือแก่บุคลากรในหน่วยงาน | 80     | 100    | 1                  | 33     | 100    | 1                     | 113    | 100    |
| 2.จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงาน                          | 77   | 96.3   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 110                   | 97.3   | 2      |
| 3.มีระบบการจัดสรรอัตรากำลังเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน                  | 77   | 96.3   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 110                   | 97.3   | 2      |
| 4.แจ้งผลการประเมินเพื่อให้บุคลากรได้มีการพัฒนาและปรับปรุงตนเอง | 75   | 93.8   | 3      | 33                 | 100    | 1      | 106                   | 93.8   | 3      |
| 5.ประเมินผลการจัดอัตรากำลังจากผลการปฏิบัติงาน                  | 74   | 92.5   | 4      | 33                 | 100    | 1      | 104                   | 92     | 4      |
| 6.ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ                | 73   | 91.3   | 5      | 31                 | 93.9   | 2      | 103                   | 91.2   | 5      |
| 7.มีระบบกำกับดูแลการปฏิบัติงานของผู้ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ       | 71   | 88.8   | 6      | 31                 | 93.9   | 3      | 102                   | 90.3   | 6      |
| 8.ทำการวิเคราะห์ความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคลากร           | 65   | 81.3   | 7      | 31                 | 93.9   | 3      | 96                    | 85     | 7      |
| 9.ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยหัวหน้าหน่วยงาน           | 64   | 80     | 8      | 31                 | 93.9   | 3      | 95                    | 84.1   | 8      |
| 10.จัดทำแผนการจัดอัตรากำลัง                                    | 63   | 78.8   | 9      | 30                 | 90.9   | 4      | 93                    | 82.3   | 9      |
| 11.ทำการวิเคราะห์อัตรากำลัง                                    | 62   | 77.5   | 10     | 29                 | 87.9   | 5      | 92                    | 81.4   | 10     |
| 12.ทำการปรับปรุงแก้ไขการจัดอัตรากำลัง                          | 59   | 73.8   | 11     | 29                 | 87.9   | 6      | 91                    | 80.5   | 11     |
| 13.ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยผู้ร่วมงาน               | 59   | 73.8   | 11     | 28                 | 84.8   | 7      | 84                    | 74.3   | 12     |
| 14.ทำการวิเคราะห์ภาระงาน                                       | 56   | 70     | 12     | 28                 | 84.8   | 7      | 81                    | 71.7   | 13     |

ตารางที่ 9 (ต่อ)

| การจัดการทรัพยากรบุคคล                             | รพ.รัฐบาล |        | อันดับ | รพ.เอกชน |       | อันดับ | รพ.ทั้งหมด |      | อันดับ |
|--|-----------|--------|--------|----------|-------|--------|------------|------|--------|
|  | (n=80)    |        |        | (n=33)   |       |        | (n=113)    |      |        |
|  | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ   | จำนวน | ร้อยละ |            |      |        |
| 15.มีการประเมินผลระบบการประเมินผลทุก 6 เดือน       | 52        | 65     | 13     | 25       | 75.8  | 8      | 76         | 67.3 | 14     |
| 16.ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยผู้ให้บริการ | 43        | 58.3   | 14     | 23       | 69.7  | 9      | 72         | 63.5 | 15     |
| 17.ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยฝ่ายบุคคล    | 43        | 58.3   | 15     | 20       | 60.6  | 10     | 23         | 20.4 | 16     |
| 18.มีการประเมินผลการปฏิบัติงานแบบ 360 องศา         | 0         | 0      | 15     | 15       | 45.5  | 11     | 15         | 13.3 | 17     |

จากตารางที่ 9 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล พบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรม “ให้คำปรึกษาหรือความช่วยเหลือแก่บุคลากรในหน่วยงาน” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา มี 2 กิจกรรมคือ “จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงาน” และ “มีระบบการจัดสรรอัตรากำลังเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน” คิดเป็นร้อยละ 97.3 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ กิจกรรม “มีการประเมินผลการปฏิบัติงานแบบ 360 องศา” คิดเป็นร้อยละ 13.3 และพบว่า โรงพยาบาลรัฐบาล ไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติงานแบบ 360 องศา

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

| การพัฒนาทรัพยากรบุคคล   | รพ.รัฐบาล<br>(n=80) |        |        | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        |        | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        |        |
|---|---------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|   | จำนวน               | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน              | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน                 | ร้อยละ | อันดับ |
|   |                     |        |        |                    |        |        |                       |        |        |
| 1.มีการวางแผนการพัฒนาบุคลากร  | 78                  | 97.5   | 1      | 33                 | 100    | 1      | 111                   | 98.2   | 1      |
| 2.จัดให้มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่บุคลากรในระหว่างปฏิบัติงานเช่น จัดบอร์ดวิชาการ Case conference | 77                  | 96.3   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 109                   | 96.5   | 2      |
| 3.ประเมินความต้องการการพัฒนาของบุคลากร (Training need) ในหน่วยงาน   | 76                  | 95     | 3      | 33                 | 100    | 1      | 108                   | 95.6   | 3      |
| 4.ส่งเสริมทักษะแก่บุคลากรที่ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน   | 75                  | 93.8   | 4      | 32                 | 97     | 2      | 108                   | 95.6   | 3      |
| 5.จัดทำแผนการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่  | 75                  | 93.8   | 4      | 32                 | 97     | 2      | 107                   | 94.7   | 4      |
| 6.ส่งเสริมให้บุคลากรมีความเชี่ยวชาญมากขึ้นในทักษะที่ตนเองถนัด   | 75                  | 93.8   | 4      | 32                 | 97     | 2      | 106                   | 93.8   | 5      |
| 7.ประเมินความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรในหน่วยงาน                                      | 73                  | 91.3   | 5      | 31                 | 93.9   | 3      | 105                   | 92.9   | 6      |
| 8.จัดกิจกรรมส่งเสริมวิชาการแก่บุคลากร เช่น Grand round, Case conference เป็นต้น                           | 73                  | 91.3   | 6      | 31                 | 93.9   | 3      | 102                   | 90.3   | 7      |
| 9.จัดทำแผนการฝึกอบรมในหน่วยงาน  | 69                  | 86.3   | 7      | 29                 | 87.9   | 4      | 101                   | 89.4   | 8      |
| 10.ร่วมจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรในแต่ละปี   | 68                  | 85     | 8      | 28                 | 84.8   | 5      | 95                    | 84.1   | 9      |



ตารางที่ 10 (ต่อ)

| การพัฒนาทรัพยากรบุคคล  | รพ.รัฐบาล |        | อันดับ | รพ.เอกชน |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด |        | อันดับ |
|--|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|  | (n=80)    |        |        | (n=33)   |        |        | (n=113)    |        |        |
|  | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 11.มีการเตรียมความพร้อมแก่บุคลากรก่อนประจำการ เช่น จัดให้มีระบบพี่เลี้ยงแก่บุคลากรใหม่           | 67        | 83.8   | 9      | 28       | 84.8   | 5      | 93         | 82.3   | 10     |
| 12.มีการติดตามประเมินผลบุคลากรหลังการฝึกอบรม   | 57        | 71.3   | 10     | 27       | 81.8   | 6      | 85         | 75.2   | 11     |
| 13.จัดทำแผนสนับสนุนการศึกษาของบุคลากรในหน่วยงาน  | 53        | 66.3   | 11     | 26       | 78.8   | 7      | 78         | 69.0   | 12     |
| 14.ร่วมจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง   | 47        | 58.8   | 12     | 25       | 75.8   | 8      | 70         | 61.9   | 13     |
| 15.จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมจริยธรรม คุณธรรมแก่บุคลากรในหน่วยงาน                                     | 40        | 50     | 13     | 20       | 60.6   | 9      | 60         | 53.1   | 14     |
| 16.จัดทำแผนให้บุคลากรได้รับการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรต่างๆ เช่น ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก | 33        | 41.3   | 14     | 12       | 36.4   | 10     | 45         | 39.8   | 15     |

จากตารางที่ 10 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล พบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรม “มีการวางแผนการพัฒนาบุคลากร” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมาคือ “จัดให้มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่บุคลากรในระหว่างปฏิบัติงาน เช่น การจัดบอร์ด วิชาการ Case conference” คิดเป็นร้อยละ 96.5 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือกิจกรรม “ร่วมจัดทำแผนให้บุคลากรได้รับการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรต่างๆ เช่น ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก” คิดเป็นร้อยละ 39.8

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
 พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านนโยบาย และวิธีปฏิบัติ

| นโยบาย และวิธีปฏิบัติ   | รพ.รัฐบาล |        |        | รพ.เอกชน |        |        | รพ.ทั้งหมด |        |        |
|---|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|   | (n=80)    |        | อันดับ | (n=33)   |        | อันดับ | (n=113)    |        | อันดับ |
|   | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 1. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อนำมาจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)                  | 80        | 100    | 1      | 33       | 100    | 1      | 113        | 100    | 1      |
| 2. มีการนำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction) มาใช้ในหน่วยงาน                                  | 80        | 100    | 1      | 33       | 100    | 1      | 113        | 100    | 1      |
| 3. มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction) โดยคำนึงถึงเรื่องที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพงาน | 80        | 100    | 1      | 33       | 100    | 1      | 113        | 100    | 1      |
| 4. มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)   | 79        | 98.8   | 2      | 33       | 100    | 1      | 112        | 99.1   | 2      |
| 5. มอบหมายให้ผู้ได้บังคับบัญชาจัดทำวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)  | 79        | 98.8   | 2      | 33       | 100    | 1      | 112        | 99.1   | 2      |
| 6. ประกาศใช้เอกสาร ระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) วิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)  | 79        | 98.8   | 2      | 33       | 100    | 1      | 111        | 98.2   | 3      |
| 7. ปรับปรุงแก้ไขระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)  | 78        | 97.3   | 3      | 32       | 97     | 2      | 109        | 96.5   | 3      |

ตารางที่ 11 (ต่อ)

| นโยบาย และวิธีปฏิบัติ  | รพ.รัฐบาล |        | อันดับ | รพ.เอกชน |       | อันดับ | รพ.ทั้งหมด |      | อันดับ |
|--|-----------|--------|--------|----------|-------|--------|------------|------|--------|
|  | (n=80)    |        |        | (n=33)   |       |        | (n=113)    |      |        |
|  | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ   | จำนวน | ร้อยละ |            |      |        |
| 8.จัดทำระเบียบปฏิบัติ<br>(Procedure manual) และวิธี<br>ปฏิบัติงาน (Work instruction)                                   | 75        | 93.8   | 4      | 32       | 97    | 2      | 107        | 94.7 | 4      |
| 9.ประเมินผลระเบียบปฏิบัติ<br>(Procedure manual) และวิธี<br>ปฏิบัติงาน (Work instruction)                               | 73        | 91.3   | 5      | 31       | 93.9  | 3      | 104        | 92   | 5      |
| 10.จัดทำแผนการพัฒนาคคุณภาพ<br>ในหน่วยงาน   | 71        | 88.8   | 6      | 31       | 93.9  | 3      | 100        | 88.5 | 6      |
| 11.มีการทบทวนระเบียบปฏิบัติ<br>(Procedure manual) และวิธี<br>ปฏิบัติงาน (Work instruction)<br>ทุก 1 ปี หรือเมื่อจำเป็น | 68        | 85.0   | 7      | 27       | 81.8  | 4      | 99         | 87.6 | 7      |
| 12.มีส่วนร่วมกัทีมผู้บริหาร<br>กำหนดนโยบายการพัฒนาค<br>ภาพ   | 48        | 60     | 8      | 18       | 54.5  | 5      | 66         | 58.4 | 8      |

จากตารางที่ 11 พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคคุณภาพบริการของหน่วยงาน พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ พบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุด ใน 3 กิจกรรมคือ “มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อนำมาจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)” “มีการนำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction) มาใช้ในหน่วยงาน” และ “มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction) โดยคำนึงถึงเรื่อง ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพงาน” คิดเป็นร้อยละ 100

กิจกรรมที่มีการปฏิบัติรองลงมา คือ กิจกรรม “มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)” และกิจกรรม “ประกาศใช้เอกสาร ระเบียบปฏิบัติ (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)” คิดเป็นร้อยละ 98.2

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่

| สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่  | รพ.รัฐบาล |        |        | รพ.เอกชน |        |        | รพ.ทั้งหมด |        |        |
|--|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|  | (n=80)    |        | อันดับ | (n=33)   |        | อันดับ | (n=113)    |        | อันดับ |
|  | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 1.แบ่งเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ<br>ในการรักษาความสะอาด ให้แก่<br>บุคลากรในหน่วยงาน               | 80        | 100    | 1      | 33       | 100    | 1      | 111        | 98.2   | 1      |
| 2.จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนา<br>สิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน เช่น<br>กรรมการกิจกรรม 5 ส              | 77        | 96.3   | 2      | 33       | 100    | 1      | 110        | 97.3   | 2      |
| 3.มีการปรับปรุงสถานที่ พื้นที่ใช้<br>สอยในหน่วยงาน   | 77        | 96.3   | 2      | 33       | 100    | 1      | 110        | 97.3   | 2      |
| 4.จัดให้มีพยาบาลควบคุมโรคติดต่อ<br>เชื้อ (ICWN) ในหน่วยงานให้ดีขึ้น                            | 77        | 96.3   | 2      | 32       | 97     | 2      | 108        | 95.6   | 3      |
| 5.จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนา<br>สิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน เช่น<br>กรรมการกิจกรรม 5 ส              | 76        | 95     | 3      | 32       | 97     | 2      | 108        | 95.6   | 3      |
| 6.ประเมินผลการพัฒนาสิ่งแวดล้อม<br>ในหน่วยงาน เช่น ประเมิน<br>ผลการทำกิจกรรม 5 ส                | 76        | 95     | 3      | 32       | 97     | 2      | 107        | 94.7   | 4      |
| 7.วางแผนป้องกันความเสี่ยงทาง<br>กายภาพในหน่วยงาน   | 73        | 91.3   | 4      | 32       | 97     | 2      | 105        | 92.9   | 5      |
| 8.ทำการวิเคราะห์ความเสี่ยงทาง<br>กายภาพในหน่วยงาน  | 71        | 88.8   | 5      | 31       | 93.9   | 3      | 102        | 90.3   | 6      |
| 9.เสนอชื่อบุคลากรในหน่วยงาน<br>เข้าร่วมเป็นกรรมการป้องกันและ<br>ควบคุมโรคติดต่อเชื้อในหน่วยงาน | 69        | 86.3   | 6      | 31       | 93.9   | 3      | 102        | 90.3   | 6      |

ตารางที่ 12 (ต่อ)

| สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่  | รพ.รัฐบาล |        | อันดับ | รพ.เอกชน |       | อันดับ | รพ.ทั้งหมด |      | อันดับ |
|--|-----------|--------|--------|----------|-------|--------|------------|------|--------|
|  | (n=80)    |        |        | (n=33)   |       |        | (n=113)    |      |        |
|  | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ   | จำนวน | ร้อยละ |            |      |        |
| 10.มีการจัดทำแผนป้องกันอัคคีภัยในหน่วยงาน  | 69        | 86.3   | 6      | 31       | 93.9  | 3      | 101        | 89.4 | 7      |
| 11.ประสานงานกับบุคลากรฝ่ายซ่อมบำรุงในการดูแลตรวจสอบอาคารสถานที่ของหน่วยงาน       | 65        | 81.3   | 7      | 30       | 90.9  | 4      | 101        | 89.4 | 7      |
| 12.ดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงทางกายภาพในหน่วยงาน                                   | 65        | 81.3   | 7      | 30       | 90.9  | 4      | 97         | 85.8 | 8      |
| 13.เสนอชื่อบุคลากรเข้าร่วมเป็นกรรมการควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน                  | 61        | 76.3   | 8      | 27       | 81.8  | 5      | 83         | 73.5 | 9      |
| 14.มีการจัดซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยในหน่วยงาน                                      | 54        | 67.5   | 9      | 27       | 81.8  | 5      | 80         | 70.8 | 10     |
| 15.เสนอชื่อบุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมเป็นกรรมการของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อม | 51        | 63.8   | 10     | 26       | 78.8  | 6      | 76         | 67.3 | 11     |
| 16.ประเมินผลการแก้ไขความเสี่ยงทางกายภาพในหน่วยงาน                                | 49        | 61.3   | 11     | 26       | 78.8  | 6      | 76         | 67.3 | 11     |
| 17.เสนอชื่อบุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมเป็นกรรมการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาล       | 47        | 58.8   | 12     | 25       | 75.6  | 7      | 70         | 61.9 | 12     |
| 18.จัดทำมาตรฐานความสะอาดและสิ่งแวดล้อมของหน่วยงาน                                | 44        | 55     | 13     | 25       | 75.6  | 7      | 66         | 58.4 | 13     |
| 19.มีการประเมินผลการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยในหน่วยงาน                             | 43        | 53.8   | 14     | 23       | 69.7  | 8      | 66         | 58.3 | 13     |
| 20.ทำการวิเคราะห์สถานที่พื้นที่ใช้สอยในหน่วยงาน                                  | 40        | 50.0   | 15     | 22       | 66.7  | 9      | 65         | 57.5 | 14     |

จากตารางที่ 12 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ พบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรม “แบ่งเขตพื้นที่ความรับผิดชอบในการรักษาความสะอาดให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.2 กิจกรรมที่มีการปฏิบัติรองลงมา คือ “จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน เช่น กรรมการกิจกรรม 5 ส” และกิจกรรม “มีการปรับปรุงสถานที่ พื้นที่ใช้สอยในหน่วยงานให้ดีขึ้น” คิดเป็นร้อยละ 97.3

ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ กิจกรรม “ทำการวิเคราะห์สถานที่ พื้นที่ใช้สอยในหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 57.5

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

| เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่ง<br>อำนวยความสะดวก  | รพ.รัฐบาล<br>(n=80) |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|---|---------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|   | จำนวน               | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|   |                     |        |        |                    |        |        |                       |        |        |
| 1.จัดทำหรือจัดให้มีคู่มือการใช้<br>และการบำรุงรักษาเครื่องมือ                           | 78                  | 97.5   | 1      | 32                 | 97     | 1      | 107                   | 94.7   | 1      |
| 2.จัดระบบให้มีการตรวจสอบ<br>ความพร้อมของเครื่องมืออย่าง<br>สม่ำเสมอ                     | 74                  | 92.5   | 2      | 32                 | 97     | 1      | 106                   | 93.8   | 2      |
| 3.กำหนดผู้รับผิดชอบเครื่องมือ<br>และอุปกรณ์ทางการแพทย์ชั้น<br>หลักๆในหน่วยงาน           | 73                  | 91.3   | 3      | 30                 | 90.9   | 2      | 105                   | 92.9   | 3      |
| 4.ประสานงานกับหน่วยงานอื่น<br>เพื่อเช็คตรวจซ่อมเครื่องมือ และ<br>อุปกรณ์ทางการแพทย์     | 72                  | 90     | 4      | 29                 | 87.9   | 3      | 100                   | 88.5   | 4      |
| 5.การวิเคราะห์ความต้องการการ<br>ใช้เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์<br>ในหน่วยงาน     | 71                  | 88.8   | 5      | 29                 | 87.9   | 3      | 99                    | 87.6   | 5      |
| 6.ประเมินความพอเพียงของ<br>เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และสิ่ง<br>อำนวยความสะดวกในหน่วยงาน | 70                  | 87.5   | 6      | 29                 | 87.9   | 3      | 96                    | 85.0   | 6      |
| 7.จัดให้มีระบบสำรองเครื่องมือ<br>และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่<br>จำเป็นในหน่วยงาน      | 69                  | 86.3   | 7      | 28                 | 84.8   | 4      | 96                    | 85.0   | 6      |
| 8.จัดทำรายงานเสนอของบ<br>ประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือที่<br>หน่วยงานต้องการ             | 69                  | 86.3   | 7      | 27                 | 81.8   | 5      | 94                    | 83.2   | 7      |

ตารางที่ 13 (ต่อ)

| เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่ง<br>อำนวยความสะดวก                                  | รพ.รัฐบาล |        | อันดับ | รพ.เอกชน |       | อันดับ | รพ.ทั้งหมด |      | อันดับ |
|---|-----------|--------|--------|----------|-------|--------|------------|------|--------|
|   | (n=80)    |        |        | (n=33)   |       |        | (n=113)    |      |        |
|   | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ   | จำนวน | ร้อยละ |            |      |        |
| 9.จัดทำรายงานเสนอขอของบ<br>ประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือที่<br>หน่วยงานต้องการ | 69        | 86.3   | 7      | 26       | 78.8  | 6      | 92         | 81.4 | 8      |
| 10.จัดทำแผนบำรุงรักษาเครื่อง<br>มือของหน่วยงาน                                | 61        | 76.3   | 8      | 25       | 75.8  | 7      | 90         | 79.6 | 9      |
| 11.จัดอบรมบุคลากรที่ใช้เครื่อง<br>มือพิเศษ                                    | 45        | 56.3   | 9      | 21       | 63.6  | 8      | 74         | 65.5 | 10     |
| 12.มีการจัดทำประวัติเครื่องมือ<br>ทุกชิ้นในหน่วยงาน                           | 42        | 52.5   | 10     | 19       | 57.6  | 9      | 58         | 51.3 | 11     |
| 13.กำหนดคุณลักษณะของ<br>เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับ<br>คณะกรรมการจัดซื้อ | 39        | 48.8   | 11     | 10       | 30.3  | 10     | 52         | 46.0 | 12     |

จากตารางที่ 13 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลใน  
โรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก  
พบว่าการปฏิบัติกิจกรรม “จัดทำหรือจัดให้มีคู่มือการใช้และการบำรุงรักษาเครื่องมือ” มากที่  
สุด คิดเป็นร้อยละ 94.7 รองลงมาคือ “จัดระบบให้มีการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมืออย่าง  
สม่ำเสมอ” คิดเป็นร้อยละ 93.8 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ กิจกรรม “กำหนดคุณ  
ลักษณะของเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ร่วมกับคณะกรรมการจัดซื้อ” คิดเป็นร้อยละ 46



ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านระบบงาน และกระบวนการให้  
บริการ

| ระบบงาน และกระบวนการ<br>ให้บริการ  | รพ.รัฐบาล |        |        | รพ.เอกชน |        |        | รพ.ทั้งหมด |        |        |
|--|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|  | (n=80)    |        | อันดับ | (n=33)   |        | อันดับ | (n=113)    |        | อันดับ |
|  | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 1. มีการรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อ<br>เสนอแนะจากผู้ป่วยและครอบครัว                                    | 78        | 98.5   | 1      | 33       | 100    | 1      | 111        | 98.2   | 1      |
| 2. มีการประเมินความพึงพอใจ<br>ของผู้ป่วย   | 77        | 96.5   | 2      | 33       | 100    | 1      | 110        | 97.3   | 2      |
| 3. ปรับปรุงแก้ไข Care Map หรือ<br>Clinical Pathway   | 77        | 96.5   | 2      | 33       | 100    | 1      | 109        | 96.5   | 3      |
| 4. ปรับปรุงระบบการให้สุศึกษา<br>และข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและ<br>ญาติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น        | 76        | 95     | 3      | 33       | 100    | 1      | 109        | 96.5   | 3      |
| 5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว<br>มีส่วนร่วมในการวางแผนและการ<br>ตัดสินใจเพื่อการรักษา           | 74        | 92.5   | 4      | 32       | 97     | 2      | 107        | 94.7   | 4      |
| 6. มีการเตรียมความพร้อมของผู้<br>ป่วย ทั้งด้านการให้ข้อมูลต่างๆ<br>ของหน่วยงานและการเซ็นยิน<br>ยอม | 73        | 91.3   | 5      | 32       | 97     | 2      | 102        | 90.3   | 5      |
| 7. มีการวิเคราะห์กระบวนการ<br>หลักของการดูแลผู้ป่วย  | 71        | 88.8   | 6      | 30       | 90.9   | 3      | 101        | 89.4   | 6      |
| 8. จัดบุคลากรในหน่วยงานให้ร่วม<br>ทีม PCT (Patient care team)                                      | 70        | 87.5   | 7      | 30       | 90.9   | 3      | 101        | 89.4   | 6      |
| 9. มีการนำ Care Map หรือ<br>Clinical Pathway มาใช้   | 69        | 86.3   | 8      | 29       | 87.9   | 4      | 94         | 83.2   | 7      |
| 10. จัดทำรายงานผลการประเมิน<br>ความพึงพอใจของผู้ป่วย   | 64        | 80     | 9      | 28       | 84.8   | 5      | 94         | 83.2   | 7      |

ตารางที่ 14 (ต่อ)

| ระบบงานและกระบวนการ<br>ให้บริการ  | รพ.รัฐบาล |        | อันดับ | รพ.เอกชน |       | อันดับ | รพ.ทั้งหมด |      | อันดับ |
|---|-----------|--------|--------|----------|-------|--------|------------|------|--------|
|   | (n=80)    |        |        | (n=33)   |       |        | (n=113)    |      |        |
|   | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ   | จำนวน | ร้อยละ |            |      |        |
| 11.มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทุกระยะของการรักษา (ก่อนการรักษา ขณะรักษา และหลังการรักษา) | 63        | 78.8   | 10     | 26       | 78.8  | 6      | 89         | 78.8 | 8      |
| 12.มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)   | 60        | 75     | 11     | 25       | 75.8  | 7      | 89         | 78.8 | 8      |
| 13.ร่วมจัดทำ Care Map หรือ Clinical Pathway   | 59        | 73.8   | 12     | 25       | 75.8  | 7      | 86         | 76.1 | 9      |
| 14.มอบหมายให้บุคลากรในหน่วยงานทำ Care Map หรือ Clinical Pathway                             | 58        | 72.5   | 13     | 22       | 66.7  | 8      | 85         | 75.2 | 10     |
| 15.มีการประเมินผลการใช้ Care Map หรือ Clinical Pathway                                      | 57        | 71.3   | 14     | 21       | 63.6  | 9      | 79         | 69.2 | 11     |
| 16.มีการประเมินผลการใช้ Care Map หรือ Clinical Pathway                                      | 53        | 66.3   | 15     | 20       | 60.6  | 10     | 72         | 63.7 | 12     |
| 17.จัดให้มีกิจกรรม Peer Review ในหน่วยงาน   | 48        | 60     | 16     | 19       | 57.6  | 11     | 70         | 61.9 | 13     |
| 18.มีการทบทวนเวชระเบียน   | 46        | 57.5   | 17     | 19       | 57.6  | 11     | 65         | 57.5 | 14     |
| 19.จัดตั้งทีม PCT (Patient care team) ในหน่วยงาน  | 45        | 56.3   | 18     | 19       | 57.6  | 11     | 65         | 57.5 | 14     |
| 20.จัดตั้งคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบงาน  | 45        | 56.3   | 19     | 16       | 48.5  | 12     | 62         | 54.9 | 15     |

จากตารางที่ 14 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพทั้งหมด ด้านระบบงานและกระบวนการให้บริการ พบว่ามีการปฏิบัติกิจกรรม “รับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและครอบครัว” มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมา คือกิจกรรม “ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย” คิดเป็นร้อยละ 97.3 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ กิจกรรม “จัดตั้งคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบงาน” คิดเป็นร้อยละ 54.9

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
 พยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

| กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ   | รพ.รัฐบาล<br>(n=80)   |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|--|---|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|  | จำนวน   | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|  | 1. มีเกณฑ์ตัดสินใจในการคัดเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนา เช่น ความรุนแรงของปัญหา ความเร่งด่วนของปัญหา เป็นต้น | 79     | 98.8   | 1                  | 33     | 100    | 1                     | 112    | 99.1   |
| 2. มีการค้นหาโอกาสพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการดูแลรักษา เป็นต้น | 78  | 97.5   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 111                   | 98.2   | 2      |
| 3. ชี้แจงให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานทราบถึงเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ  | 78  | 97.5   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 111                   | 98.2   | 2      |
| 4. มีการทำกิจกรรม 5 ส อย่างสม่ำเสมอ  | 78  | 97.5   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 110                   | 97.3   | 3      |
| 5. ประเมินคุณภาพงานจากเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ   | 78  | 97.5   | 2      | 33                 | 100    | 1      | 110                   | 97.3   | 3      |
| 6. มีการนำข้อมูลที่ได้จากการค้นหาโอกาสพัฒนาคุณภาพมาปรับปรุงระเบียบปฏิบัติงาน (Procedure manual) และวิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)       | 77  | 96.3   | 3      | 33                 | 100    | 1      | 109                   | 96.5   | 4      |
| 7. ปรับปรุงคุณภาพงานจากเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ (Suggestion system)  | 76  | 95     | 4      | 32                 | 97     | 2      | 108                   | 95.6   | 5      |

## ตารางที่ 15 (ต่อ)

| กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ  | รพ.รัฐบาล |        |        | รพ.เอกชน |        |        | รพ.ทั้งหมด |        |        |
|---|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|   | (n=80)    |        | อันดับ | (n=33)   |        | อันดับ | (n=113)    |        | อันดับ |
|   | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 8.นำเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของ<br>โรงพยาบาล มาพิจารณา<br>ประกอบการทำกิจกรรมพัฒนา<br>คุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) | 75        | 94.8   | 5      | 32       | 97     | 2      | 108        | 95.6   | 5      |
| 9.ประชุมบุคลากรในหน่วยงาน<br>อย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาทางแก้ไข<br>ปัญหาและพัฒนาคุณภาพอย่าง<br>ต่อเนื่อง         | 74        | 93.5   | 6      | 31       | 93.9   | 3      | 107        | 94.7   | 6      |
| 10.บุคลากรร่วมกำหนดเกณฑ์ตัว<br>ชี้วัดคุณภาพในหน่วยงาน   | 68        | 85     | 7      | 31       | 93.9   | 3      | 99         | 87.6   | 7      |
| 11.มีการสำรวจ OP/IP Voices<br>อย่างสม่ำเสมอ   | 66        | 82.5   | 8      | 29       | 87.9   | 4      | 95         | 84.1   | 8      |
| 12.จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพใน<br>หน่วยงาน  | 66        | 82.5   | 8      | 27       | 81.8   | 5      | 92         | 81.4   | 9      |
| 13.มีการรายงานผลจาก OP/IP<br>Voices เข้าที่ประชุมฝ่ายบริหาร<br>ของโรงพยาบาลเพื่อหาทางแก้ไข                  | 65        | 81.3   | 9      | 26       | 78.8   | 6      | 88         | 77.9   | 10     |
| 14.มีการทำกิจกรรม ESB   | 61        | 76.3   | 10     | 19       | 57.6   | 7      | 82         | 72.6   | 11     |
| 15.มีการทำกิจกรรม OD  | 60        | 75     | 11     | 17       | 51.5   | 8      | 75         | 66.4   | 12     |
| 16.มีการทำกิจกรรม SS  | 41        | 51.1   | 12     | 15       | 45.5   | 9      | 60         | 53.1   | 13     |

จากตารางที่ 15 การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ พบว่า กิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ “มีเกณฑ์ตัดสินใจในการคัดเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการพัฒนา เช่น ความรุนแรงของปัญหา ความเร่งด่วนของปัญหา” คิดเป็นร้อยละ 99.1 กิจกรรมที่มีการปฏิบัติรองลงมา มี 2 กิจกรรมคือ “ชี้แจงให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานทราบถึงเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพงาน” และกิจกรรม “มีการค้นหาโอกาสพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการดูแลรักษา เป็นต้น” คิดเป็นร้อยละ 98.2 ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ “กิจกรรมข้อเสนอแนะ SS” คิดเป็นร้อยละ 53.1

ตอนที่ 2 ข้อมูลเอกสารหรือข้อความเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารหรือข้อความเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

| การกำหนดพันธกิจ<br>เป้าหมาย และวัตถุประสงค์         | รพ.รัฐ<br>(n=80)                    |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|---|-------------------------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|   | จำนวน                               | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|   | 1.ข้อความที่แสดง พันธกิจของหน่วยงาน | 80     | 100    | 1                  | 33     | 100    | 1                     | 113    | 100    |
| 2.ข้อความที่แสดง วิสัยทัศน์ของหน่วยงาน              | 80                                  | 100    | 1      | 33                 | 100    | 1      | 113                   | 100    | 1      |
| 3.ข้อความแสดงขอบเขตการปฏิบัติงานของหน่วยงาน         | 77                                  | 96.2   | 2      | 30                 | 90.9   | 2      | 107                   | 94.7   | 2      |
| 4.แผนพัฒนาคุณภาพหรือแผนพัฒนาระบบงาน                 | 62                                  | 77.5   | 3      | 26                 | 78.8   | 4      | 88                    | 77.9   | 3      |
| 5.ข้อความที่แสดงปรัชญาของหน่วยงาน                   | 53                                  | 66.3   | 4      | 29                 | 87.9   | 3      | 82                    | 72.6   | 4      |
| 6.ข้อความที่แสดงเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน | 52                                  | 65     | 5      | 24                 | 72.7   | 5      | 76                    | 67.3   | 5      |

จากตารางที่ 16 การมีเอกสารหรือข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ พบว่า โดยรวมทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน มีเอกสารหรือข้อความที่พบมากที่สุดคือ “ข้อความที่แสดง พันธกิจ ของหน่วยงาน” และ “ข้อความที่แสดง วิสัยทัศน์ ของหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ “ข้อความแสดงขอบเขตการปฏิบัติงานของหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 94.7 ส่วนข้อความที่พบน้อยที่สุดคือ “ข้อความที่แสดงเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ของหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 67.3

ตารางที่ 17 จำนวนและ ร้อยละ ของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน การจัดองค์กร และการบริหาร

| การจัดองค์กร และการบริหาร                                      | รพ.รัฐบาล |        | อันดับ | รพ.เอกชน |       | อันดับ | รพ.ทั้งหมด |      | อันดับ |
|--|-----------|--------|--------|----------|-------|--------|------------|------|--------|
|  | (n=80)    |        |        | (n=33)   |       |        | (n=113)    |      |        |
|  | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ   | จำนวน | ร้อยละ |            |      |        |
| 1.รายงานการประชุมภายในหน่วยงาน                                 | 80        | 100    | 1      | 32       | 97    | 2      | 112        | 99.1 | 1      |
| 2.ผังโครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน                                | 78        | 97.5   | 2      | 33       | 100   | 1      | 111        | 98.2 | 2      |
| 3.รายงานเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์พิเศษ              | 78        | 97.5   | 2      | 29       | 87.9  | 4      | 107        | 94.7 | 3      |
| 4.สมุดชี้แจงหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในแต่ละเวร           | 75        | 93.8   | 3      | 30       | 90.9  | 3      | 105        | 92.9 | 4      |
| 5.เอกสารบรรยายลักษณะงาน (Job description) ของบุคลากรในหน่วยงาน | 71        | 88.8   | 4      | 28       | 84.8  | 5      | 99         | 88.6 | 5      |
| 6.รายงานการประชุมระหว่างหน่วยงาน                               | 70        | 87.5   | 5      | 30       | 90.9  | 3      | 100        | 87.5 | 6      |
| 7.ผังโครงสร้างพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน                           | 49        | 61.3   | 6      | 27       | 81.8  | 6      | 76         | 67.2 | 7      |
| 8.รายงานผลสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ                      | 33        | 41.3   | 7      | 24       | 72.7  | 7      | 57         | 50.4 | 8      |

จากตารางที่ 17 การมีเอกสารหรือข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน การจัดองค์กร และการบริหาร พบว่าเอกสารหรือข้อความที่พบมากที่สุดคือ “รายงานการประชุมภายในหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 99.1 รองลงมาคือ “ผังโครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 98.2 ส่วนข้อความที่พบน้อยที่สุดคือ “รายงานผลสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ” คิดเป็นร้อยละ 50.4

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล

| การจัดการทรัพยากรบุคคล                        | รพ.รัฐบาล (n=80)      |        | อันดับ | รพ.เอกชน (n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด (n=113) |        | อันดับ |
|---|-----------------------|--------|--------|-----------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|
|   | จำนวน                 | ร้อยละ |        | จำนวน           | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        |
|   | 1.แผนการจัดอัตรากำลัง | 74     | 92.5   | 1               | 31     | 93.9   | 1                  | 105    | 92.9   |
| 2.แบบฟอร์มการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร | 74                    | 92.5   | 1      | 29              | 87.9   | 2      | 103                | 91.2   | 2      |
| 3.เอกสารการมอบหมายงาน                         | 73                    | 91.3   | 2      | 29              | 87.9   | 2      | 102                | 90.3   | 3      |
| 4.แบบฟอร์มการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง       | 65                    | 81.3   | 3      | 26              | 78.8   | 3      | 91                 | 80.5   | 4      |
| 5.เอกสารการประเมินความพอเพียงของบุคลากร       | 15                    | 18.8   | 4      | 13              | 39.4   | 4      | 28                 | 24.8   | 5      |

จากตารางที่ 18 การมีเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล พบว่าเอกสารที่พบมากที่สุดคือ “แผนการจัดอัตรากำลัง” คิดเป็นร้อยละ 92.9 รองลงมาคือ “แบบฟอร์มการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร” คิดเป็นร้อยละ 91.2 ส่วนเอกสารที่พบน้อยที่สุดคือ “เอกสารการประเมินความพอเพียงของบุคลากร” คิดเป็นร้อยละ 24.8



ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ  
บริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน  
การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

| การพัฒนาทรัพยากร<br>บุคคล  | รพ.รัฐบาล<br>(n=80) |        |        | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        |        | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        |        |
|--|---------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|  | จำนวน               | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน              | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน                 | ร้อยละ | อันดับ |
|  |                     |        |        |                    |        |        |                       |        |        |
| 1.คู่มือการปฐมนิเทศ  | 80                  | 100    | 1      | 32                 | 97.0   | 1      | 112                   | 99.1   | 1      |
| 2.แผนการฝึกอบรม<br>บุคลากร   | 73                  | 91.3   | 2      | 30                 | 90.9   | 2      | 103                   | 91.2   | 2      |
| 3.แผนการพัฒนา<br>บุคลากร   | 73                  | 91.3   | 2      | 30                 | 90.9   | 2      | 103                   | 91.2   | 2      |
| 4.รายงานการประเมิน<br>ความต้องการการ<br>พัฒนาของบุคลากร<br>(Training need) | 68                  | 85.0   | 3      | 29                 | 87.9   | 3      | 97                    | 85.8   | 3      |
| 5.แผนการศึกษาต่อ<br>เนื่องหลักสูตรต่างๆ                                    | 32                  | 40     | 4      | 13                 | 39.4   | 4      | 45                    | 39.8   | 4      |

จากตารางที่ 19 การมีเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของ  
หน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน การพัฒนาทรัพยากรบุคคล  
พบว่า โดยรวมทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนมีเอกสารที่พบมากที่สุดคือ “คู่มือการปฐม  
นิเทศ” คิดเป็นร้อยละ 99.1 รองลงมาคือ “แผนการฝึกอบรมบุคลากร” คิดเป็นร้อยละ 91.2  
ส่วนเอกสารที่พบน้อยที่สุดคือ “แผนการศึกษาต่อเนื่องหลักสูตรต่างๆ” คิดเป็นร้อยละ 39.8

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ

| นโยบายและวิธีปฏิบัติ                            | รพ.รัฐบาล |        |        | รพ.เอกชน |        |        | รพ.ทั้งหมด |        |        |
|---|-----------|--------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|
|   | (n=80)    |        | อันดับ | (n=33)   |        | อันดับ | (n=113)    |        | อันดับ |
|   | จำนวน     | ร้อยละ |        | จำนวน    | ร้อยละ |        | จำนวน      | ร้อยละ |        |
| 1.ป้ายประกาศสิทธิผู้ป่วย                        | 78        | 97.5   | 2      | 33       | 100    | 1      | 111        | 98.2   | 1      |
| 2. ระเบียบปฏิบัติงาน (Procedure manual)         | 79        | 98.8   | 1      | 31       | 93.9   | 2      | 110        | 97.3   | 2      |
| 3. วิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)            | 78        | 96.3   | 3      | 33       | 100    | 1      | 110        | 97.3   | 2      |
| 4. แผนพัฒนาคุณภาพ หรือคู่มือคุณภาพ              | 78        | 97.5   | 2      | 29       | 87.9   | 4      | 107        | 94.7   | 3      |
| 5. แนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline) | 68        | 85     | 4      | 27       | 81.8   | 5      | 95         | 84.1   | 4      |
| 6. แผนอุบัติเหตุหมู่                            | 64        | 80     | 5      | 30       | 90.9   | 3      | 94         | 83.2   | 5      |
| 7. แผนการรักษาผู้ป่วย (Care Map)                | 63        | 78.8   | 6      | 23       | 69.7   | 6      | 86         | 76.1   | 6      |

จากตารางที่ 20 เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านนโยบาย และวิธีปฏิบัติ พบว่า เอกสารที่พบมากที่สุดคือ “ป้ายประกาศสิทธิผู้ป่วย” คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมาคือ “ระเบียบปฏิบัติงาน (Procedure manual)” และ “วิธีปฏิบัติงาน (Work instruction)” คิดเป็นร้อยละ 97.3 ส่วนเอกสารที่พบน้อยที่สุดคือ “แผนการรักษาผู้ป่วย (Care Map)” คิดเป็นร้อยละ 76.1

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่

| สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่  | รพ.รัฐบาล<br>(n=80) |        |        | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        |        | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        |        |
|--|---------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|  | จำนวน               | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน              | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน                 | ร้อยละ | อันดับ |
|  |                     |        |        |                    |        |        |                       |        |        |
| 1.คู่มือระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ                       | 80                  | 100    | 1      | 33                 | 100    | 1      | 113                   | 100    | 1      |
| 2.เอกสารหรือคู่มือการทำกิจกรรม 5 ส   | 80                  | 100    | 1      | 32                 | 97     | 2      | 112                   | 99.1   | 2      |
| 3.สัญลักษณ์ เครื่องหมายบริการอำนวยความสะดวก เช่น ชี้อห้อง ทางหนีไฟ เป็นต้น | 78                  | 97.5   | 3      | 31                 | 93.9   | 3      | 109                   | 96.5   | 3      |
| 4.รายงานการเฝ้าระวังโรค (Incident report)                                  | 79                  | 98.8   | 2      | 30                 | 90.9   | 4      | 109                   | 96.5   | 3      |
| 5.แผนป้องกันอัคคีภัย   | 74                  | 92.5   | 4      | 31                 | 93.9   | 3      | 105                   | 92.9   | 4      |
| 6.รายงานผลการทำกิจกรรม 5 ส   | 72                  | 90     | 5      | 31                 | 93.9   | 3      | 103                   | 91.5   | 5      |
| 7.รายงานการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย  | 31                  | 38.8   | 8      | 24                 | 72.7   | 6      | 55                    | 48.7   | 8      |
| 8.แผนป้องกันความเสี่ยง   | 69                  | 86.3   | 6      | 27                 | 81.8   | 5      | 96                    | 85     | 6      |
| 9.รายงานผลการประเมินความ   | 47                  | 58.8   | 7      | 24                 | 72.7   | 6      | 71                    | 62.8   | 7      |

จากตารางที่ 21 เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ พบว่าเอกสารที่พบมากที่สุดคือ “คู่มือ ระเบียบปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ” คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ “เอกสารหรือคู่มือการทำกิจกรรม 5 ส” คิดเป็นร้อยละ 99.1 ส่วนเอกสารที่พบน้อยที่สุดคือ “รายงานการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย” คิดเป็นร้อยละ 48.7

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ  
บริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน  
เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

| เครื่องมืออุปกรณ์<br>และสิ่งอำนวยความสะดวก                               | รพ.รัฐบาล<br>(n=80) |        |        | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        |        | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        |        |
|--|---------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|  | จำนวน               | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน              | ร้อยละ | อันดับ | จำนวน                 | ร้อยละ | อันดับ |
|  |                     |        |        |                    |        |        |                       |        |        |
| 1.คู่มือการใช้เครื่องมือ<br>และอุปกรณ์ทางการ<br>แพทย์                    | 88                  | 100    | 1      | 33                 | 100    | 1      | 113                   | 100    | 1      |
| 2.แผนการบำรุงรักษา<br>เครื่องมือและอุปกรณ์<br>ทางการแพทย์                | 75                  | 93.8   | 2      | 31                 | 93.9   | 2      | 106                   | 93.8   | 2      |
| 3.บันทึกประวัติเครื่องมือ<br>มือในหน่วยงาน                               | 72                  | 90.00  | 3      | 31                 | 93.9   | 2      | 103                   | 91.2   | 3      |
| 4.บันทึกประวัติการ<br>ซ่อมบำรุงเครื่องมือ<br>และอุปกรณ์ทางการ<br>แพทย์   | 72                  | 90.00  | 3      | 28                 | 84.8   | 3      | 100                   | 88.5   | 4      |
| 5.แผนการจัดสรรเครื่อง<br>มือ วัสดุ อุปกรณ์ทาง<br>การแพทย์ของหน่วย<br>งาน | 53                  | 66.3   | 4      | 25                 | 75.8   | 4      | 78                    | 69     | 5      |
| 6.แผนการบำรุงรักษา<br>อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก                         | 32                  | 40     | 5      | 15                 | 45.5   | 5      | 47                    | 41.6   | 6      |
| 7.แผนการจัดสรร<br>อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก                             | 25                  | 31.3   | 6      | 14                 | 42.4   | 6      | 39                    | 34.5   | 7      |

จากตารางที่ 22 เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมดที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมดมีเอกสารที่พบมากที่สุดคือ “คู่มือการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์” คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ “แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์” คิดเป็นร้อยละ 93.8 ส่วนเอกสารที่พบน้อยที่สุดคือ “แผนการจัดสรรอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกเช่น เครื่องปรับอากาศ สัญญาณเรียกพยาบาล สายคาดนิรภัยบนรถเลื่อน เป็นต้น” คิดเป็นร้อยละ 34.5

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านระบบงาน และกระบวนการให้บริการ

| ระบบงานและกระบวนการให้บริการ                                       | รพ.รัฐบาล<br>(n=80)                            |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|--|--|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|  | จำนวน  | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|  | 1.รายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ | 78     | 97.5   | 1                  | 33     | 100    | 1                     | 111    | 98.2   |
| 2.แผนการสอนสุขศึกษาหรือคู่มือการให้ความรู้โรคต่างๆ แก่ผู้รับบริการ | 70   | 87.5   | 4      | 30                 | 90.9   | 2      | 100                   | 88.5   | 2      |
| 3.เอกสาร Care Map หรือ Clinical Pathway                            | 69   | 86.3   | 3      | 29                 | 87.9   | 3      | 98                    | 86.7   | 3      |
| 4.เอกสารมาตรฐานการปฏิบัติงาน/มาตรฐานวิชาชีพ                        | 71   | 88.8   | 2      | 26                 | 78.8   | 4      | 97                    | 85.8   | 4      |
| 5.เอกสารการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)                   | 55   | 68.8   | 5      | 18                 | 54.5   | 6      | 73                    | 64.6   | 5      |
| 6.รายงานผลการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ                     | 35   | 43.8   | 6      | 23                 | 69.7   | 5      | 58                    | 51.3   | 6      |

จากตารางที่ 23 เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้าน เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าโรงพยาบาลทั้งหมดมีเอกสารที่พบมากที่สุดคือ “รายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ” คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมาคือ “แผนการสอนสุขศึกษาหรือคู่มือการให้ความรู้โรคต่างๆ แก่ผู้รับบริการ” คิดเป็นร้อยละ 88.5 ส่วนเอกสารที่พบน้อยที่สุดคือ “เอกสารการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)” คิดเป็นร้อยละ 64.6

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ

| กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ                       | รพ.รัฐบาล<br>(n=80)                            |        | อันดับ | รพ.เอกชน<br>(n=33) |        | อันดับ | รพ.ทั้งหมด<br>(n=113) |        | อันดับ |
|---|--|--------|--------|--------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
|   | จำนวน  | ร้อยละ |        | จำนวน              | ร้อยละ |        | จำนวน                 | ร้อยละ |        |
|   | 1.เอกสารแสดงเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพงานของหน่วยงาน | 79     | 98.8   | 1                  | 32     | 97     | 2                     | 111    | 98.2   |
| 2.เอกสารแสดงการทำกิจกรรม 5 ส                | 78   | 97.5   | 2      | 32                 | 97     | 2      | 110                   | 97.3   | 2      |
| 3.แผนพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน                  | 76   | 95.0   | 3      | 31                 | 93.9   | 3      | 107                   | 94.7   | 3      |
| 4.รายงานหรือเอกสารแสดงการทำ CQI ของหน่วยงาน | 69   | 86.3   | 4      | 33                 | 100    | 1      | 102                   | 90.3   | 4      |
| 5.เอกสารแสดงการทำกิจกรรมระบบข้อเสนอแนะ (SS) | 34   | 42.5   | 5      | 16                 | 48.5   | 4      | 50                    | 44.2   | 5      |
| 6.เอกสารแสดงการทำกิจกรรม OD                 | 34   | 42.5   | 5      | 10                 | 30.3   | 6      | 44                    | 38.9   | 6      |
| 7.เอกสารแสดงการทำกิจกรรม ESB                | 32   | 40.0   | 6      | 11                 | 33.3   | 5      | 43                    | 38.1   | 7      |

จากตารางที่ 24 เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพบว่าเอกสารที่พบมากที่สุดคือ “เอกสารแสดงเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพงานของหน่วยงาน” คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมาคือ “เอกสารแสดงการทำกิจกรรม 5 ส” คิดเป็นร้อยละ 97.3 ส่วนเอกสารที่พบน้อยที่สุดคือ “เอกสารแสดงการทำกิจกรรม ESB” คิดเป็นร้อยละ 38.1

ตอนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล และเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

| การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ        | รพ.รัฐบาล |      |        |           | รพ.เอกชน  |      |        |           | t      |
|--|-----------|------|--------|-----------|-----------|------|--------|-----------|--------|
|  | $\bar{X}$ | S.D. | ร้อยละ | ระดับ     | $\bar{X}$ | S.D. | ร้อยละ | ระดับ     |        |
| 1. การกำหนด พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ | 10.88     | 1.21 | 83.61  | มาก       | 10.70     | 1.33 | 82.30  | มาก       | .69    |
| 2. การจัดองค์กรและการบริหาร                  | 9.44      | 1.83 | 72.61  | ปานกลาง   | 10.00     | 2.09 | 76.92  | มาก       | -1.42  |
| 3. การจัดการทรัพยากรบุคคล                    | 13.14     | 1.44 | 73.00  | ปานกลาง   | 15.64     | 1.93 | 86.88  | มาก       | -6.70* |
| 4. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล                     | 12.95     | 1.81 | 80.93  | มาก       | 13.55     | 1.30 | 84.68  | มาก       | -1.71  |
| 5. นโยบายและวิธีปฏิบัติ                      | 11.13     | 0.89 | 92.75  | มากที่สุด | 11.18     | 0.92 | 93.16  | มากที่สุด | -3.06* |
| 6. สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่                 | 15.89     | 2.12 | 79.45  | มาก       | 17.36     | 1.93 | 86.80  | มาก       | -3.45  |
| 7. เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก     | 10.40     | 1.26 | 80.00  | มาก       | 10.21     | 1.36 | 78.53  | มาก       | 0.70   |
| 8. ระบบงาน กระบวนการให้บริการ                | 15.80     | 2.98 | 79.00  | มาก       | 16.24     | 2.24 | 81.20  | มาก       | -0.77  |
| 9. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ                     | 14.00     | 1.52 | 87.50  | มากที่สุด | 13.85     | 1.52 | 86.56  | มาก       | 0.48   |
| รวม  | 113.61    | 7.12 | 80.57  | มาก       | 118.7     | 8.11 | 84.20  | มาก       | -3.33* |

\*  $p < .05$



จากตารางที่ 25 พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ ( $\bar{X}=11.13$ ) และด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ( $\bar{X}=14.00$ ) มีการปฏิบัติมากที่สุด

การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ ( $\bar{X}=11.18$ ) มีการปฏิบัติมากที่สุด ส่วนด้านอื่นมีการปฏิบัติในระดับมากทุกด้าน และ พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน มีการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล และด้านสิ่งแวดล้อมอาคาร สถานที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงาน  
 กรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล และเปรียบเทียบการมีเอกสารเกี่ยวกับ  
 การดำเนินงานกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

| การมีเอกสารเกี่ยวกับการ<br>ดำเนินงานกรรมการพัฒนา<br>คุณภาพบริการ | รพ.รัฐบาล |      |        |           | รพ.เอกชน |      |        |           | t     |
|--|-----------|------|--------|-----------|----------|------|--------|-----------|-------|
|  | X         | S.D. | ร้อยละ | ระดับ     | X        | S.D. | ร้อยละ | ระดับ     |       |
| 1. การกำหนด พันธกิจ เป้า<br>หมาย และวัตถุประสงค์                 | 5.05      | .99  | 84.16  | มาก       | 5.30     | 1.02 | 88.33  | มากที่สุด | -1.22 |
| 2. การจัดองค์กรและการ<br>บริหาร                                  | 6.68      | .92  | 83.50  | มาก       | 7.16     | 1.11 | 89.50  | มากที่สุด | -2.35 |
| 3. การจัดการทรัพยากร<br>บุคคล                                    | 3.76      | .80  | 75.60  | มาก       | 3.88     | 0.96 | 77.60  | มาก       | -0.67 |
| 4. การพัฒนาทรัพยากร<br>บุคคล                                     | 4.08      | .84  | 81.60  | มาก       | 4.00     | 0.90 | 80.00  | มาก       | 0.42  |
| 5. นโยบายและวิธีปฏิบัติ  | 6.34      | .92  | 90.57  | มากที่สุด | 6.24     | 0.97 | 89.14  | มากที่สุด | 0.49  |
| 6. สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่                                     | 7.63      | .96  | 84.78  | มาก       | 7.97     | 1.10 | 88.55  | มากที่สุด | -1.66 |
| 7. เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่ง<br>อำนวยความสะดวก                     | 5.11      | 1.17 | 73.00  | ปานกลาง   | 5.36     | 1.32 | 76.57  | มาก       | -1.00 |
| 8. ระบบงาน กระบวนการ<br>ให้บริการ                                | 4.73      | 1.03 | 78.83  | มาก       | 4.82     | 1.01 | 80.33  | มาก       | -0.43 |
| 9. กิจกรรมการพัฒนา<br>คุณภาพ                                     | 5.03      | 1.01 | 71.85  | ปานกลาง   | 5.00     | 1.16 | 71.42  | ปานกลาง   | 0.11  |
| รวม  | 43.34     | 4.08 | 72.23  | ปานกลาง   | 44.69    | 4.53 | 74.35  | ปานกลาง   | -1.43 |

จากตารางที่ 26 พบว่าการมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ ( $\bar{X} = 6.34$ ) มีเอกสารมากที่สุด ส่วนด้านอื่นมีเอกสารในระดับมาก ยกเว้น ด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีเอกสารในระดับปานกลาง

การมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ( $\bar{X} = 5.30$ ) ด้านการจัดองค์กรและการบริหาร ( $\bar{X} = 7.16$ ) ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ ( $\bar{X} = 6.24$ ) และด้านสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ ( $\bar{X} = 7.97$ ) มีเอกสารมากที่สุด ส่วนด้านอื่นมีเอกสารในระดับมาก ยกเว้น ด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีเอกสารในระดับปานกลาง

และพบว่าโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนมีเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการโดยรวมไม่แตกต่างกัน

**ตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน**  
**พยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ จากคำถามปลายเปิดที่ผู้ตอบแบบสอบถาม**  
**ถาม สรุปได้ตามมาตรฐานโรงพยาบาลทั้ง 9 ด้าน ดังนี้**

### **ด้านที่ 1 การกำหนดพันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์**

#### **ปัญหา**

- การสื่อสารยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ระดับโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ทำให้ระดับหน่วยงานไม่สอดคล้องกัน
- เจ้าหน้าที่ระดับล่างยังไม่ค่อยเข้าใจในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
- นโยบายบางเรื่อง หรือบางกิจกรรมของโรงพยาบาลไม่ชัดเจน แผนปฏิบัติการบางอย่างต้องยึดนโยบายของโรงพยาบาลเป็นหลัก จึงทำให้เกิดปัญหาได้

#### **ข้อเสนอแนะ**

- ควรสร้าง ความเข้าใจให้แก่บุคลากรทุกระดับก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- การจัดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่ตั้งไว้ เพื่อความเข้าใจและบรรลุได้ง่าย
- บุคลากรทุกระดับ ต้องมีทัศนคติที่ดี มีพื้นฐานความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ และผู้บริหารต้องให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วม จึงจะทำให้ได้รับความร่วมมือดีขึ้น
- นโยบายต้องกำหนดให้ชัดเจน
- ผู้บริหารเป็นตัวอย่างที่สำคัญที่สุด และต้องให้ขวัญและกำลังใจแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

### **ด้านที่ 2 การจัดองค์กรและการบริหาร**

#### **ปัญหา**

- ยังมีแพทย์บางท่านไม่ให้ความร่วมมือ
- การประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ทีม PCT ไม่ทราบบทบาทที่แท้จริง (ชัดเจน)
- ทีมสาขาวิชาชีพ ไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง

## ข้อเสนอแนะ

- ควรให้ความรู้เกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพ และแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดคุณภาพแก่นักศึกษาแพทย์ก่อนออกปฏิบัติงานในชุมชน
- ควรกำหนดรูปแบบหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม PCT ให้ชัดเจน
- ควรทำความเข้าใจในความหมายและวัตถุประสงค์ของทีมต่าง ๆ ที่จัดตั้งขึ้น เช่น ทีม PCT เพื่อการปฏิบัติที่ตรงกับวัตถุประสงค์

## ด้านที่ 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

## ปัญหา

- ขาดแคลนบุคลากร และอัตรากำลังมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถจัดหาเพิ่มเติมได้
- การวิเคราะห์ภาระงานไม่ได้นำมาเป็นฐานในการจัดสรรอัตรากำลัง
- การประเมินผลการปฏิบัติงาน ควรให้ผู้ถูกประเมินมีส่วนร่วมรับรู้ด้วย

## ข้อเสนอแนะ

- ควรวิเคราะห์การจัดสรรบุคลากรในภาพรวมและปรับการจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ
- ผู้บริหารระดับสูงควรมีการทบทวนอัตรากำลัง
- ควรมีการวิเคราะห์ภาระงานและกระจายอัตรากำลังให้เหมาะสม
- การประเมินผลการปฏิบัติงานควรทำในรูปแบบของคณะกรรมการ และให้ผู้ถูกประเมินมีส่วนร่วมรับรู้ผลการประเมินตนเอง

## ด้านที่ 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

## ปัญหา

- บุคลากร ยังขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน
- ยังขาดรูปแบบในการจัดทำ Case conference และควรมีทีมสหสาขาวิชาชีพ เข้าร่วมด้วย

## ข้อเสนอแนะ

- จัดให้บุคลากรเข้ารับการอบรมมากขึ้นหรือจัดให้มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะในขณะปฏิบัติงาน
- ควรประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญและส่งเสริมการทำ Case conference

## ด้านที่ 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

### ปัญหา

- เจ้าหน้าที่บางคนไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่วางไว้
- มีระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติงานจำนวนมาก ไม่มีเวลาจัดทำเอกสารดังกล่าว
- ยังไม่มีการนำระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติงาน มาสู่การปฏิบัติที่จริงจังสม่ำเสมอ จนกลายเป็นความเคยชิน
- ขาดการติดตามประเมินผล การนำระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติ
- การนำระเบียบปฏิบัติไปใช้ยังไม่ครบถ้วน
- เจ้าหน้าที่บางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติ

### ข้อเสนอแนะ

- ประชุมชี้แจงแก่บุคลากรทุกระดับถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพ รวมถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงานและผู้ปฏิบัติ
- แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบระเบียบปฏิบัติและให้เซ็นชื่อรับทราบทุกครั้ง
- ควรเลือกเรื่องที่เป็นปัญหารุนแรง หรือพบบ่อยมาจัดทำระเบียบปฏิบัติก่อนเรื่องที่เป็นปัญหาน้อย
- ควรมีการวางแผน และระบุเวลาอย่างชัดเจนว่าจะทำอะไรเมื่อใด เช่น การทบทวนระเบียบปฏิบัติจะทำทุก 1 ปี เป็นต้น
- มีการติดตามและประเมินผลระเบียบปฏิบัติและหาสาเหตุที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติดังกล่าว

## ด้านที่ 6 สิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่

### ปัญหา

- โครงสร้างอาคารไม่เหมาะสม คับแคบและเก่า ไม่สะดวกในการใช้งานเท่าที่ควร
- กิจกรรมการป้องกันความเสี่ยงยังทำได้ไม่ครอบคลุม
- ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ การป้องกันความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่มีน้อย
- บางหน่วยงานไม่มีความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม 5 ส

### ข้อเสนอแนะ

- ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสนใจร่วมกันแก้ปัญหา
- ควรจัดกิจกรรมและฝึกอบรมเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

- ควรมีการตรวจสอบ และติดตามประเมินผล การป้องกันความเสี่ยง การป้องกันการติดเชื้อของหน่วยงาน
- รณรงค์การทำกิจกรรม 5 ส อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์จนเกิดเป็นความเคยชิน

## ด้านที่ 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

### ปัญหา

- ในหน่วยงานขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์ชิ้นเล็กๆ หากมีการชำรุด และส่งซ่อมจะเสียเวลานานมาก
- การตรวจซ่อมเครื่องครุภัณฑ์ การแพทย์และอุปกรณ์ต่างๆ ล่าช้ามาก

### ข้อเสนอแนะ

- ควรลดขั้นตอนการส่งซ่อมลง
- หน่วยงานซ่อมบำรุงควรเพิ่มประสิทธิภาพ และความเร็วให้มากขึ้น

## ด้านที่ 8 ระบบงาน กระบวนการให้บริการ

### ปัญหา

- ขั้นตอนการจัดทำ Clinical Pathway / Care Map ต้องอาศัยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ อื่นๆ และมีปัญหาความไม่พร้อม ไม่มีเวลาของวิชาชีพอื่นๆ
- ยังมีเจ้าหน้าที่บางสหสาขาวิชาชีพ ไม่ให้ความร่วมมือปฏิบัติตาม Clinical Pathway ที่กำหนดไว้
- ขาดการติดตามประเมินผลในหลาย ๆ กิจกรรม

### ข้อเสนอแนะ

- ให้ความพยายามและยึดยัดในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการต่อไป พร้อมกับให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในด้านอื่น ๆ เพื่อลดความยุ่งยาก
- ควรทบทวน Clinical Pathway แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ทุกคนให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตาม Clinical Pathway ที่วางไว้
- จัดให้มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

## ด้านที่ 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

### ปัญหา

- บุคลากรบางกลุ่มยังไม่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทั้งระดับปฏิบัติและระดับบริหาร
- ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง
- การพัฒนาคุณภาพบางกิจกรรม เช่น การบริหารความเสี่ยง ต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ล่าช้า ทำให้ปัญหาความเสี่ยงบางประการยังคงอยู่

### ข้อเสนอแนะ

- ควรเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงาน และเน้นให้เห็น ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ทั้งระดับปฏิบัติและระดับผู้บริหาร
- ผู้บริหารระดับสูง ควรสนใจปัญหาของหน่วยงานและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขให้มากขึ้น
- ควรลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นลง และเน้นให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาความเสี่ยงของผู้รับบริการ