การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิทยานิพนธ์

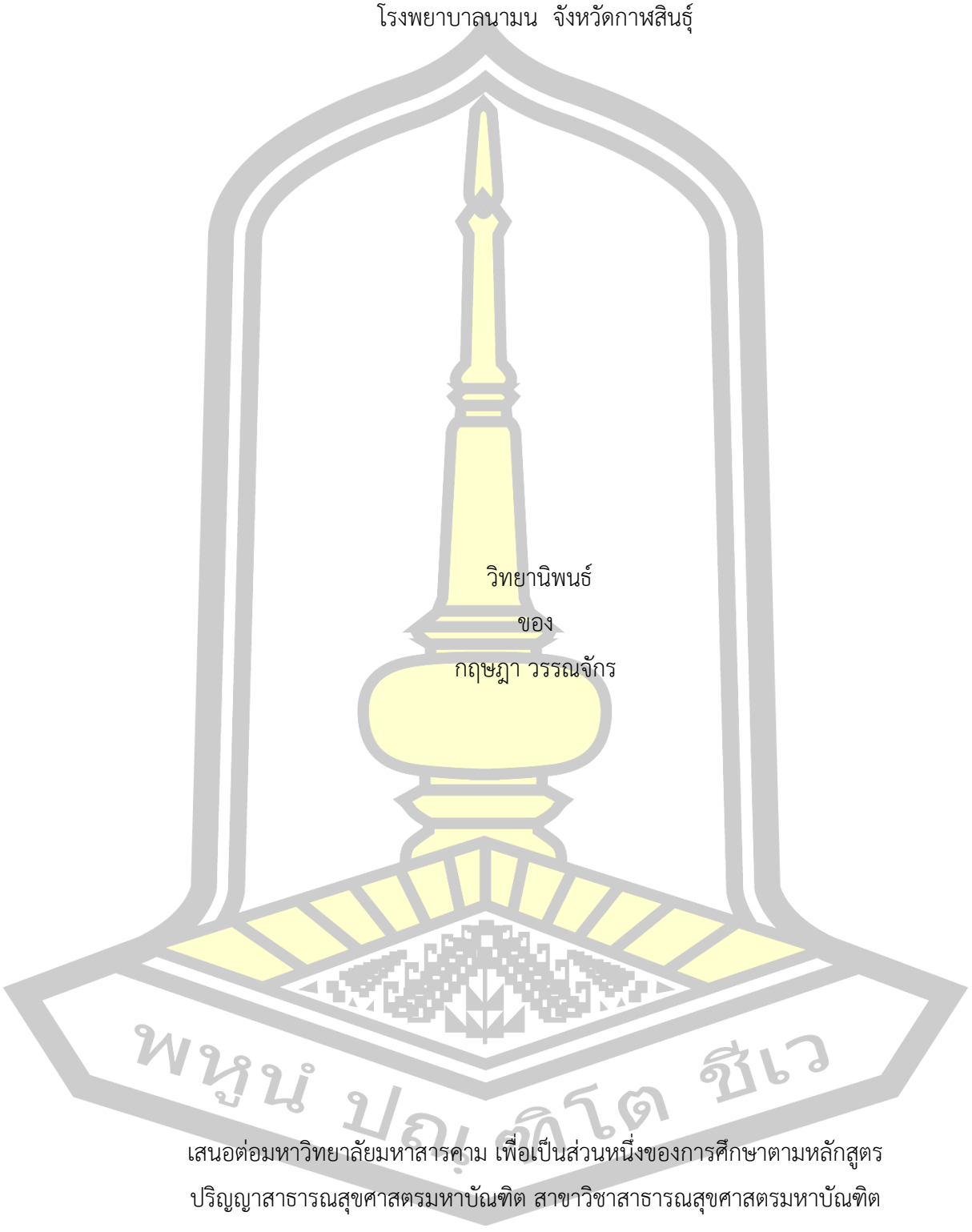
ของ

กฤษฎา วรรณจักร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ตุลาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์



วิทยานิพนธ์

ของ

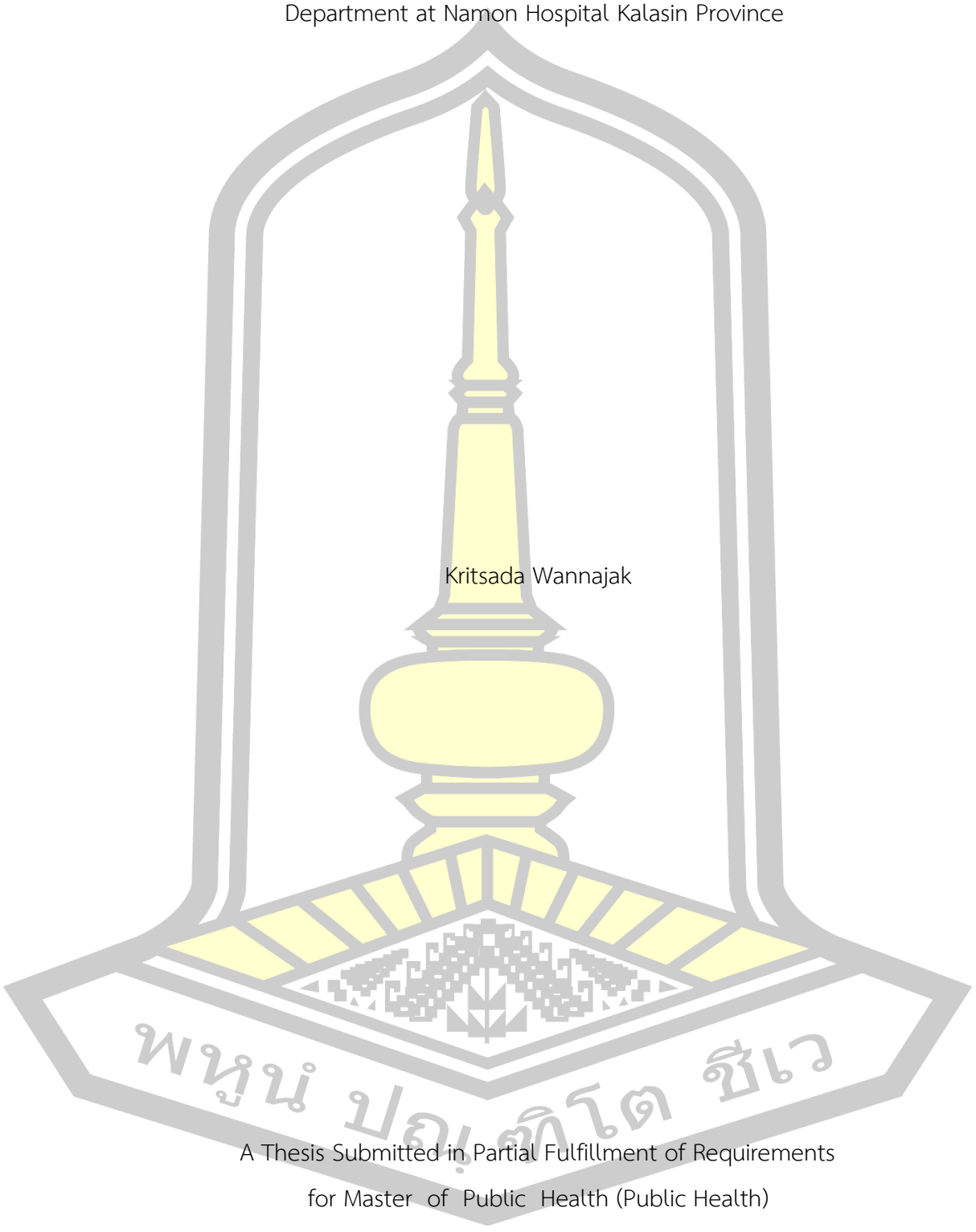
กฤษฎา วรรณจักร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ตุลาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Health Service Development Model to Reduce Waiting Timein Out-Patient Department at Namon Hospital Kalasin Province

Kritsada Wannajak



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Public Health (Public Health)

October 2023

Copyright of Mahasarakham University

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายกฤษฎา วรรณจักร แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อ. ดร. พัดชา หิรัญวัฒนกุล)

.....กรรมการ
(รศ. ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(อ. ดร. ถนอม นามวงศ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

....

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้วิจัย กฤษฎา วรรณจักร

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล
อาจารย์ ดร. พัดชา หิรัญวัฒนกุล

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2566

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ประเมินผล (Observation) และสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการ 1 วงรอบ และนำแนวคิดของลีน (Lean) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นผู้เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 105 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มที่ 2 กลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาจำนาน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบบันทึกเวลาการใช้บริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ

ผลการศึกษา 1)สภาพปัญหาการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกพบว่าระยะเวลารอคอยนาน 169 นาที ซึ่งเกินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) กำหนดไม่เกิน 120 นาที 2)ผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ มีการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกและควบรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนเข้าด้วยกันจาก 11 ขั้นตอนเหลือ 9 ขั้นตอนการให้บริการ 3)ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 189.20 นาทีลดลง 121.33 นาที (p-value = < 0.001) 4)เมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพบว่ามีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เดิมอยู่ระดับปานกลาง 3.29 เพิ่มเป็นระดับมากที่สุด 4.61(p-value = < 0.001)

ผลจากการวิจัยจะได้รูปแบบการให้บริการแบบใหม่ที่สามารถลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการให้บริการแบบใหม่ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการในหน่วยงานที่ให้บริการนั้น ๆ ได้

คำสำคัญ : ลดระยะเวลารอคอย, พัฒนารูปแบบการให้บริการ, แผนกผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลนามน

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

TITLE The Health Service Development Model to Reduce Waiting Timein Out-Patient Department at Namon Hospital Kalasin Province

AUTHOR Kritsada Wannajak

ADVISORS Associate Professor Songkhamchai Leethongdissakul , Ph.D.
Phatcha Hirunwatthanakul , Ph.D.

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2023

ABSTRACT

This research is a Participatory Action Research (PAR) following the principles of Kemmis & McTaggart (1998) . It involves four stages: Plan, Action, Observation, and Reflection. The research was conducted in one cycle and employed Lean concepts to enhance the service delivery model aiming to reduce the waiting time in the outpatient department. The study sample was divided into two groups. Group 1 consisted of 105 patients from the outpatient department, selected through Simple Random Sampling. Group 2 consisted of 32 interdisciplinary professionals involved in the development process. Research tools used included a satisfaction questionnaire and a service- time recording form. Data analysis was done using descriptive statistics, such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and maximum and minimum values. Inferential statistics used the Paired Sample t- test to compare average waiting times and satisfaction levels before and after the service model enhancement.

Research findings are as follows: 1) The existing service problem in the outpatient department showed that the waiting time was 169 minutes, which exceeds the hospital and health service standards of Hospital Accreditation (HA) set at most 120 minutes. 2) The service model development led to the elimination of unnecessary steps and the combination of redundant processes, reducing the number of service

steps from 11 to 9. 3) The average waiting time for outpatient services was reduced from 189.20 minutes to 121.33 minutes (p-value < 0.001). 4) Comparing satisfaction levels before and after service model development, there was an increase from a moderate level of 3.29 to the highest level of 4.61 (p-value < 0.001).

The results of this research provide a new service model that can reduce waiting times and enhance the satisfaction levels of service recipients. Relevant organizations can adapt this new service model to fit the context of their specific service units.

Keyword : Reduce Waiting Time, Health Service Development Model, Out-patient Depatment, Nanmon Hospital

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับอนุมัติทุนอุดหนุนวิจัยประเภทนิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์โดยผู้วิจัยได้รับความเมตตากรุณาและได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.พัดชา หิรัญวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาแนะนำ และเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องตลอดจนช่วยปรับปรุงแก้ไขในข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจและความเมตตามาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน กรรมการสอบ และอาจารย์ ดร.ถนอม นามวงศ์ กรรมการสอบ (ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) ที่ให้ความกรุณาในการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และมอบประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงวชิราภรณ์ สอระสัน ดร.อรรถวิทย์ เนินชัด และคุณศศิธร กำทองดี ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และประเมินคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้เครื่องมือวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณนายแพทย์จารึก ประคำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ และขอขอบคุณคุณทิพย์วัลย์ ไพศาล หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ที่คอยผลักดันสนับสนุนอำนวยความสะดวกและอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ คอยให้กำลังใจและสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้อย่างเต็มที่

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้ชีวิตให้สติปัญญา รวมทั้งครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ และให้ความห่วงใยด้วยดีเสมอมาผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงเสมอ ทั้งหมดนี้ขอให้ความดีและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

กฤษฎา วรรณจักร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญรูปภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 หลักการและเหตุผล 1

1.2 คำถามการวิจัย 4

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

1.4 ขอบเขตของการวิจัย 5

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 6

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล 8

2.1 นโยบายและความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในการบริการสุขภาพ 8

2.2 การจัดระบบบริการด่านหน้าและการบริการงานผู้ป่วยนอก 10

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการ (Service Quality) 25

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในคุณภาพบริการ 29

2.5 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาระบบการลดระยะเวลารอคอย 31

2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 40

2.7 ระบบการแพทย์ทางไกล 51

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 56

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย 61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 63
3.1 รูปแบบการวิจัย 63
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 63
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 67
3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย 73
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล 76
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล 77
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย 78
3.8 จริยธรรมการวิจัย 78
บทที่ 4 ผลการวิจัย 80
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 80
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 81
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 82
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 137
5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 137
5.2 สรุปผลการวิจัย 138
5.3 อภิปลายผล 140
5.4 ข้อเสนอแนะ 143
บรรณานุกรม 145
ภาคผนวก 151
ภาคผนวก ก เอกสารพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 152
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการบริการงาน ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 155

ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบบันทึกเวลาการใช้บริการ 164

ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามความพึงพอใจการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) 168

ภาคผนวก จ โครงการการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 171

ภาคผนวก ฉ เอกสารการจัดประชุมโครงการ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 177

ภาคผนวก ช แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)โครงการ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 184

ประวัติผู้เขียน 191

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 กำหนดกระบวนการกำหนดความสำคัญและตัวชี้วัด 22

ตารางที่ 2 หน่วยงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก 23

ตารางที่ 3 ตารางข้อมูลทางกายภาพของระบบแถวคอย 36

ตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ กลุ่มสหวิชาชีพ 66

ตารางที่ 5 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) และการแปลผล 73

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 105) 86

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ 90

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนกลุ่มสหวิชาชีพที่เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก 101

ตารางที่ 9 ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยโดยแบ่งตามขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (n= 105) 104

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ 109

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอกแบบเดิมและแบบใหม่ 120

ตารางที่ 12 แสดงระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วย แบ่งตามขั้นตอนการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (n =105) 122

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 1. ความพึงพอใจเป็นรูปธรรมของการบริการ) 123

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 2 ด้านความน่าเชื่อถือ) 125

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 3.ตอบสนองความต้องการผู้ป่วย) 126

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 4. การสร้างความมั่นใจ) 128

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 5. การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย)..... 129

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ภาพรวมทั้งหมด 5 ด้าน) 131

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจการมีสวนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) 132

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปที่ 1 แผนผังแสดงขั้นตอนการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 24

รูปที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างระบบการผลิตแบบฝีมือเน้นปริมาณและระบบการผลิตแบบลีน 33

รูปที่ 3 ภาพแสดงวงจรการพัฒนาคุณภาพ 34

รูปที่ 4 แสดงรูปแบบของระบบแถวคอย 38

รูปที่ 5 แสดงระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียว มีแถวคอยแถวเดียวและมีหน่วยบริการ1หน่วย 38

รูปที่ 6 แสดงระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียว มีแถวคอยแถวเดียว แต่มีหน่วยบริการหลายหน่วย โดยแต่ละหน่วยทำหน้าที่อย่างเดียวกัน 39

รูปที่ 7 แสดงระบบแถวคอยทีมีขั้นตอนเดียว แถวคอยหลายแถวและมีหน่วยบริการหลายหน่วย 39

รูปที่ 8 ระบบแถวคอยที่มีหลายขั้นตอน มีแถวคอยแถวเดียวและในแต่ละขั้นตอน มีหน่วยให้บริการหน่วยเดียว 39

รูปที่ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย 62

รูปที่ 10 ปิรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ อำเภอนามน ปีงบประมาณ 2566 83

รูปที่ 11 แสดงขั้นตอนการให้บริการและระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 85

รูปที่ 12 การประชุมเพื่อจัดทำแผน ณ ห้องประชุมมิ่งนามน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 99

รูปที่ 13 การประชุมการเฝ้าระวังระบบการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก 103

รูปที่ 14 (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 106

รูปที่ 15 การกำจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออก (Eliminate) และการรวมขั้นตอนบริการที่เหลือเข้าด้วยกัน (Combine) 107

รูปที่ 16 (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์..... 108

รูปที่ 17 แสดงขั้นตอนการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 119

รูปที่ 18 การประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการเพื่อถอดบทเรียน 134

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

สถานการณ์สาธารณสุขโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อตอบสนองความต้องการเข้าถึงการรับบริการของผู้รับบริการ การบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพจึงเริ่มมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน ส่งผลให้เกิดการแข่งขันในเรื่องการให้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐที่พบว่ามีปัญหามากมายที่เป็นขณะที่ผู้รับบริการด้านสุขภาพในยุคปัจจุบัน (World Health Organization (WHO), 2014) แนวโน้มความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้นจนทำให้เกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลทำให้เกิดความขัดแย้งให้บริการและผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก และปัญหาความไม่สมดุลของการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ในภูมิภาคต่าง ๆ จึงคาดการณ์ได้ว่าในอนาคตข้างหน้าการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก และสถานบริการสุขภาพที่อยู่ห่างไกลลดลงอย่างมาก รวมทั้งปัญหาด้านงบประมาณรัฐบาลของประเทศนั้น ๆ มีการจัดสรรงบประมาณภาพรวมทั่วไปแล้ว พบว่าสถานบริการสุขภาพจำนวนมากได้รับงบประมาณไม่เพียงพอที่จะทำการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้ตามมาตรฐานสาธารณสุขจึงทำให้การพัฒนาในด้านต่างเป็นไปได้อย่างไม่ต่อเนื่อง (ปะราลี โอภาสนันท์, 2560)

การให้บริการสุขภาพของในประเทศและต่างประเทศจะให้การบริการที่เน้นคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด (พันธิภา พิญญะคุณ, อารี ชีวเกษมสุขและเพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) สำหรับในประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ระบุว่า “บุคคลสิทธิของบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทาง สาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการสาธารสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลสุขภาพเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กำหนดไว้ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคมโลกไม่ว่าเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง เทคโนโลยี รวมไปถึงลักษณะของสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้มีการพัฒนาประเทศเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง มีการปฏิรูประบบสุขภาพมุ่งเน้นการให้บริการในรดับปฐมภูมิเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ เพราะเป็นการบริการขั้นพื้นฐานที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ง่าย (กีรติ กิจธีระ

วุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และนงนุช วงศ์สว่าง, 2560) รวมทั้งนโยบายพัฒนาด้านบริการสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 -2570) ในรายละเอียดจะเห็นว่ามีความมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพและระบบสุขภาพ โดยให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถดูแลตนเองได้ เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค และมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยี ระบบการสื่อสารที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้เข้ารับบริการสุขภาพได้รู้ข้อมูลต่าง ๆ ทำให้เกิดความคาดหวังในการรับบริการที่ที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น ผู้ให้บริการจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพของการบริการให้มีมาตรฐานอยู่อย่างสม่ำเสมอ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566)

จะเห็นว่านโยบายของรัฐจะมุ่งเน้นคุณภาพการบริการ เพิ่มขีดความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย การพัฒนาทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ และยังมีการทบทวนปัญหา ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของการบริการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จากรายงานการประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 7 ครั้งที่ 6/2565 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ณ. ห้องประชุมร้อยแก่นสารสินธุ์ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 โดยกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้เห็นความสำคัญของการบริการที่มีคุณภาพ ความคาดหวังในการรับบริการของผู้ป่วย และคุณภาพบริการกับคุณภาพของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับให้บริการ ได้แก่ บุคลิกภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ทักษะเกี่ยวการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์การเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ได้อย่างรวดเร็ว เข้าใจต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ที่ประชุมกำหนดความคาดหวังในเรื่องของการบริการที่มีคุณภาพ รวมไปถึงขั้นตอนการบริการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการขององค์กรเพื่อให้องค์กรในเขตรับผิดชอบของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข ได้อย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ และร่วมระดมความคิดเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมการส่งต่อนโยบายไปยังสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อนำนโยบายและแนวทางการดำเนินงานไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อกำหนดรูปแบบการให้บริการต่าง ๆ เพื่อลดการรอคอยและให้ผู้ใช้บริการได้เข้าถึงบริการทางแพทย์ได้เร็วที่สุด

การให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานเป็นหัวใจของการให้บริการสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงการบริการแก่ประชาชนในลำดับต้นๆ จึงมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการบริการสุขภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งประเทศและต่างประเทศกว่า 20 ปี ที่มีการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล เช่น การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA (Hospital Accreditation) หรือการนำแนวคิดต่าง ๆ มีประยุกต์ปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งแนวคิดที่

นิยมกันอย่างแพร่หลาย คือการใช้แนวคิดลีน (Lean) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบของการบริการสุขภาพจะเห็นว่าแนวคิดดังกล่าวทำให้เกิดคุณภาพของการบริการสุขภาพโดยลดเวลาการบริการ ลดเวลาการรอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของการให้บริการอย่างไรก็ตามได้มีการนำแนวคิดใหม่มาประยุกต์ใช้ ในการบริการสุขภาพ ได้แก่แนวเพื่อวางแผนควบคุมการไหลทั้งไปและกลับอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อนำมาปรับปรุงการบริการสุขภาพใหม่ ขั้นตอนการดำเนินงาน ลดลง ช่วยให้งานบริการสุขภาพที่มีระบบเชื่อมโยงทั้งเครือข่ายซึ่งดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ตลอดจนการปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและเพิ่มคุณภาพการ บริการสุขภาพตามการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการบริการและความต้องการของผู้ใช้บริการ (คัทลิยา วสุธาดา, 2560)

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นสถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง นโยบายที่สำคัญขององค์กรได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการผู้มารับบริการที่มาใช้บริการให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีเป้าหมายของการให้บริการรวดเร็วมีคุณภาพได้มาตรฐานมีความปลอดภัย และควบคู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด จะเห็นว่าข้อมูลในฐานระบบ Extreme Platform for Hospital Information (HosXp) ของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2563-2565 ที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 20,645 คน 28,010 คน และ 40,150 คนตามลำดับในปี พ.ศ. 2565 มีผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 110 คนต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์แล้วยังมีจำนวนที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้แผนกผู้ป่วยนอกมีความแออัดของผู้มารับบริการเป็นอย่างมากซึ่งแผนกผู้ป่วยนอกเป็นแผนกหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการจนกลับบ้าน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย จึงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นอย่างมากจากการวิเคราะห์สถานการณ์ จากการประชุมทีมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2565 พบว่าระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน ที่รอรับบริการใช้เวลาในการรอคอยตั้งแต่เข้ามารับบริการจนสิ้นสุดที่รับยากลับบ้านมีระยะเวลาที่ยาวนานเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลารอยคอย 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ ปี 2563, 2564 และปี 2565 จากข้อมูลมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 145 นาที 156 นาที และ169 นาทีตามลำดับ ซึ่งมีระยะเวลารอคอยในแต่ละปีมีแนวโนวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีระยะเวลานานกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน ในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) ที่ได้เสนอแนะไม่ควรเกิน 120 นาที (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2563) และจากการทบทวนข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับ

บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนามน ใน พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 พบว่ามีระดับความพึงพอใจต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล ร้อยละ 89.60 ร้อยละ 82.00 และร้อยละ 81.00 ตามลำดับ ระดับความพึงพอใจที่ลดลงมีค่าต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กระทรวงได้กำหนดคือมีค่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 85.00 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และนอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริการที่ล่าช้ามีขั้นตอนการบริการที่ยาวหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะและการสะท้อนต่อการจัดบริการที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลนามน ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นหนึ่งในผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการของโรงพยาบาลนามน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการและพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีคุณภาพของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอันจะนำไปสู่การปรับปรุงระบบบริหารจัดการอย่างมีคุณภาพให้กับโรงพยาบาลนามน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของการบริหารจัดการโรงพยาบาลด้วยกิจกรรมเพื่อการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก จะช่วยให้ขั้นตอนการปฏิบัติงานภายในองค์กรมีระบบหรืออีกนัยหนึ่งการพัฒนากระบวนการให้บริการโรงพยาบาลถือเป็นหน้าที่ของการจัดการการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอก ที่จะช่วยในการวางแผนสนับสนุนการควบคุมการไหลของกิจกรรมในขั้นตอนของการบริการต่างๆ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ และนำไปสู่การพัฒนาระบบการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย และการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ : โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

1.3.2.2 เพื่อพัฒนาขั้นตอน และปรับปรุงกระบวนการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

1.3.2.3 เพื่อประเมินผลของการดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อนำไปปฏิบัติในกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเพื่อนำไปปฏิบัติในกระบวนการ พัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์โดยการนำเอาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ หลักการมีส่วนร่วมตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในพัฒนาขั้นตอน ปรับปรุงขั้นตอนการจัดบริการ และประเมินระดับความพึงพอใจ ของกลุ่มผู้เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในช่วง 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

1.4.2 พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4.3 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดได้กำหนดขอบเขตด้านประชากรตามบริบทที่เกี่ยวข้องในการวิจัย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มที่ 2 กลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา เพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4.4 ระยะเวลาการดำเนินงาน

1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลนามน ที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอนามน รับผิดชอบผู้รับบริการในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

1.5.2 ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยเก่าที่มารับการตรวจรักษาโรคทั่วไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปซึ่งต้องเข้ารับบริการตั้งแต่ พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง จุดซักประวัติผู้ป่วย รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการมีรายการตรวจ คือ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ตรวจสารเกลือแร่ในเลือด(Electrolyte) และตรวจการทำงานของไต (Creatinine) พบพยาบาลหลังเจาะเลือด รับการตรวจจากแพทย์ พบพยาบาลหลังจากแพทย์ตรวจ ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และรับยากลับบ้าน

1.5.3 ระยะเวลารอคอย หมายถึง ระยะเวลาที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เริ่มตั้งแต่ พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง จุดซักประวัติผู้ป่วย รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการมีรายการตรวจ คือ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ตรวจสารเกลือแร่ในเลือด(Electrolyte) และตรวจการทำงานของไต (Creatinine) พบพยาบาลหลังเจาะเลือด รับการตรวจจากแพทย์ พบพยาบาลหลังจากแพทย์ตรวจ ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และรับยากลับบ้าน

1.5.4 ขั้นตอนการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง มีการให้บริการตามลำดับก่อนหลัง มีขั้นตอนการให้บริการที่เหมาะสม เข้ารับบริการตั้งแต่ พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง จุดซักประวัติผู้ป่วย รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการมีรายการตรวจ คือ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ตรวจสารเกลือแร่ในเลือด(Electrolyte) และตรวจการทำงานของไต (Creatinine) พบพยาบาลหลังเจาะเลือด รับการตรวจจากแพทย์ พบพยาบาลหลังจากแพทย์ตรวจ ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และรับยากลับบ้าน

1.5.5 ความพึงพอใจในการบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของผู้ใช้บริการหลังได้รับบริการ หรือระหว่างการใช้บริการ การได้รับการบริการที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ใช้บริการการคาดหวังหรือดีเกินกว่าความคาดหวัง ซึ่งอาจสังเกตได้จากการแสดงออกทางสายตา คำพูด พฤติกรรมต่าง ๆ หรือแบบประเมินความพึงพอใจร่วมด้วย

1.5.6 แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการด้านรักษาพยาบาล โดยมีการตรวจโรคทั่วไป โดยมีขั้นตอนการให้บริการตั้งแต่ เริ่มตั้งแต่พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง จุดซักประวัติผู้ป่วย รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการมีรายการตรวจ คือ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ตรวจสารเกลือแร่ในเลือด(Electrolyte) และตรวจการทำงานของไต (Creatinine) พบพยาบาลหลังเจาะเลือด รับการตรวจจากแพทย์ พบพยาบาลหลังจากแพทย์ตรวจ ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และรับยากลับบ้าน

1.5.7 รูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย หมายถึง การจัดรูปแบบบริการที่นำเอาแนวคิดลีน (Lean) มาประยุกต์ใช้สอดแทรกในขั้นตอนของบริการทุกขั้นตอน เพื่อควบรวมการบริการที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน และตัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกเพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาวิจัย และเป็นกรอบแนวความคิดในการดำเนินการวิจัย ตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 แนวนโยบายและความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในการบริการสุขภาพ
2.2 การจัดระบบบริการด่านหน้าและการบริการงานผู้ป่วยนอก
2.3 แนวคิดและทฤษฎีการจัดการเกี่ยวกับคุณภาพบริการ (Service Quality)
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในคุณภาพบริการ
2.5 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาระบบการลดระยะเวลารอคอย
2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
2.7 ระบบการแพทย์ทางไกล
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 นโยบายและความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในการบริการสุขภาพ

บนพื้นฐานความสำคัญของระบบสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเตรียม ความพร้อมในงานด้านสาธารณสุข ข้อความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์วงจรนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของประเทศไทย ที่มุ่งเน้นยุทธศาสตร์ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง และประเทศไทยแข็งแรง โดยวงจรความสำเร็จของนโยบาย ได้ดำเนินการผ่านแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ระยะแรกคือ ระยะปฏิรูประบบกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ยุทธศาสตร์ “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สะท้อนถึงระบบบริการแบบองค์รวม มีการผสานบริการอย่างหลากหลาย เป็นยุทธศาสตร์ที่อยู่ใกล้ชิดวิถีชุมชน สร้างเสริมความเป็นธรรม ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบเครือข่ายการส่งต่อเพื่อการดูแลที่เป็นระบบ มีกลไกการบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ ให้สามารถขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ซึ่งใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเมื่อนโยบายทำการวิเคราะห์วงจรนโยบายในระยะแรกคือ ระยะปฏิรูประบบนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการกำหนดนโยบาย โดยให้ความสำคัญทั้งในเรื่องของตัวแสดงใน กระบวนนโยบาย

สาธารณะ และตัวแบบเพื่อการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ ทำการตัดสินนโยบาย โดยการเลือกนโยบายที่เหมาะสมที่สุด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามความต้องการ มีการทบทวนประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และเป้าหมายบนพื้นฐานของหลักจริยธรรม คุณธรรม และค่านิยมซึ่งสามารถนำสู่การ พัฒนาต่อเนื่องในระยะต่อไปได้อย่างมีประสิทธิผล (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

นโยบายต่าง ๆ ของภาครัฐที่ต้องดำเนินการจะมุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขและระบบความคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม อย่างเหมาะสมนำไปสู่ความเสมอภาค (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ประกอบด้วย

2.1.1 การพัฒนาระบบสาธารณสุข และหลักประกันทางสังคมจะเห็นว่าแนวนโยบาย และความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในการบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขและระบบความคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม อย่างเหมาะสมนำไปสู่ความเสมอภาค ประกอบด้วย

2.1.1.1 พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข แพทย์สมัยใหม่และแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และมีคุณภาพทัดเทียมกันทั่วทุกพื้นที่ รวมถึงการยกระดับไปสู่ความเชี่ยวชาญ ในด้านการแพทย์แม่นยำ และยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ โดยอยู่บนพื้นฐานหลักประสิทธิภาพและความยั่งยืนทางการคลังของประเทศ ส่งเสริมให้มีมาตรการ สร้างเสริมสุขภาวะและอนามัยให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรงและลดอัตราการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งจัดให้มีสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสมและพอเพียง

2.1.1.2 ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาวะ ที่ถูกต้องของคนทุกกลุ่มวัย ส่งเสริมการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ สร้างระบบรับมือ ต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ทั้งระบบติดตาม เฝ้าระวัง และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข อย่างครบวงจรและบูรณาการ จัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลอย่างทั่วถึง และส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่

2.1.1.3 พัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้ทั่วถึง และครอบคลุมประชากรทุกภาคส่วน ลดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการในแต่ละระบบ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล ควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการยกระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ประชาชนในทุกครัวเรือนทุกพื้นที่โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

2.1.1.4 สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมด้านการศึกษา สุขภาพ การมีงานทำที่เหมาะสม กับประชากรทุกกลุ่ม มีการลงทุนทางสังคมแบบมุ่งเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสโดยตรงจัดให้มีระบบบำเหน็จบำนาญหลังพ้นวัยทำงาน ปฏิรูประบบภาษีให้ส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม สร้างความเสมอภาคทางการศึกษาผ่านกลไกกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาและยกระดับคุณภาพการศึกษาผ่านการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงคุ้มครองแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบให้ได้รับความปลอดภัยและมีสุขอนามัยที่ดีในการทางาน ได้รับรายได้สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม

จะเห็นว่าการรับบริการสุขภาพรวมถึงการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ ถือเป็นหัวใจสำคัญในการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนโดยรัฐแต่จากสถานการณ์ปัญหาของประชาชนในปัจจุบันกลับพบปัญหาการเข้าไม่ถึงระบบการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นความล่าช้า การวินิจฉัยโรคที่คลาดเคลื่อน การเข้าไม่ถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ตลอดจนความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ จากการมีระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันหลายระบบ ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประชาชนทุกคน โดยไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น เชื้อชาติ หรือฐานะการเงิน ประชาชนควรได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีและทั่วถึง การเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับจากรัฐ

2.2 การจัดระบบบริการด่านหน้าและการบริการงานผู้ป่วยนอก

งานบริการด่านหน้ามีหน้าที่หลักในการต้อนรับผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาล แนะนำข้อมูลต่างๆ ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล แนะนำคอยให้ความช่วยเหลือช่วยเหลือ การทำบัตรใหม่ การตรวจสอบสิทธิ แนะนำผู้ป่วยนัด บอกเส้นทางสถานที่บริการพาผู้รับบริการไปส่งยังหน่วยต่าง ๆ ที่ต้องการ ดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการ โดยให้การพยาบาลเบื้องต้น คัดกรองผู้ป่วยไปห้องตรวจ ห้องฉุกเฉิน ประสานงานกับห้องตรวจรับผู้ป่วยเพิ่ม แนะนำบริการผู้ป่วยไม่มีคิวตรวจ ให้คำแนะนำปรึกษาสุขภาพแก่ผู้ป่วย และประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาล หรือภายนอกโรงพยาบาลที่โทรศัพท์มาติดต่อสอบถาม ในด้านการรักษา การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และเป็นสถานที่ให้การสนับสนุนด้านการศึกษาของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

2.2.1 การจัดระบบบริการด่านหน้า

ถือว่าเป็นการปฏิบัติงานเพื่อประสานร่วมทีมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการให้บริการผู้รับบริการได้แก่ หน่วยประชาสัมพันธ์ หน่วยเวชระเบียน หน่วยขนย้ายผู้ป่วย และหน่วยรักษาความปลอดภัย การประสานงานกับหน่วยผู้ป่วยนอกคลินิกต่าง ๆ และการประสานงานภายในหน่วยงานโดยใช้การสื่อสารแบบพูดคุยปรึกษากันโดยตรง การโทรศัพท์โดยใช้เบอร์ภายใน และมือถือ

หนังสือเวียน บันทึกข้อความติดบอร์ด เป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งจากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน ลักษณะสำคัญของงานบริการได้แก่ คัดกรองผู้ป่วยไปห้องตรวจ คัดกรองผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉิน แนะนำบริการผู้ป่วยไม่มีคิวตรวจ แนะนำข้อมูลงานบริการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลสุขศึกษา ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ประสานงานกับห้องตรวจรับผู้ป่วยเพิ่ม ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ขอเปลและไปส่งผู้ป่วย บอกเส้นทางสถานที่ แนะนำทำบัตรใหม่ แนะนำการตรวจสอบสิทธิ แนะนำผู้ป่วยนัดโดย จัดบริการกระจายเจ้าหน้าที่เริ่มตั้งแต่ทางขึ้นโรงพยาบาล บริเวณหน้าห้องบัตร (ทำบัตรใหม่ บัตรหาย ยื่นสิทธิประกันสังคม Refer) บริเวณห้องเวชระเบียน (รอตรวจสอบสิทธิ) ครอบคลุมถึงข้างคลินิกอายุรกรรม ซึ่งการบริการเป็นการทำงานเป็นทีม มีการต่อเนื่องช่วยเหลือกันในการให้บริการในจุดที่อยู่ใกล้กัน นอกจากการกระจายบริการดังกล่าวแล้วลักษณะการให้บริการเน้น One Stop Service โดยหน่วยงานที่ให้บริการด่านหน้าภายในโรงพยาบาลจะประกอบด้วยหน่วยงานที่สำคัญในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) มีดังต่อไปนี้

2.2.1.1 จุดบริการคัดกรองผู้ป่วย

จะให้บริการในการตรวจประเมินสภาพผู้ใช้บริการ ณ จุดบริการ เพื่อให้ทราบถึงภาวะการเจ็บป่วย เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยและจัดลำดับการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยตามความรุนแรงความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษา และให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ได้อย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมตามปัญหาการเจ็บป่วย โดยมีขั้นตอนในการให้บริการคัดกรองผู้ป่วย

1) ซักประวัติ อาการและอาการแสดงผู้ป่วยอาการความผิดปกติ ปัญหาความเจ็บป่วยความต้องการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวด คลื่นไส้ ประวัติอื่น ๆ เช่น ประวัติสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด การสัมผัสโรคติดต่อ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา กรณีซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมารับการตรวจไม่ตรงกับห้องตรวจโรคนั้น ๆ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและประสานงานกับห้องตรวจโรคที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาให้ถูกต้อง

2) คัดแยกผู้ป่วยโรคติดต่อออกจากผู้ป่วยทั่วไป สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3) ประเมินอาการสัญญาณชีพและความต้องการวัดสัญญาณชีพหลังผู้ป่วยพัก 10 – 15 นาที ประเมินสัญญาณชีพร่วมกับอาการที่ได้จากข้อมูลการซักประวัติ กรณีสัญญาณชีพมีความผิดปกติให้รีบรายงานพยาบาลทราบทันที เพื่อทำการประเมินซ้ำ และพิจารณาจัดความเร่งด่วน รวมทั้งรายงานให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องทราบในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเร่งด่วนหรืออาการฉุกเฉิน ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขณะรอรับการตรวจรักษาเช่น การพลัดตกหกล้ม และให้การดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงประเมินความไม่สุขสบายเช่น การคลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บปวด (ประเมิน Pain Score) ประเมินความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องความรู้เกี่ยวกับโรค

4) ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต้องการการพยาบาลเช่น เช็ดตัวลดไข้ ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดรวมทั้งให้การดูแล และเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฯ

5) จัดให้เข้ารับการตรวจกับแพทย์ หากพบว่าผู้มารับบริการมีอาการฉุกเฉินให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาที่จำเป็นในเบื้องต้นส่งตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันทีโดยประสานงาน กับพยาบาลก่อนส่งผู้ป่วยและจัดบุคลากรทางการพยาบาลร่วมส่งผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเด็กประเมินพบอาการฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที

5.1) อาการเร่งด่วนจัดลำดับเข้ารับการตรวจรักษาในห้องตรวจโรคทันทีหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาทีโดยต้องมีการประเมินอาการซ้ำทุก 15 นาทีบันทึกเวลาการเข้ารับการตรวจและการประเมินอาการซ้ำ บันทึกลงในเวชระเบียน

5.1) อาการไม่เร่งด่วน จัดลำดับเข้ารับการตรวจรักษาในห้องตรวจโรคตามลำดับการตรวจ และประเมินอาการซ้ำทุก 60 – 90 นาที ในระหว่างรอรับการตรวจ ในผู้ป่วยที่ระดับอาการไม่เร่งด่วน แต่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ

2.2.1.2 จุดบริการเวชระเบียน

เวชระเบียน หมายถึง การรวบรวมข้อเขียนหรือบันทึกที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่บันทึกเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานีอนามัย เวชระเบียนนั้นเป็นบันทึกขบวนการทุกอย่างงที่จัดกระทำกับผู้ป่วยซึ่งข้อมูลนั้น ๆ ควรจะต้องประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยในอดีตรวมทั้งความคิดเห็น การค้นหา สืบสวนผลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย เวชระเบียนเป็นเอกสารที่อาจมีหลายขนาดหลายรูปแบบ (สมพร เอกรัตน์, 2537) และหลายข้อมูล โดยการบันทึกของหลายบุคคลในหลาย ๆ วิธีการ แต่ตามรูปลักษณะทั่วไปแล้ว เวชระเบียนจะประกอบด้วยจำนวนแผ่นกระดาษ หรือบัตรซึ่งอาจจะบรรจุอยู่ในแฟ้มหรือซอง และยิ่งนำสมัยมากไปกว่านี้ก็จะบันทึกในคอมพิวเตอร์หรือบันทึกลงไพล์เอกสารอิเล็กทรอนิกเพื่อง่ายต่อการค้นหาแล้วป้องข้อมูลของผู้รับบริการสูญหาย

โดยสรุปแล้วการรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและในปัจจุบันและการรักษาซึ่งจดบันทึกไว้โดยแพทย์ผู้ดูแล เวชระเบียนจะต้องบันทึกตามเวลาที่ศึกษาดูแลผู้ป่วย และควรจะต้องมีข้อมูลที่เพียงพอที่จะต้องบอกให้ทราบถึงการพิเคราะห์โรค และการดูแลรักษาโรคได้ และต้องเป็นเอกสารที่ถูกต้องครบถ้วนคำอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องบุคลากรทางด้านเวชระเบียน

2.2.2 การบริการงานผู้ป่วยนอก

ความหมายของผู้ป่วยนอกจากการศึกษาพบว่ามีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของผู้ป่วยนอก ไว้ดังนี้

นันทวัน ขำวงษ์ (2541) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยนอกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยและได้ลงทะเบียนไว้ที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ให้นับรวมผู้มารับบริการด้านการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง เช่น ฉีดยาต่อเนื่อง ทำแผลต่อเนื่อง ผู้ติดสารเสพติดมารับการบำบัดต่อเนื่อง ผู้มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ไม่นับรวมผู้ที่มารับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ ตรวจก่อนคลอด ตรวจหลังคลอดส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ การวางแผนครอบครัว ตรวจสุขภาพประจำปี ให้คำปรึกษา เป็นต้น

อรพินท์ ไชยพะยอม (2542) ที่ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยนอกว่าบุคคลที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย รักษา ป้องกันโรค โดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขตลอดจนใช้บริการจากสิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาล หรือใช้บริการจากโปรแกรมสุขภาพในห่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่ไม่ได้เข้ารับการจดทะเบียนให้เป็นผู้ป่วยใน

สุมนัส บุญมี (2553) ได้ให้ความหมายของ ผู้ป่วยนอกว่า ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

อาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยนอก คือผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อรับคำปรึกษาทางการแพทย์ ได้รับการตรวจวินิจฉัย เพื่อรักษา การป้องกันโรคเบื้องต้น อาการที่แสดงไม่ได้รุนแรงจนส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ตลอดจนใช้บริการจากสิ่งอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาล แต่ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะไม่ได้นอนโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน

2.2.3 ประเภทของผู้ป่วยนอก

อรพินท์ ไชยพนอม (2542) ได้จำแนกผู้ป่วยนอกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) ผู้ป่วยนอกปกติ (General Outpatient) คือ บุคคลที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และรับบริการรักษาตามปกติของโรงพยาบาล โดยไม่มีสภาพจำเป็นที่ต้องรับบริการอย่างเร่งด่วน

2) ผู้ป่วยนอกรอการส่งต่อ (Referral Outpatient) คือ บุคคลที่ได้รับการส่งต่อ จากสถานบริการอื่น ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ หรือเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) ผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (Emergency Outpatient) คือ บุคคลที่อยู่ในภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หรือประสบอุบัติเหตุในสภาพที่ต้องได้รับการพยาบาลโดยทันที หรืออาการการแสดงออกของผู้ป่วยที่ต้องการช่วยเหลือจากแพทย์ เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย

2.2.4 ลักษณะของงานผู้ป่วยนอก

เกศินี ศรีคงอยู่ (2543) ได้อธิบายลักษณะแผนกผู้ป่วยนอกว่าควรเป็นสถานที่ ที่ให้บริการต่าง ๆ ดังนี้

1) ตรวจรักษาเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดเล็ก และบริการตามความต้องการของผู้ป่วย

2) รับการรักษาต่อเนื่อง จากสถานบริการอื่น ๆ

3) ติดตามผลการรักษา เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว

4) แพทย์ใช้ฝึกทักษะในการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาผู้ป่วย

5) พบแพทย์ประจำครอบครัว

6) ประสานบริการสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน

แนวคิดการจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกนั้นต้องอาศัยระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพจึงสามารถทำให้บริการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการรวดเร็วทันท่วงทีและปลอดภัย ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่ป่วยเป็นโรคเดิมซ้ำขึ้นมาบ่อย ๆ หรือรู้จักดูแลและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคอื่น ๆ ขึ้นได้

2.2.5 องค์ประกอบของการบริการงานผู้ป่วยนอก

การจัดบริการพยาบาลสำหรับงานผู้ป่วยนอกมีองค์ประกอบ (ไพรพนา ศรีเสน, 2544) มีดังต่อไปนี้

2.2.5.1 การจัดอาคารสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการให้บริการและต่อผู้มารับบริการมีหลักในการจัดสถานที่สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่สำคัญ 3 ประเด็น

1) จะต้องคำนึงถึงประเภทของบริการที่ให้ตามความเหมาะสมกับบริการ แต่ละประเภท สะดวก เพียงพอ

2) การจัดสถานที่ ต้องให้เหมาะสมกับขั้นตอนของการให้และรับบริการ เพื่อผู้มารับบริการจะได้สามารถช่วยตัวเองได้อย่างสะดวก และรวดเร็วไม่เสียเวลามากในการมารับบริการแต่ละครั้ง ตั้งแต่ก้าวเข้ามาในโรงพยาบาลจนกระทั่งเสร็จสิ้นการรับบริการ

3) การรักษาความสะอาดของอาคารสถานที่ จะต้องได้รับการเอาใจใส่อย่างจำเป็นต้องจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เพียงพอมีคุณสมบัติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการใช้ไม่น้อย และไม่มากเกินความจำเป็น

2.2.5.2 การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการ

2.2.5.3 การเตรียมเจ้าหน้าที่ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่ประจำทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกจะมีหลายประเภทให้เพียงพอต่อปริมาณและคุณภาพของงาน

2.2.5.4 การกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ จะต้องมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับงานที่มีอยู่ทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ด้านการตรวจรักษา การพยาบาล ไปจนถึงงานสนับสนุนการรักษาพยาบาลทุกด้าน เพื่อให้ทุกคนรู้หน้าที่และความรับผิดชอบของตน และมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ไปหากมีความไม่เหมาะสมประการใด ก็ควรปรับปรุงแก้ไขได้เสมอ

2.2.5.5 การมอบหมายงานจะต้องคำนึงถึงลักษณะงาน ปริมาณงาน ความยากง่าย ของงานจำนวนและคุณภาพของผู้ปฏิบัติงาน

2.2.5.6 การจัดระบบประสานงานอย่างเหมาะสม ซึ่งจะประกอบด้วยการ ประสานงานระหว่างบุคคล การประสานบริการ นอกจากนั้นอาจจะเป็นการประสานงานระหว่างแผนก สำหรับการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นคือ การทำความเข้าใจซึ่งกันและกันโดยการประชาสัมพันธ์ การแนะนำ แนะแนว และให้คำปรึกษาต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา

2.2.5.7 การจัดระบบควบคุมและกำกับงาน การจัดการระบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำเป็นจะต้องจัดระบบการควบคุมงาน เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และทันต่อเหตุการณ์ โดยจัดให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับบริการตามความรุนแรงของโรคและอาการอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

2.2.5.8 การจัดระบบประเมินผลงาน โรงพยาบาลหลายแห่งได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากประชาชนเกี่ยวกับการให้บริการช้า ต้อนรับไม่ดี ไม่ให้ความกระจ่างแจ้งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นผลสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการและความคาดหวังของประชาชนที่มารับบริการ และระบบการให้บริการ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขสมรรถภาพของเจ้าหน้าที่และระบบบริการที่ให้ในแผนกผู้ป่วยนอก

จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร (2550) ได้เสนอองค์ประกอบของการจัดการบริการแผนกผู้ป่วยนอก มีดังนี้

1) การจัดการอาคารสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการให้บริการและต่อผู้มารับบริการ ซึ่งหลักในการจัดการอาคารสถานที่สำหรับบริการผู้ป่วยนอกนั้น มีประเด็นที่สำคัญ 3 ประการ คือ

(1) ต้องคำนึงถึงประเภทของบริการที่ให้ เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมักจะเกี่ยวกับบริการอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งรวมถึงบริการฝากครรภ์และบริการตรวจสุขภาพเด็ก เป็นต้น ส่วนบริการป้องกัน คือ การให้วัคซีนแก่เด็กวัยต่าง ๆ เช่น โรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมาร สูตินรีเวช ถ้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลใหญ่ๆ ขึ้นไป อาจมีการจัดคลินิกในการตรวจรักษาเฉพาะระบบของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจ ระบบประสาทหรือระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น ส่วนบริการด้านฟื้นฟูสภาพ จะต้องมีทั้งด้านการฟื้นฟูสภาพด้วยการพยาบาล (Nursing Rehabilitation) และเวช

ศาสตร์ฟื้นฟู (Medical Rehabilitation) ดังนั้น การจัดการอาคารสถานที่ควรให้มีขนาด เหมาะสมกับบริการแต่ละประเภทสถานที่ที่จัดไว้ สำหรับผู้ป่วยนอกจึงสมควรจะต้องคิดถึงหลัก ดังนี้

ก. ที่นั่งรอสำหรับผู้ป่วยนอกจะต้องมีความพอเพียง ช่องว่างระหว่างที่นั่งจะต้องกว้างพอต่อการลุกนั่งสะดวกและมีอากาศถ่ายเทสะดวก

ข. มีช่องทางเดินและทางเข็นรถนั่งผู้ป่วย เตียงหรือเปลผู้ป่วยที่กว้างพอสะดวก และใกล้ที่สุดที่จะไปยังห้องฉุกเฉิน ห้องเอ๊กซเรย์ ห้องวิเคราะห์

ค. ที่นั่งของผู้ป่วยนอกควรจะแบ่งเป็นสัดส่วนตามประเภทของผู้ป่วย เพื่อง่ายในการดูแลไม่สับสนและเป็นการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคภายในโรงพยาบาล

ง. ต้องให้เหมาะสมกับขั้นตอนของการให้แต่ละการรับบริการ เช่น เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล จะต้องติดต่อกับแผนกใดก่อนจะต้องจัดสถานที่ให้เรียงกันไปเพื่อสะดวกในการไหลเวียนของการรับบริการ ต้องไม่สับสนวกไปเวียนมา ตั้งแต่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ห้องปฏิบัติการ ห้องปฐมพยาบาล ห้องฉีดยาทำแผล และห้องยา เป็นต้น เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถช่วยเหลือตั้งเองได้สะดวกและรวดเร็วไม่เสียเวลามากในการรับบริการแต่ละวัน

จ. ต้องมีการรักษาความสะอาดของอาคารสถานที่ โดยการเอาใจใส่อย่างจริงจังมีผู้รับผิดชอบ มีผู้ควบคุมทำความสะอาดทั้งก่อนและหลังการให้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกเป็นสถานที่ที่มีคนพลุกพล่านทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้เจ็บป่วย ทำให้เป็นสถานที่แพร่กระจายเพาะเชื้อโรคได้เป็นอย่างดี จึงต้องได้รับการทำความสะอาดอย่างถูกวิธี และสม่ำเสมอ

(2) การจัดการด้านการเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการให้บริการในแต่ละห้องตรวจนั้น จำเป็นต้องจัดหาอุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้เพียงพอ มีคุณสมบัติเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการใช้ มิฉะนั้นแล้ว จะก่อให้เกิดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยโรค หรืออาจทำให้การวินิจฉัยโรคคลาดเคลื่อนไปได้ การจัดหาจะต้องไม่น้อยและไม่มากเกินความจำเป็น ตั้งแต่โต๊ะ เก้าอี้ ม้านั่ง เตียงตรวจโรค รถวางอุปกรณ์การรักษาพยาบาล เครื่องชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ รวมทั้งอุปกรณ์การตรวจ และอุปกรณ์สำหรับใช้ในการรักษาและพยาบาลต่าง ๆ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดอุณหภูมิ ไม้กดลิ้น หูฟัง (Stethoscope) หัวปอดหรือหน้าท้อง เครื่องตรวจหู ตา คอ จมูก ที่เคาะเข่า เครื่องมือทำแผลฉีดยา เป็นต้น ต้องมีการทำความสะอาด ซ่อมแซม เก็บรักษาให้มีพร้อมพอใช้ตลอดเวลา

(3) การจัดการด้านการเตรียมเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และเพียงพอต่อการให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่ประจำในแผนกผู้ป่วยนอกมีหลายประเภท ซึ่งรวมถึงแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลซึ่งบุคคลที่ช่วยเหลือแพทย์ประจำห้องตรวจ พยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาลเหล่านี้จะต้องมีความเชี่ยวชาญในการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือตรวจ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยก่อนและ

หลังการตรวจด้วย นอกจากนั้นยังมีนักสังคมสงเคราะห์ นักสุขศึกษาโภชนาการ คนงานทำความสะอาด คนเข็นเปล ผู้สื่อสารระหว่างแผนก และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ตามความจำเป็นต้องมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ดังกล่าวให้เพียงพอต่อปริมาณและคุณภาพของงาน

2) การจัดการในการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ จะต้องมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ (Job Descriptions) ให้เหมาะสมกับงานที่มีอยู่ทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ด้านการตรวจรักษา การพยาบาลไปจนถึงงานสนับสนุนการ รักษาพยาบาลทุกด้าน เพื่อให้ทุกคนรู้หน้าที่และความรับผิดชอบของตน โดยผ่านการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการและเป็นระบบ หน้าที่และความรับผิดชอบที่กำหนด ควรประกอบไปด้วยหน้าที่หลัก หน้าที่รอง ซึ่งรวมทั้งหน้าที่เฉพาะตัวโดยตรง และหน้าที่ที่ต้องประสานงานกับผู้อื่น หน้าที่ที่กำหนดขึ้นนี้จะต้องได้รับการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ไปหากมีความไม่เหมาะสมประการใดก็ควรได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้เสมอ

3) การจัดการมอบหมายงาน การมอบหมายงานจะต้องคำนึงถึงลักษณะงาน ปริมาณงาน ความยากง่ายของงาน จำนวนและคุณภาพของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึง การมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละคน การมอบหมายงานอาจจะกระทำโดย มอบหมายให้แต่ละคน หรือให้ทำร่วมกันเป็นทีม แต่ส่วนใหญ่งานในแผนกผู้ป่วยนอก จะเป็นงานที่ต้องประสานกันเกือบทั้งสิ้น

4) การจัดระบบการประสานงานอย่างเหมาะสม ประกอบไปด้วยการประสานงานระหว่างบุคคล หรือการประสานบริการ นอกจากนั้นอาจเป็นการประสานงานระหว่างแผนก หรือ อาจเป็นการประสานงานระหว่างสถาบัน เช่น การรับส่งต่อผู้ป่วย โดยจะต้องจัดระบบไว้ให้ชัดเจน ว่าการประสานงานแต่ละประเภทดังกล่าวข้างต้น มีหลักเกณฑ์และวิธีการอย่างไร สำหรับการประสานระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกับผู้ป่วยนั้น คือ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยการประชาสัมพันธ์ การแนะนำและการให้คำปรึกษาต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา

5) การจัดการระบบการควบคุมและกำกับงาน การจัดการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจำเป็นจะต้องจัดระบบการควบคุมงาน เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลไหลเวียนได้สะดวกรวดเร็ว ปลอดภัยและทันต่อเหตุการณ์ โดยจัดให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับบริการตามความรุนแรงของโรคและอาการอย่างเหมาะสม และปลอดภัย ควรจัดให้มีผู้คัดกรองผู้ป่วย (Screening) ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้าในโรงพยาบาลว่า ควรจะได้รับบริการที่ตรงไหน อย่างไร และจัดระบบการรับส่งต่อในช่วงของการมารับริการแต่ละครั้ง จนกระทั้งเสร็จสิ้นการมารับบริการของประชาชนแต่ละคน นอกจากนั้นควรจัดให้มีผู้ตรวจการพยาบาลคอยสอดส่องดูแลให้บริการเป็นไปตามระบบที่วางไว้ จะทำให้ไม่เกิดความยุ่งยากสับสนแก่ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ

6) การจัดการระบบการประเมินผลงานโรงพยาบาลหลายแห่ง ได้รับการวิพากษ์และการติเตียนจากประชาชนเกี่ยวกับการให้บริการช้า ต้อนรับไม่ดี ไม่ให้ความกระจ่างแจ้งเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้จะมีประจำหรืออาจจะบ่อยหรือเป็นครั้งคราวก็ตาม แต่ก็เป็นผลสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการและความคาดหวังของประชาชนที่มารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงควรได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลทั้งตัวผู้ให้บริการ และระบบการให้บริการอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขสมรรถภาพของเจ้าหน้าที่และระบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

อย่างไรก็ดีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สร้างมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก (Out-Patient Department: OPD) ขึ้นมาโดยกล่าวว่า บริการผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล ซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก มาตรฐานนี้จะมุ่งเน้นที่การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโดยกำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจนทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสมมีระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงาน และนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ โดยมีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน พันธกิจ ปรัชญา และ ขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยนอกต้องสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

2) การจัดองค์การและการบริหาร มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3) การจัดการทรัพยากรบุคคล มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อบริการผู้ป่วยนอกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้ทักษะเพื่อให้ เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5) นโยบายและวิธีปฏิบัติ มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัยสอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

6) สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่มีสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวกปลอดภัยมีคุณภาพประสิทธิภาพ

7) เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก มีเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

8) ระบบงาน กระบวนการให้บริการ มีระบบงาน กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

9) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการ ผู้ป่วยนอกโดยการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นว่าการให้บริการงานผู้ป่วยนอก ถือเป็นการให้บริการในส่วนที่เป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล เพราะถือเป็นจุดที่ปฏิสัมพันธ์สูงสุดกับชุมชน โดยทั่วไปจะมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก เป็นบริเวณที่มีความแออัด คับคั่ง ก่อให้เกิดความสับสนวุ่นวาย ส่งผลให้ผู้มารับบริการไม่พึงพอใจต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลได้ ดังนั้น การนำแนวคิดต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการจึงมีความจำเป็นและสำคัญเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วย ลดระยะเวลาและขั้นตอนที่ทำให้ล่าช้า และเพื่อให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

2.2.6 ขอบเขตของงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน

ขอบเขตของงานบริการแผนกผู้ป่วยนอกจาก คู่มือการปฏิบัติงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน มีรายละเอียดเนื้อหาครอบคลุมถึงการจัดกระบวนการปฏิบัติงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามข้อกำหนด และขั้นตอนของกระบวนการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย 2 ระบบงานหลัก (คู่มือการปฏิบัติงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก, 2563) ดังต่อไปนี้

2.2.6.1 ระบบงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 9 กระบวนหลัก ได้แก่

1) จุดบริการคัดกรองผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจสอบเพื่อระบุตัวตน โดยใช้บัตรประชาชน ใบขับขี่ Passport บัตรข้าราชการ สูจิบัตร ตรวจสอบและอนุมัติสิทธิโดยการลงระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล คัดแยกอาการและส่งห้องตรวจตามอาการ ค้นหาและส่งแฟ้มเวชระเบียนไปตามห้องตรวจ

ระบบติดตามประเมินผล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับบริการ อัตราการคัดกรองผิดพลาด ระยะเวลาการส่งเวชระเบียนไปที่คลินิกต่าง ๆ อัตราการค้นประวัติผิดพลาด

2) งานบริการพยาบาลก่อนพบแพทย์

ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการตามความเร่งด่วน, ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารก่อนเข้าพบแพทย์ ลงบันทึกสัญญาณชีพ น้ำหนักส่วนสูง อาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัด ความเสี่ยงการแพ้ยา ประวัติการใช้สารเสพติด และให้บัตรคิวผู้ป่วยเข้าพบแพทย์

ระบบติดตามประเมินผล ระยะเวลาผู้รับบริการ ระยะเวลารอคอยก่อนพบแพทย์

3) งานบริการตรวจรักษาและประเมินอาการ

ผู้รับผิดชอบ แพทย์, ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค

หน้าที่ความรับผิดชอบ การตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค

4) งานบริการพยาบาลหลังพบแพทย์

ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และผู้ช่วยเหลือคนไข้

หน้าที่ความรับผิดชอบ ตรวจสอบคำสั่งการรักษา ลงบันทึกการวินิจฉัยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การนัดครั้งต่อไป ให้คำแนะนำในการทำหัตถการ (ถ้ามี) การนัดครั้งต่อไป

5) ส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์

ผู้รับผิดชอบ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับคำร้องเจาะเลือด เจาะเลือดและนำส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำการตรวจวิเคราะห์ และรายงานผลทางระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

ระบบติดตามประเมินผล อัตราการวัดผลและรายงานทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์คลาดเคลื่อน และระยะเวลารอคอย

ระบบติดตามประเมินผล อัตราการประกันเวลารอคอยที่ต้องการรายงานด่วน

6) ส่งตรวจเพิ่มเติมส่งปรึกษาคลินิกอื่น

ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

หน้าที่ความรับผิดชอบ บันทึกส่งตรวจผู้ป่วยทางคอมพิวเตอร์

ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และผู้ช่วยเหลือคนไข้

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับใบจองห้อง ตรวจสอบเตียงว่าง และลงทะเบียนผู้ป่วย ตามหอผู้ป่วย

7) ส่งตรวจเพิ่มเติมส่งรักษาต่อ รพ.อื่น

ผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ประสานสิทธิ และพยาบาลวิชาชีพ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ประสานกับพยาบาลศูนย์ Refer พร้อมใบสรุปประวัติการรักษาของแพทย์และข้อมูลบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย, ประสานโรงพยาบาลที่จะขอ Refer เมื่อได้รับการตอบรับ Refer พยาบาลหอผู้ป่วยหรือพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องการ Refer ชี้แจงผู้ป่วยและญาติให้ทราบเหตุผลที่จะส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อพร้อมเตรียมเอกสารใบ Refer ผล Lab x-ray และเอกสารบัตรประจำตัวประชาชน ประสานศูนย์นำส่ง (EMS) เพื่อเตรียมความพร้อมของรถพยาบาลนำผู้ป่วยส่งยังโรงพยาบาลที่ระบุ

ระบบติดตามประเมินผล อัตราความสำเร็จในการส่งผู้ป่วยรักษาต่อ

8) ห้องยา

ผู้รับผิดชอบ

ห้องยา เภสัชกร และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ห้องยา รับใบสั่งยาหรือใบนำทางจากผู้ป่วย จัดลำดับคิวให้บริการ คัดกรองความถูกต้องและความเหมาะสมในการสั่งยา จัดทำฉลากยา จัดยาตรวจสอบรายการยาโดยเภสัชกร และส่งมอบยาพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร

ระบบติดตามประเมินผลระยะเวลารอคอยในการรับยา อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา และจำนวนอุบัติการณ์การจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ซ้ำ

9) การเงิน

ผู้รับผิดชอบ

การเงิน เจ้าหน้าที่การเงิน

หน้าที่ความรับผิดชอบ

การเงิน ตรวจสอบค่าใช้จ่าย และรับชำระค่าใช้จ่ายมีหน้าที่รวบรวม จัดทำและนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเงินให้กับฝ่ายที่ที่รับผิดชอบทราบข้อมูลรายรับรายจ่าย และจัดทำรายงานทางด้านการเงินให้แก่ผู้บริหารใช้ประกอบการตัดสินใจ ซึ่งการนำเสนอมักจะต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและจัดทำออกมาในรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจของข้อมูลที่นำเสนอ

กล่าวโดยสรุปการให้บริการของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล ต้องได้รับการสนับ สนุนด้านความรู้ความเชี่ยวชาญในแต่ละด้านแตกต่างกันออกไป จำเป็นต้องมีมีการอบรมเรียนรู้งานในลักษณะใหม่ๆ อย่างต่อเนื่องให้ความสำคัญกับจรรยาบรรณวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพไม่ก้าวก่ายในบทบาทหน้าที่ของเพื่อนร่วมวิชาชีนั้นๆ และคอยให้ความช่วยเหลือ แนะนำการปฏิบัติงาน คอยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ นับเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการรักษาทางการแพทย์ ปัจจัยเหล่านี้จะ

สามารถเสริมสร้างสร้างความรู้สึก เสริมสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการรักษาด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานได้เป็นอย่างดี

2.2.6.2 กรอบแนวความคิดในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จากการค้นหาข้อกำหนดที่สำคัญโดยพิจารณาความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการอันประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงข้อกำหนดด้านกฎหมายที่สำคัญ ประสิทธิภาพของกระบวนการ และความคุ้มค่าของกระบวนการ คณะทำงานการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยนอก ได้ร่วมพิจารณาและกำหนดข้อกำหนดที่สำคัญดังนี้

คณะทำงานการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการให้บริการผู้ป่วยนอก ได้พิจารณาความต้องการที่สำคัญเพื่อกำหนดข้อกำหนดของกระบวนการ คือ ผู้ป่วยได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกด้วยความปลอดภัยถูกต้องรวดเร็วและพึงพอใจ โดยได้กำหนดกระบวนการกำหนดความสำคัญและตัวชี้วัดตั้งข้อมูลที่แสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กำหนดกระบวนการกำหนดความสำคัญและตัวชี้วัด

กระบวนการ	ข้อกำหนดสำคัญ	ตัวชี้วัด
การให้บริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยได้รับการให้บริการที่มีความสะดวก วินิจฉัยถูกโรค ที่บริการผู้รับบริการรวดเร็วและได้มาตรฐานในการให้บริการทาการแพทย์	- อัตราการคัดกรองถูกต้องมากกว่า 95% - อัตราการค้นประวัติไม่พบและออกใบแทนน้อยกว่า 1 % - ระยะเวลาการส่งเวชระเบียนไปที่คลินิกต่าง ๆ ไม่เกิน 15 นาที - อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินมากได้รับการตรวจภายใน 5-30 นาที - ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ จนถึงขั้นตอนรับยากลับบ้านไม่เกิน 120 นาที

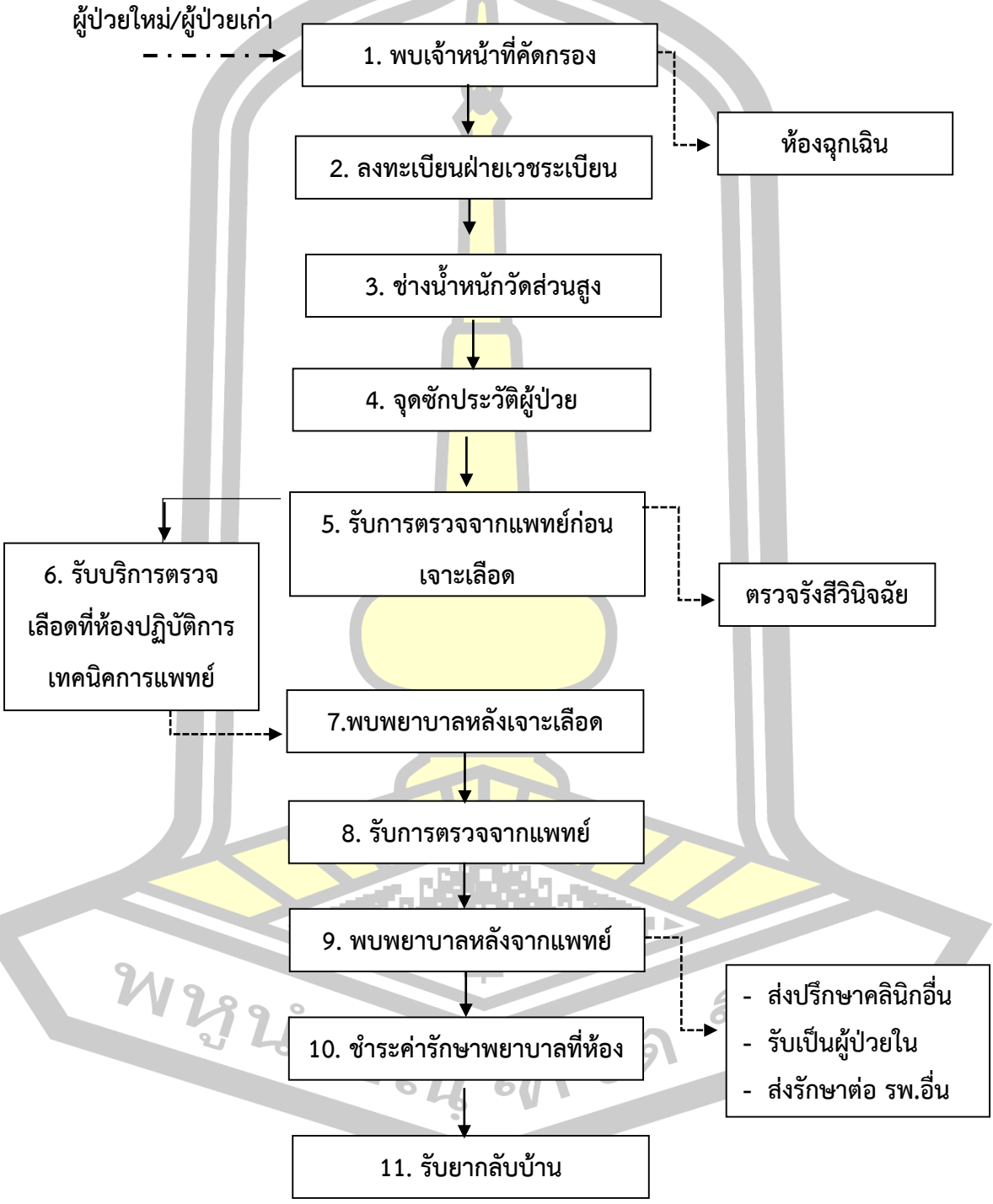
ภารกิจของหน่วยงานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน มีหัวใจหลักสำคัญคือการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยตรวจรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคแก่ผู้มารับบริการที่ถูกต้องปลอดภัย และเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการใขแผนกผู้ป่วยนอก

โดยแผนกผู้ป่วยนอก (Out-Patient Department) มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยและผู้มีสุขภาพดี บริการในรูปแบบคลินิกต่างๆ เป็นจุดบริการแรกที่ผู้ป่วยจะต้องมาติดต่อ ซึ่งจะต้องมีพื้นที่ใช้สอยและทางสัญจร ทั้งของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยและส่วนสนับสนุนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ดังแสดงในตารางที่ 2 และรูปที่ 1

ตารางที่ 2 หน่วยงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

หน่วยงานรับผิดชอบ	หน้าที่ความรับผิดชอบ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์	⇨ บังคับบัญชาและกำกับติดตามการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาล สังกัดสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน	⇨ บังคับบัญชาและกำกับติดตามการปฏิบัติงานแต่ละแผนก ภายในโรงพยาบาลนามน
ฝ่ายบริหาร	⇨ ให้การอำนวยความสะดวก ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลแก่ผู้มารับบริการ ⇨ อำนวยความสะดวกในเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ⇨ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	⇨ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน ⇨ คัดแยกผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ตามสาขา ⇨ ให้การพยาบาลผู้ป่วย ⇨ ให้คำแนะนำด้านการพยาบาล
ศูนย์ตรวจสอบสิทธิ	⇨ ตรวจสอบสิทธิและอนุมัติสิทธิ
งานเวชระเบียน	⇨ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ⇨ ตรวจสอบสิทธิเบื้องต้น ⇨ ค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยพร้อมใบสั่งยา
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	⇨ ตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจทางปฏิบัติการ
กลุ่มงานเภสัชกรรม	⇨ จัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วย ⇨ ให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย
ฝ่ายการเงิน	⇨ จัดเก็บค่าบริการรักษาพยาบาล
กลุ่มงานรังสีวิทยา	⇨ ตรวจวิเคราะห์และรายงานผลทางรังสีวิทยา

ในการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการโดยมีทั้งหมด 11 ขั้นตอนการให้บริการโดยนับตั้งแต่ เริ่มเข้ามารับบริการในจุดคัดกรองผู้ป่วย จนกระทั่งขั้นตอนสุดท้ายคือรับยาที่ห้องยา ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนผังแสดงขั้นตอนการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากรูปที่ 1 พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดระยะเวลารอคอยของผู้บริการ ยังมีหลายปัจจัย ทั้งในด้านกระบวนการให้บริการของบุคลากร อุปกรณ์ต่าง ๆ และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล อาจส่งผลต่อระยะเวลารอคอยในการให้บริการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีคุณภาพของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก นำไปสู่การปรับปรุงระบบบริหารจัดการอย่างมีคุณภาพกับผู้มารับบริการหรือผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน

2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการ (Service Quality)

2.3.1 ความหมายของคุณภาพการบริการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (2563) กำหนดนิยามคุณภาพบริการ คือ การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ใช้บริการบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการ โดยมีหลักสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ คือ การปรับปรุงกระบวนการ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2545) ได้กล่าวไว้ว่า ในธุรกิจการให้บริการ คุณภาพของบริการเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการสร้างความแตกต่างของธุรกิจ การให้บริการ คือ การรักษาระดับให้บริการที่เหนือกว่าคู่แข่งขัน โดยเสนอคุณภาพการให้บริการตามผู้รับบริการคาดหวังไว้ ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการที่ผู้รับบริการต้องการจะได้จากประสบการณ์ในอดีตจากการพูดปากต่อปาก จากการโฆษณาของธุรกิจให้บริการ ผู้รับบริการจะพอใจถ้าได้รับในสิ่งที่ต้องการ (What) เมื่อผู้รับบริการมีความต้องการ (When) ณ สถานที่ที่ผู้รับบริการต้องการ (Where) ใรูปแบบที่ต้องการ (How)

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ใช้บริการ โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2539) กล่าวว่า คุณภาพบริการ คือ ความสอดคล้อง กับความต้องการของผู้ใช้บริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้ใช้บริการ ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังจากใช้บริการไปแล้ว

คุณภาพบริการเป็นมโนทัศน์และกระบวนการในการประเมินของผู้รับบริการ โดยทำการประเมินเปรียบเทียบระหว่างการบริการที่คาดหวัง (Expectation Service) กับบริการที่รับรู้จริง (Perception Service) จากผู้ให้บริการซึ่งหากผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้รับบริการหรือสามารถสร้างบริการที่มีระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการคาดหวัง จะส่งผลให้บริการดังกล่าวเกิดคุณภาพการให้บริการ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากการบริการ

ที่ได้รับการให้บริการที่มีคุณภาพนั้นหมายถึง การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพึงพอใจต่อการบริการ จึงมีความสัมพันธ์ โดยตรงกับการทำให้เป็นไปตามความคาดหวังหรือการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง (Confirm or Disconfirm Expectation) ของผู้รับบริการนั่นเอง

กล่าวโดยสรุปคือคุณภาพการให้บริการ (Service Quality) คือ ความสามารถของผู้ให้บริการในการตอบสนองความต้องการของผู้ที่เข้ามารับบริการ โดยคุณภาพของการบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะสร้างความแตกต่างของธุรกิจให้เหนือกว่าคู่แข่งได้ การเสนอคุณภาพการให้บริการที่ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ ซึ่งจะส่งผลให้ตัวของผู้รับบริการมีความพึงพอใจเมื่อได้รับสิ่งที่เขาต้องการ

2.3.2 การจำแนกประเภทของคุณภาพการบริการ

โดยทั่วไปเราสามารถแบ่งประเภทของคุณภาพของบริการออกได้หลายประเภท โดยอาศัยเกณฑ์ในการพิจารณา (วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์, 2539) ดังนี้

2.3.2.1 ความยากง่ายในการประเมินผลิตภัณฑ์และบริการของผู้รับบริการ

1) คุณภาพที่ผู้รับบริการสามารถประเมินได้ก่อนซื้อ (Search Quality)

2) คุณภาพที่ผู้รับบริการสามารถประเมินได้ภายหลังการซื้อ (Experience Quality)

3) คุณภาพที่ผู้รับบริการอาจไม่สามารถประเมินคุณภาพของบริการได้ แม้ว่าจะได้รับบริการนั้นไปแล้วก็ตาม (Credence Quality)

2.3.2.2 การพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือกระบวนการของบริการเป็นหลัก

1) คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical Quality) หมายถึง คุณภาพที่เกิดจากการที่ลูกค้าประเมินผลลัพธ์ (Outcome) ของการบริการที่ผู้รับบริการได้รับ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ลูกค้าจะประเมินคุณภาพของการบริการ โดยการพิจารณาว่าเขาได้รับ “อะไร” หลังจากที่กระบวนการผลิตบริการและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้บริการสิ้นสุดลง การประเมินคุณภาพประเภทนี้มักจะเป็นการประเมินตามสภาพความเป็นจริงว่าการบริการที่ผู้รับบริการได้รับนั้นสามารถแก้ปัญหาให้กับเขา ได้หรือไม่

2) คุณภาพเชิงหน้าที่ (Functional Quality) หมายถึง คุณภาพที่เกิดจากการที่ลูกค้าประเมิน “กระบวนการ” หรือวิธีในการให้บริการว่าเขาได้รับบริการ “อย่างไร” โดยผู้รับบริการอาจจะพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ เช่น รูปลักษณ์ภายนอกของสถานบริการ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการ การแต่งกาย บุคลิกลักษณะ กิริยาท่าทาง คำพูดและมารยาทของผู้ให้บริการที่ให้บริการ เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบที่สำคัญต่อการประเมินคุณภาพของการบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ทั้งสิ้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าผู้รับบริการมักจะทำการประเมินคุณภาพเชิงหน้าที่ของบริการที่เข้าได้รับโดยอาศัยความรู้สึกส่วนตัวเป็นหลัก

2.3.3 องค์ประกอบของคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการเริ่มมีการศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 โดยมีการสร้างรูปแบบของคุณภาพบริการ (Service Quality Model) และเกณฑ์การวัดคุณภาพบริการ (Dimensions of Service Quality) โดยการวัดจากการรับรู้ต่อบริการของผู้รับบริการว่าเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่เพียงใด (Parasuraman et al, 1985) ได้วิจัยแล้วนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบของการบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมีสิ่งบ่งชี้คุณภาพบริการ 10 ข้อ ดังนี้

1. ความไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง การมีความสม่ำเสมอของการปฏิบัติงานมีความเชื่อถือได้ ซึ่งหมายความว่า การปฏิบัติงานการให้บริการที่มีความถูกต้องแม่นยำตั้งแต่ครั้งแรกและมีความซื่อสัตย์ต่อคำสัญญาโดยเฉพาะความถูกต้องของใบเสร็จรับเงินการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและการให้บริการตามเวลาที่กำหนด

2. ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ (responsiveness) หมายถึง ผู้ให้บริการจะต้องมีความเต็มใจในการจัดให้มีการบริการโดยทันที ซึ่งรวมถึงการให้บริการในเวลาที่ทันท่วงที เช่น การติดต่อส่งใบเสร็จทางไปรษณีย์โดยทันที การโทรศัพท์กลับถึงผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว การให้บริการโดยทันที เช่น การนัดหมายอย่างรวดเร็ว

3. สมรรถนะในการให้บริการ (Competence) หมายถึง ความต้องการทางด้านความรู้และทักษะในการบริการโดยทันที ซึ่งรวมถึงความรู้และทักษะในการปฏิสัมพันธ์ในการติดต่อกับบุคคลอื่นความรู้และทักษะของบุคลากรในการให้การช่วยเหลือสนับสนุนการปฏิบัติงาน ความสามารถในการศึกษาค้นคว้าขององค์กร เช่น ความไม่คงที่ ความปลอดภัยของบริษัท

4. การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกในการรับบริการซึ่งรวมถึงการบริการที่ง่ายและการเข้าถึงโดยการโทรศัพท์ (การติดต่อไม่ยุ่งยากและการที่สายไม่ว่าง) ช่วงเวลาที่รอรับบริการไม่นานเกินไป (การเข้าแถว ไม่ควรให้แถวยาว) ช่วงเวลาที่รอเหมาะสมในการปฏิบัติ มีสถานที่ให้บริการที่มีความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก

5. ความสุภาพและเป็นมิตร (Courtesy) หมายถึง สิ่งที่ปรากฏให้เห็นลักษณะทางกายภาพของบริการ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ ลักษณะที่ปรากฏให้เห็นของบุคลากร เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จัดให้มีในการบริการ ลักษณะทางกายภาพที่ต้องการในการให้บริการ เช่น บัตรเครดิต และธนาคาร สิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการแก่ผู้รับบริการอื่นๆ

6. การติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม (Communication) หมายถึง ผู้ให้บริการจะต้องมีการเรียนรู้ความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการการจัดให้มีการบริการเกี่ยวกับความสนใจของผู้รับบริการแต่ละราย

7. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความปลอดภัยจากภยันตราย ความเสี่ยง และความไม่ไว้วางใจ รวมถึงความปลอดภัยทางด้านร่างกาย ความปลอดภัยทางด้านการเงิน การเก็บรักษาข้อมูลของผู้รับบริการให้เป็นความลับ

8. ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ ความซื่อสัตย์ รวมถึงการดูแลให้ความสนใจในผู้รับบริการให้ดีที่สุดด้วยหัวใจ การสนับสนุน ช่วยเหลือ ยกย่องให้เกียรติผู้รับบริการ ความเชื่อถือในการบริการที่ได้รับ เช่น ชื่อและชื่อเสียงของบริษัทและบุคลากร บุคลิกลักษณะของบุคคลผู้ให้บริการ

9. ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding / Knowing the Customer) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการในภาษาที่เข้าใจง่ายและมีความสามารถเข้าใจได้ รับฟังผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นลูกค้าที่มีการศึกษาดีและการพูดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจนในการเริ่มต้น ซึ่งรวมถึงการอธิบายเกี่ยวกับเรื่องในการให้บริการด้วยตนเอง การอธิบายเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการ การอธิบายในเรื่องระหว่างการบริการกับค่าใช้จ่าย การรับรองปัญหาของผู้รับบริการว่าจะต้องได้รับการดำเนินงาน

10. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) หมายถึง การมีความสุภาพอ่อนโยน ความน่านับถือให้เกียรติความเอาใจใส่ผู้อื่น และความเป็นมิตรในการให้บริการของบุคลากรผู้ให้บริการ (รวมถึงพนักงานต้อนรับทางโทรศัพท์) และรวมไปถึงความเอาใจใส่ในคุณลักษณะเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละคน บุคลากรในการให้บริการจะต้องมีบุคลิกภาพที่สะอาด เรียบร้อยในการปรากฏให้เห็น

ต่อมาพาราสุรามาน และคณะได้พัฒนาเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพแบบใหม่ บริการที่เรียกว่า SERVQUAL (Service Quality) โดยสรุปมิติคุณภาพรวมจาก 10 ด้าน เหลือเพียง 5 ด้านหลักเท่านั้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินจากความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินจากการรับรู้ของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับจริง โดยเรียกเครื่องมือนี้ว่า “RATER” (Reliability, Assurance, Tangibles, Empathy, Responsiveness) ซึ่งผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ 5 ด้าน (Parasuraman et al., 1985) คือ

1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

2) ความไว้วางใจ หรือ ความน่าเชื่อถือ (Reliability)

3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness)

4) การให้ความ มั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance)

5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy)

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในคุณภาพบริการ

แนวคิดคุณภาพการให้บริการ เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อมีการติดต่อสื่อสารส่งต่อกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้ให้บริการ ซึ่งคุณภาพการให้บริการที่ดีนั้นควรปราศจากข้อบกพร่องสามารถทราบความต้องการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Kitapci, Akdogan & Dortyol, 2014) โดยจะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.1 ความหมายของความพึงพอใจในคุณภาพบริการ

กาญจนา สุขรุจี (2546) กล่าวว่า ความพึงพอใจของมนุษย์เป็นการแสดงออกที่เป็นนามธรรมไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถแสดงออกโดยการสังเกตที่สลับซับซ้อน และต้องมีสิ่งเร้าที่ตรงตามความต้องการของบุคคลจึงทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นการสร้างสิ่งเร้าจึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลนั้นให้เกิดความพึงพอใจในงานนั้น

อุทัยพรรณ สุดใจ (2545) ให้ความหมายของ ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยอาจจะเป็นไปในเชิงประเมินค่าว่า ความรู้สึกหรือทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ

สุภาลักษณ์ ชัยอนันต์ (2540) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกเป็นสุขหรือยินดีที่ได้รับการตอบสนองความต้องการในสิ่งที่ขาดหายไปหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สมดุล ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่จะแสดงออกของบุคคลซึ่งมีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติในกิจกรรมใด ๆ นั้น

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) กล่าวว่าความพึงพอใจ เป็นภาวะของความพึงพอใจ หรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก ที่มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคนๆหนึ่งที่ขาดหายไประหว่างการเสนอให้กับสิ่งที่ได้รับจะเป็นรากฐานแห่งความพอใจและไม่พอใจได้

Ellinger, et al (2002) กล่าวว่าความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการ เป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์รวมของการดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจประกอบด้วย ความคิดและอารมณ์ซึ่งสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิม ความคาดหวังและเครือข่ายสังคม ความพึงพอใจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพของการดูแลและการบริการตรงตามความคาดหวัง

โดยสรุปความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ภาวะของอารมณ์ ความรู้สึกร่วม ของบุคคลที่มีต่อ การเรียนรู้ ประสบการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจซึ่งเป็น พลังภายในของแต่ละบุคคลอันเป็นความสัมพันธ์ ระหว่างเป้าหมายที่คาดหวังและความต้องการ ด้านจิตใจ นาไปสู่การค้นหาสิ่งที่ต้องการมาตอบสนอง เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการ แล้วจะเกิดความรู้สึกมีความสุข

2.4.2 เกณฑ์การประเมินความพึงพอใจ

ความพึงพอใจเป็นพฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถแสดงออกมาให้เห็นได้ชัดเจน แต่สามารถรับรู้ได้จากการสังเกต การสอบถามเพื่อสื่อให้รับรู้ได้อาจตรงตามความรู้สึกตรงตามความพึงพอใจจริงหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้นการวัดระดับความพึงพอใจจึงเป็นการ ประเมินพฤติกรรมภายในให้ผู้ถูกประเมิน แสดงออกมาให้ทราบว่ามีความพึงพอใจต่อสิ่งที่กระตุ้น หรือสิ่งที่ได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการดำเนินงาน ด้านการบริการ หรือด้านการเรียนการสอน เพื่อให้ทราบถึงสภาวะ หรือคุณภาพของสมรรถนะการดำเนินการนั้น มีรายละเอียดของแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ และการวัดระดับพึงพอใจโดยมีการนำเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการ 5 ด้าน (Parasuraman, et al, 1985) มาใช้ในการประเมินการวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ดังนี้

2.4.2.1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ เครื่องมืออุปกรณ์ บุคลากรและการใช้สัญลักษณ์หรือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการได้สัมผัส และการบริการนั้นมีความเป็นรูปธรรมสามารถรับรู้ได้

2.4.2.2 ความไว้วางใจหรือความน่าเชื่อถือ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการนั้นตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งมีความถูกต้องเหมาะสม และมีความสม่ำเสมอในทุกครั้งของการบริการ ที่จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้

2.4.2.3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมาใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการให้บริการอย่างทั่วถึงรวดเร็วไม่ต้องรอนาน

2.4.2.4 การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ มีกิริยาท่าทาง และมารยาทที่ดีในการให้บริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจว่าจะได้บริการที่ดีที่สุด

2.4.2.5 ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแล ความเอื้ออาทรเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการในแต่ละคน

สรุปได้ว่าเกณฑ์ความพึงพอใจ คือสิ่งที่ใช้วัดสิ่งที่เกิดจากแรงจูงใจซึ่งเป็นพฤติกรรมภายในที่ผลักดันให้เกิด ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ยินดี ไม่ยินดี เมื่อได้รับการ

ตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง ที่เกิดจากการประมาณค่าอันเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์จากการกระทำกิจกรรม เพื่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้วิจัยจะนำแนวคิดดังกล่าวไปปรับใช้ในการดำเนินการสร้ายแบบสอบถามความพึงพอใจเพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินการวิจัยทั้งก่อนและหลัง

2.5 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาระบบการลดระยะเวลารอคอย

แนวคิดของการลดความสูญเปล่าที่เกิดจากการรอคอยมีความสำคัญต่อการเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จะอาศัยวิธีการลดระยะเวลาที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่าโดยใช้ระบบลีน และระบบแถวคอยตัว ในงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการลดความสูญเปล่าที่เกิดจากการรอคอยในกระบวนการเข้ารับบริการตั้งแต่ จุดคัดกรองผู้ป่วย รับบัตรคิว รับบริการฝ่ายเวชระเบียน จุดซักประวัติผู้ป่วย รับบริการเจาะตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ รับการตรวจจากแพทย์ ชำระค่าส่วนต่างค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และรับยาที่ห้องยา

2.5.1 คุณภาพบริการสุขภาพกับระบบลีน (Quality Services with Lean System)

คุณภาพ (Quality) คือ สิ่งที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพความพึงพอใจ มาตรฐานที่ได้รับบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holder) โดยคำนึงถึงคุณภาพเป็นสำคัญคุณภาพของบริการสุขภาพนี้คือ ความปลอดภัยในชีวิตของผู้รับบริการ นอกจากนี้แล้ว จะต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนบนพื้นฐานมาตรฐานของวิชาชีพและมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพ ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพมีการปรับตัวในคุณภาพบริการอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับผู้บริโภคหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการรับ – ส่งข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพแบบไร้พรมแดนมากขึ้น

ดังนั้น สถานบริการสุขภาพและผู้บริหาร จึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการให้เกิดความยั่งยืนตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ในการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพนั้น มีเครื่องมือที่หลากหลายนำไปสู่คุณภาพบริการ ในที่นี้ขอนำเสนอระบบลีนหรือการผลิตแบบลีน (Lean Manufacturing) ซึ่งแพร่หลายในวงการอุตสาหกรรม โดยสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับระบบบริการสุขภาพได้

2.5.1.1 ความหมายของลีน

คำว่า **“ลีน”** หมายถึง ความผอมบาง ถ้าเปรียบเทียบและมองในแง่บวก หมายถึงองค์การที่มีขนาดกระชับ มีความสามารถในการปรับตัว เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสังคมได้ทันท่วงที โดยมีการดำเนินการที่ปราศจากความสูญเสียในทุก ๆ กระบวนการและมีประสิทธิภาพเหนือคู่แข่ง (วิทยา สุหฤทดำรง, อธิศานต์ วายุภาพ และยุพา กลอนกลาง, 2551)

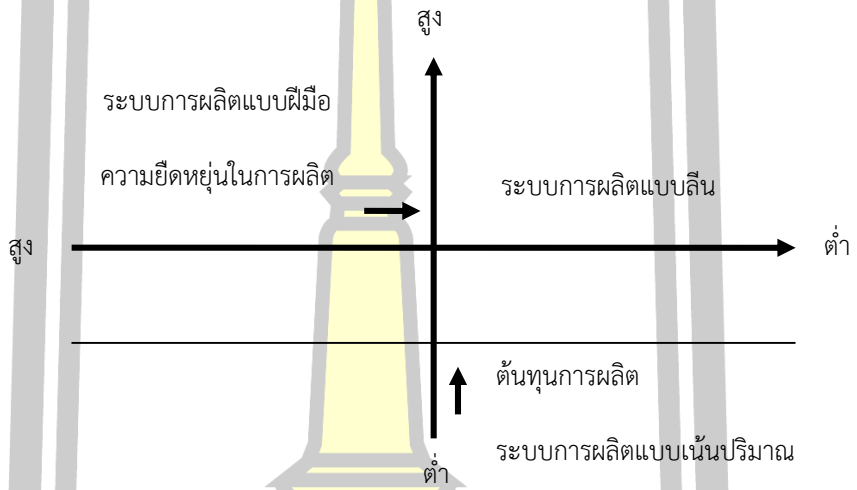
2.5.1.2 วิวัฒนาการระบบลีน

ก่อนที่จะรู้จักกับระบบลีน ควรทำความรู้จักประวัติและความเป็นมาของระบบลีน ระบบนี้มีจุดเริ่มต้นในวงการอุตสาหกรรมผลิตรถยนต์ในศตวรรษที่ 19 ต่อ 20 ก่อนที่จะพัฒนาเป็นระบบลีนในอุตสาหกรรมรถยนต์นั้น การผลิตรถยนต์สมัยต้นศตวรรษที่ 20 ใช้ฝีมือและแรงงานมาก ไม่มีระบบที่เรียกว่าสายการผลิต บริษัทผลิตรถยนต์ส่วนใหญ่ต้องอาศัยทักษะและความชำนาญของพนักงานเป็นหลัก ดังนั้น ต้นทุนการผลิตต่อหน่วยจะสูง แต่ผู้ผลิตก็สามารถผลิตรถยนต์ได้หลากหลายตามความต้องการของลูกค้า ต่อมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 นายเฮนรี่ ฟอร์ด ผู้ก่อตั้งบริษัทฟอร์ดมอเตอร์ ได้ริเริ่มแนวคิดในการสร้างสายการผลิตให้มีการไหลเวียนคล้ายลักษณะของการไหลสายน้ำ และใช้แนวคิดที่ว่าอุปสรรคที่อยู่ในกระบวนการผลิต คือ ความสูญเปล่าและไม่เกิดคุณภาพ โดยใช้ระบบสายพานลำเลียงซึ่งเป็นนวัตกรรมในการผลิตรถยนต์ที่มีคุณภาพในสายการประกอบรถยนต์ (Moving Assembly line) ของบริษัทฟอร์ด มอเตอร์ และใช้ชิ้นส่วนมาตรฐานที่สามารถเปลี่ยนทดแทนกันได้ ทำให้ใช้เวลาในการผลิตลดลง และส่งต่อไปยังกระบวนการผลิตขั้นต่อไป การผลิตลักษณะเช่นนี้เป็นลักษณะเหมือนการผลิตสินค้าสำเร็จรูปจำนวนมาก ๆ จึงเรียกการผลิตระบบนี้ว่าเน้นปริมาณ คือ เน้นการผลิตจำนวนมากเพื่อลดต้นทุนต่อหน่วยผลิตให้ต่ำลงโดยเฉพาะต้นทุนทางอ้อม ระบบการผลิตลักษณะนี้ประสบความสำเร็จมากและเป็นที่กล่าวขวัญในประเทศสหรัฐอเมริกาในยุคนั้น ซึ่งผลิตรถยนต์ฟอร์ดโมเดลที่เป็นรุ่นยอดนิยมและจำหน่ายดีมากถึงแม้ว่าจะมีเพียงสีดำสีเดียว ตลาดขณะนั้นยังเป็นของผู้ผลิต เพราะมีผู้ผลิตน้อย รายการผลิตยังมีจำนวนน้อยแต่ความต้องการมาก (Demand Over Supplied) เท่ากับว่า ผลิตจำนวนเท่าใดก็ขายได้หมดยุคเข้าสู่ระบบลีนจากประเทศสหรัฐอเมริกาสู่ประเทศญี่ปุ่น ต่อมานายอิจิ โทโยดะ และนายโทอิจิ โอโนะ ผู้บริหารบริษัทโตโยต้า ได้นำแนวคิดของ เฮนรี่ ฟอร์ด มาพัฒนาต่อยอดในการปรับปรุงระบบการผลิตของบริษัทโตโยต้าที่ประเทศญี่ปุ่น แต่บริบทของบริษัทไม่เหมาะกับระบบนี้ เนื่องจากปัจจัยหลายประการ คือ ในช่วงเวลานั้นประเทศญี่ปุ่นอยู่ในภาวะแพ้สงคราม สภาวะเศรษฐกิจและปัจจัยอื่น ๆ จึงไม่เหมาะกับระบบนี้ นายซิฮิโอ ชินโง ที่ปรึกษาบริษัทโตโยต้า ได้กล่าวว่าแนวคิดการผลิตแบบโตโยต้าเป็นระบบที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของตลาดและประเทศ โดยมุ่งเน้นการผลิตจำนวนมากด้วยขนาดรุ่นการผลิตที่เล็กและระดับสินค้าคงคลังต่ำ ซึ่งเป็นการนำแนวคิดแบบลีนของนายเฮนรี่ ฟอร์ด มาประยุกต์ให้เกิดระบบการผลิตแบบโตโยต้าที่เรียก “การปฏิบัติที่เป็นเลิศ” (Best Practice) ของระบบการผลิตลีน (วิทยา สุหฤทดำรง, อธิศานต์ วายุภาพ และยุพา กลอนกลาง, 2551)

2.5.1.3 การเริ่มต้นของคำว่า ระบบลีนและแนวคิดของระบบลีน

ในปี ค.ศ.1990 นายเจมส์ ออแม็ค และนายแดเนียล โจนส์ ได้เขียนเปรียบเทียบปัจจัยแห่งความสำเร็จระหว่างอุตสาหกรรมรถยนต์ในประเทศต่างๆ คือ ญี่ปุ่น ยุโรป สหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกระบวนการ และเริ่มใช้คำว่า “ระบบการผลิต

แบบลีน” ตั้งแต่นั้นมา วิวัฒนาการของระบบการผลิตแบบลีน เริ่มต้นจากระบบการผลิตงานฝีมือมาสู่การผลิตระบบเน้นเชิงปริมาณแล้วพัฒนามาสู่ระบบการผลิตแบบลีนที่มีความยืดหยุ่นในการผลิตที่ให้ผลผลิตสูง ลดต้นทุนหรือต้นทุนต่ำ เพื่อรองรับสภาพปัจจุบันของวงการผลิตที่ต้องการลดขั้นตอนวงจรการผลิตให้สั้นลง ดังที่แสดงในรูปที่ 2 (วิทยา สุหฤทดำรง, อธิศานต์ วายุภาพ และยุพา กลอนกลาง, 2551)



รูปที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างระบบการผลิตแบบฝีมือเน้นปริมาณและระบบการผลิตแบบลีน (ที่มา: วิทยา สุหฤทดำรง, อธิศานต์ วายุภาพ และยุพา กลอนกลาง, 2551)

2.5.1.4 แนวคิดระบบลีน (Concept of Lean)

แนวคิดระบบลีน คือ วิธีการที่มีระบบแบบแผนในกระบวนการระบุและกำจัดความสูญเสียสิ่งที่ไม่เพิ่มคุณค่า/มูลค่าในกระบวนการ โดยใช้การดำเนินตามจังหวะความต้องการของลูกค้าด้วยระบบดึง (Pull) ทำให้เกิดสภาพการไหลของงานอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอุปสรรค และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าให้ระบบอยู่เสมอประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (ศิรศักย เทพจิต, 2549) คือ

ขั้นตอนที่ 1 ระบบสร้างคุณค่าของผลิตภัณฑ์ บริการ ในมุมมองของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก โดยผู้บริหารทุกระดับจะต้องให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมในการสร้างคุณค่า การให้บริการในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน นั่นคือลูกค้าภายในและภายนอก

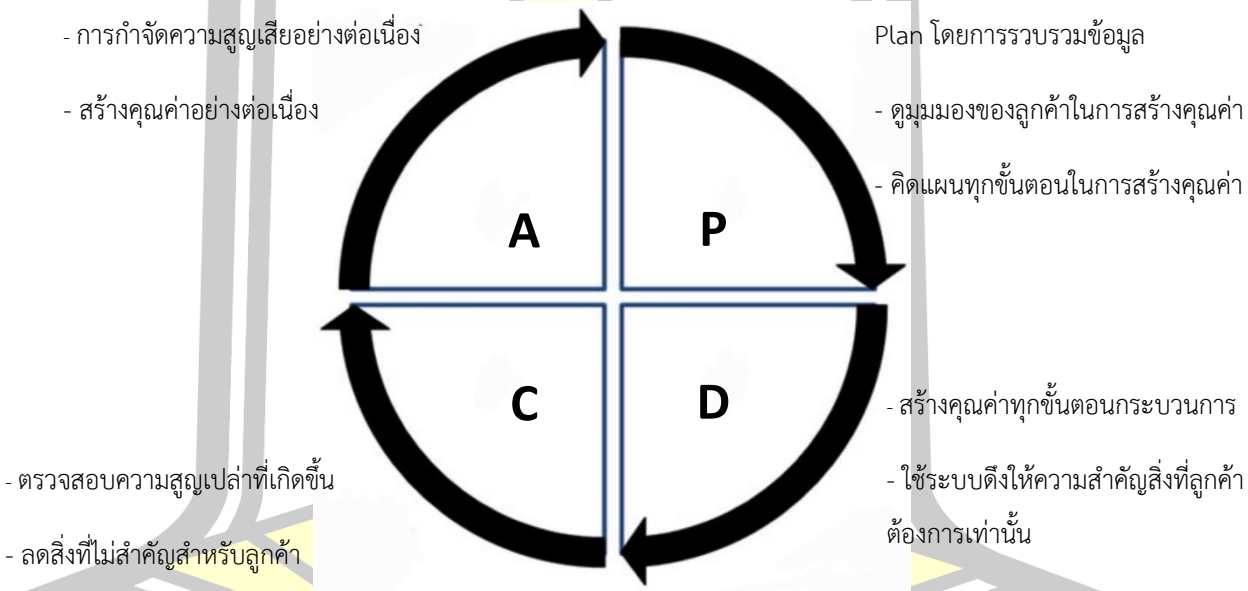
ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระแสคุณค่าในทุก ๆ ขั้นตอนของการดำเนินงานตั้งแต่จุดเริ่มต้น คือ การวางแผนจนถึงจุดสิ้นสุดของการดำเนินการในกระบวนการ และพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียว่ากิจกรรมใดที่ไม่เพิ่มคุณค่าและเป็นความสูญเสียเพื่อลดกิจกรรมดังกล่าวในกระบวนการและให้เกิดความตระหนักในความสูญเสีย และหาวิธีการลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาทำให้กิจกรรมในกระบวนการดำเนินงานมีคุณค่าเกิดการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (Flow) โดยไม่มีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดข้องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสียในกระบวนการ สามารถดำเนินงานได้อย่างไหลลื่น

ขั้นตอนที่ 4 ใช้ระบบดึง (Pull) ผู้บริหารให้ความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ลูกค้าต้องการเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นลูกค้าภายในหรือลูกค้าภายนอกก็ตาม โดยต้องใช้เครื่องมือวิเคราะห์ว่าจะดึงสิ่งที่ลูกค้าต้องการ โดยให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกและสำคัญที่สุดเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 5 สร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่าที่อาจซ่อนเร้นอยู่ในส่วนเกินต่าง ๆ โดยกำจัดความสูญเปล่าและสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นว่าจากขั้นตอนทั้ง 5 ประการดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการสร้างคุณค่าโดยใช้แนวคิดพื้นฐานโดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 ภาพแสดงวงจรการพัฒนาคุณภาพ
(ที่มา : ศิรศักย เทพจิต, 2549)

ในการสร้างระบบลีนนั้นสิ่งแรกที่ต้องจำไว้เสมอคือ จะต้องเริ่มต้นจากคนหรือพนักงานทั่วทั้งองค์กรโดยเฉพาะพนักงานในระดับปฏิบัติการและหัวหน้างาน โดยต้องเสริมสร้างความเข้าใจทำให้พนักงานมีทัศนคติที่ถูกต้อง พยายามหลีกเลี่ยงการเริ่มต้นด้วยการนำเอาเครื่องมือต่าง ๆ ของ

ระบบลีนไปใช้ภายในองค์กร จากนั้นจึงเริ่มวิเคราะห์สภาพปัจจุบันวางแผนงานอย่างเป็นระบบกำหนดเป้าหมายในการปรับปรุง แล้วจึงใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาช่วยปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ขั้นตอนการสร้างระบบลีนแบ่งออกเป็น 7 ระยะ ดังนี้ (ศิรศักย เทพจิต, 2549)

1) การเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ได้แก่ สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น บุคลากรและช่องทางการสื่อสารภายในระหว่างสมาชิกผู้ดำเนินโครงการรวมถึงการฝึกอบรมให้ความรู้ของระบบลีนแก่ผู้บริหารและคณะทำงาน

2) การระบุคุณค่าของสินค้าและบริการที่ลูกค้าต้องการทั้งภายนอกและภายใน แล้วสรุปเป็นข้อกำหนดส่วนประกอบกระบวนการ และรายละเอียดการปฏิบัติงานโดยใช้เทคนิคการถ่ายทอดความต้องการของลูกค้าสู่ผลิตภัณฑ์ (Quality Function Deployment : QFD)

3) การสำรวจสถานะปัจจุบันของกระบวนการทั้งหมด แล้วสรุปบนแผนภาพกระแสคุณค่า (Value Stream Mapping) เพื่อระบุปัญหาและนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนากระแสคุณค่าในขั้นตอนถัดไป

4) การประเมินสภาพของกระบวนการ ตัวชี้วัดผล และเป้าหมายของโครงการตามแนวทางของระบบลีน (LEAN Assessment) เพื่อนำไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนากระบวนการ

5) การวางแผนและดำเนินการปรับปรุงกระบวนการตามแผนภาพกระแสคุณค่าอนาคต(Future Value Stream Mapping) ร่วมกับการใช้เครื่องมือพัฒนาที่เหมาะสม (ตามโครงสร้างของระบบข้างต้น) โดยพิจารณากิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่าและเป็นความสูญเปล่าในทุกขั้นตอนจากภาพกระแสคุณค่า (Value Stream Mapping) ที่สร้างขึ้น

6) การขับเคลื่อนกิจกรรมตามกระแสคุณค่า (Value Stream) อย่างต่อเนื่อง เน้นเฉพาะสิ่งที่ลูกค้าต้องการ โดยการควบคุมระบบการผลิตแบบลีน

7) ร่วมกับการสร้างระบบคัมบัง (Kunban) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของระบบดึงการสร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่าอย่างต่อเนื่อง ด้วยการค้นหาความสูญเปล่าที่มองไม่เห็น แล้วปรับปรุงกระบวนการด้วยระบบการผลิตแบบลีน พร้อมทั้งขยายผลสู่บริเวณอื่นๆ ไปจนถึง Supply Chain อันได้แก่ คือ ผู้รับบริการ ผู้ส่งมอบ และผู้รับเหมาช่วงการผลิต (ศิรศักย เทพจิต, 2549)

จะเห็นว่าจากการศึกษาข้อมูลข้างต้นทำให้ผู้วิจัยได้เห็นภาพรวม ของทั้งกระบวนการของการดำเนินงาน โดยการนำระบบลีนมาประยุกต์ใช้เพื่อทำให้เห็นถึงปัญหาที่แท้จริงของการลดเวลาการรอคอย เพื่อเพิ่มกระบวนการที่เกิดคุณค่าให้กับขั้นตอนของการทำงาน เพื่อให้สามารถลดเวลาการให้บริการลดลงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จึงนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการลดขั้นตอนของการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกให้มีการบริกการที่สั้นลงขั้นตอนการบริการไม่ซับซ้อน และระยะเวลารอคอยลดลง

2.5.2 แนวคิดและทฤษฎีแถวคอย

ความหมายของทฤษฎีแถวคอย (Quenuing Theory) แถวคอยหรือคิว (Queue) จะเกิดขึ้น ก็ต่อเมื่อ ผู้มารับบริการ หรือ ลูกค้า เข้ามารับบริการที่หน่วยให้บริการ และยังไม่ได้รับบริการในทันที ดังนั้นผู้มารับบริการจึงต้องใช้เวลาในการรอเพื่อรับบริการเมื่อมองในมุมของการให้บริการลูกค้าธนาคารออมสิน จะพบว่าเมื่อมีการติดต่อสื่อสารเกิดขึ้น และถ้าผู้ให้บริการโครงข่ายไม่พร้อมให้บริการหรือมีผู้ให้บริการจำนวนจำกัด ก็จะส่งผลทำให้ผู้มารับบริการต้องรอคอย ดังนั้นในการแก้ปัญหาของระบบแถวคอยจึงได้มีการพัฒนาศาสตร์ทางด้านนี้ขึ้นมา เรียกว่า ทฤษฎีแถวคอย (Quenuing Theory) โดย A.K. Erlang ซึ่งเป็นวิศวกรด้านโทรศัพท์ และเป็นผู้ริเริ่มพัฒนาขึ้นปีพ.ศ. 2453เพื่อแก้ปัญหาการรอคอยของผู้ใช้โทรศัพท์ที่กรุงโคเปนเฮเกนประเทศเดนมาร์คทฤษฎีแถวคอยจึงมีความหมายคือการศึกษาทางคณิตศาสตร์ของการรอในแถวคอยเพื่อที่จะทำนายหรือคาดการณ์ถึงเวลาที่ต้องรอ และความยาวของแถวคอยที่เกิดขึ้น (สุบงกช ไชยแสง และ อัชฌาวดี จันชุลี, 2552)

ตารางที่ 3 ตารางข้อมูลทางกายภาพของระบบแถวคอย

ข้อมูลทางกายภาพ	ผู้มารับบริการ (input/output)	บัฟเฟอร์	ผู้ให้บริการ
ธนาคาร	คน	เก้าอี้นั่งรอ	พนักงานธนาคาร

2.5.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีแถวคอย (Quenuing Theory) ในปัจจุบันเรื่องของการเข้า แถวคอย เป็นเรื่องปกติที่พบเห็นได้ทั่ว ๆ ไปในชีวิตประจำวันแถวคอยที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากองค์ประกอบหลายอย่างด้วยกัน เช่น อัตราการมารับบริการของผู้รับบริการหรือลูกค้า อัตราการให้บริการของผู้ให้บริการ และรูปแบบของแถวคอย เป็นต้นในการบริหารจัดการของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับระบบแถวคอยนั้น การจัดรูปแบบของระบบแถวคอย เกณฑ์การให้บริการ และจำนวนผู้ให้บริการ เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ จำนวนผู้ให้บริการ เพราะเมื่อลูกค้ามาถึงสถานีบริการแต่ยังไม่ได้รับบริการในทันที กล่าวคือต้องมีการรอคอย หรือการที่ลูกค้าต้องรอคอย การรับบริการเป็นเวลานาน ซึ่งสาเหตุหนึ่งอาจมาจากจำนวนผู้ให้บริการมีจำนวนน้อยเกินไป และอาจมีผลให้ลูกค้าบางคนเปลี่ยนใจออกจากการรอรับบริการ หรือมีลูกค้าที่มารับบริการ แต่เห็นว่ามีคนรออยู่ในแถวคอยเป็นจำนวนมากจึงไม่เข้ารับบริการ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านการสูญเสียลูกค้าในทานองกลับกัน ถ้าจำนวนผู้ให้บริการมีมาก ในส่วนของลูกค้าอาจมีความสะดวกรวดเร็วไม่ต้องรอคอยนานแต่ทางด้านผู้ประกอบการให้บริการจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก อีกทั้งเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ (สุบงกช ไชยแสง และอัชฌาวดี จันชุลี, 2552)

1) องค์ประกอบพื้นฐานในระบบแถวคอย ในการพิจารณาถึงองค์ประกอบพื้นฐานของระบบแถวคอยนั้นนอกเหนือจากโครงสร้างโดยทั่วไปแล้ว อาจจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบอื่น ที่มีผลกระทบต่อระบบการรอคอย ดังนี้

2) การมาของลูกค้า โดยปกติแล้วการมาของลูกค้าเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน และเป็นการยากที่จะบอกว่าลูกค้าจะมาถึงเวลาใด และมีจำนวนเท่าใด ดังนั้นการกล่าวถึงการมาของลูกค้าจะเป็นแบบของการแจกแจงความน่าจะเป็นของจำนวนลูกค้าที่เข้ามารับบริการในช่วงเวลาหนึ่ง หรือ การแจกแจงความน่าจะเป็นของระยะเวลาระหว่างการมาของลูกค้า

3) ระยะเวลาการให้บริการระยะเวลาในการให้บริการกับลูกค้าก็เป็นสิ่งที่ไม่ แน่นอนอีกเช่นกัน เพราะโดยทั่วไปนั้นลูกค้าแต่ละรายจะใช้เวลาในการรับบริการไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ในรูปแบบของการแจกแจงความน่าจะเป็นของระยะเวลาในการให้บริการหรือ การแจกแจงความน่าจะเป็นของจำนวนลูกค้าที่เสร็จจากการรับบริการในช่วงเวลาหนึ่ง

4) สถานีบริการคำว่า “สถานีบริการ” โดยทั่วไปนั้นประกอบไปด้วยรูปแบบของแถวคอย และจำนวนผู้ให้บริการ ดังนั้นการจัดการทางด้านสถานีบริการจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะจะมีผลกระทบต่อการรอคอยของลูกค้าโดยตรง การจัดรูปแบบของแถวคอยให้เหมาะสมอาจขึ้นอยู่กัสถานที่ให้บริการประเภทของลูกค้า หรือสภาพแวดล้อมอื่น ๆ

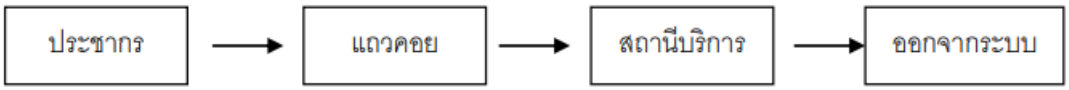
5) เกณฑ์การให้บริการในระบบของแถวคอย จำเป็นต้องมีเกณฑ์ในการให้บริการ กับลูกค้า ยกตัวอย่างเช่น “มาก่อนได้รับบริการก่อน” (First Come First Served) หรือ “มาทีหลังได้รับบริการก่อน” (Last Come First Served) หรือการให้บริการอย่างสุ่ม (Service in Random Order) หรือการให้บริการเป็นกรณีพิเศษกับลูกค้าที่มีสิทธิพิเศษ (Priority) เป็นต้น แต่ทั้งนี้การให้บริการด้วยเกณฑ์ใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และองค์ประกอบอีกหลายๆ อย่างของระบบๆ

6) จำนวนลูกค้าที่มีได้ในระบบแถวคอยในบางระบบของแถวคอย จำนวนลูกค้าที่มีได้ในระบบ (ในที่นี้หมายถึงจำนวนลูกค้าที่อยู่ในแถวคอย กับจำนวนลูกค้าที่กำลังรับบริการ) อาจมีจำนวนจำกัด หรือไม่จำกัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของสถานที่ หรือข้อจำกัดทางด้านอื่นๆ

7) ประชากรหรือแหล่งลูกค้าประชากรหรือแหล่งลูกค้านับเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของระบบแถวคอย ซึ่งมีทั้งที่เป็นแบบมีจำนวนจำกัด และไม่จำกัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละระบบแถวคอยว่าเป็นแบบใด

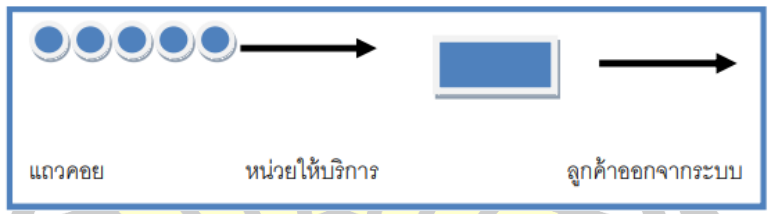
8) ลักษณะของลูกค้าในข้อนี้หมายถึงลักษณะนิสัยของลูกค้าในการมารับบริการ เช่น ลูกค้าที่ชอบมาเป็นกลุ่มหรือลูกค้าที่เมื่อมาถึงระบบแถวคอย และเห็นว่าแถวคอยยาวเกินไปจึง ไม่เข้าแถวคอย (Balking)หรือลูกค้าอาจเข้าแถวคอยเป็นระยะเวลาหนึ่ง แล้วไม่อยากรอต่อไปจึง ออกจากแถวคอย (Reneging) หรือลูกค้าเข้าแถวคอยแถวหนึ่ง แล้วเห็นว่าแถวคอยอีกแถวหนึ่งสั้น กว่าจึงเปลี่ยนแถวคอย (Jockeying) เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวทำให้การวิเคราะห์ตัวแบบระบบแถวคอยมี

ความยุ่งยาก และซับซ้อนลักษณะของระบบแถวคอย ในระบบแถวคอยโดยทั่วไปนั้น มีลักษณะหรือโครงสร้างของระบบที่สำคัญเหมือนๆ กันเช่นลูกค้า ที่มารับบริการ รูปแบบของแถวคอย และสถานีบริการแสดงใน รูปที่ 4



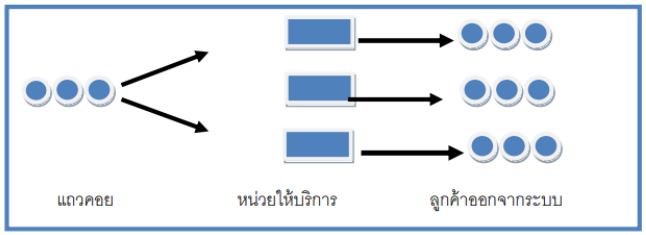
รูปที่ 4 แสดงรูปแบบของระบบแถวคอย
(ที่มา : สุทธิมา ชำนาญเวช, 2561)

การแบ่งรูปแบบแถวคอยผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดหรือจัดรูปแบบการให้บริการ โดยจะกำหนดว่าควรมีแถวคอยแถวเดียวหรือหลายแถวมีหน่วยให้บริการที่หน่วย มีกี่ขั้นตอนในการให้บริการ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ได้กำหนดรูปแบบของระบบแถวคอยไว้ดังนี้ 1.ระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียวมีแถวคอยเดียว และมีหน่อยบริการ 1 หน่วย (Single-Channel-Single-Phase System) เป็นระบบที่มีขั้นตอนเดียวในการให้บริการ และมีหน่อยให้บริการ 1 หน่วย เช่น 1 เครื่อง เมื่อลูกค้าได้รับบริการแล้วจะออกจากระบบไปดังแสดงในรูปที่ 5



รูปที่ 5 แสดงระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียว มีแถวคอยแถวเดียวและมีหน่วยบริการ1หน่วย
(ที่มา : กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

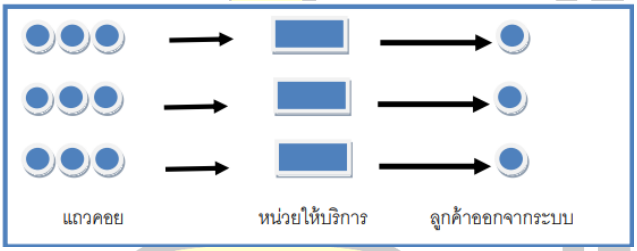
2.5.2.2 ระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียว แถวคอย 1 แถวคอย แต่มีหน่วยให้บริการหลายหน่วย โดยแต่ละหน่วยทำหน้าที่อย่างเดียวกัน (Multichannel Single-Phase System) เป็นระบบที่มีขั้นตอน ในการให้บริการขั้นตอนเดียวมีแถวคอยแถวเดียวแต่มีหน่วยให้บริการหลายหน่วยลูกค้าจากแถวคอยจะเข้าไปใช้บริการจากหน่วยที่ว่าง เช่น ธนาคารออมสินในปัจจุบัน จะจัดให้มีแถวคอยแถวเดียว แต่มีช่องบริการหลายช่องในกรณีนี้เป็นรูปแบบแถวคอยที่สอดคล้องกับกรณีศึกษา นั่นคือ การให้บริการลูกค้าธนาคารออมสิน ดังแสดงในรูปที่ 6



รูปที่ 6 แสดงระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียว มีแถวคอยแถวเดียว แต่มีหน่วยบริการหลายหน่วย โดยแต่ละหน่วยทำหน้าที่อย่างเดียวกัน

(ที่มา : กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

2.5.2.3 ระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียว แถวคอยหลายแถวและมีหน่วยให้บริการหลายหน่วย (Multiple-Channel-Phase System) เป็นระบบที่มีขั้นตอนในการให้บริการขั้นตอนเดียวแต่มีแถวคอยหลายหลายแถวดังแสดงในรูปที่ 7



รูปที่ 7 แสดงระบบแถวคอยที่มีขั้นตอนเดียว แถวคอยหลายแถวและมีหน่วยบริการหลายหน่วย

(ที่มา : กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

2.5.2.4 ระบบแถวคอยที่มีหลายขั้นตอน มีแถวคอยหลายแถวเดียวและในแต่ละขั้นตอนหน่วยบริการจากหลายหน่วยให้บริการดังแสดงใน รูปที่ 8

รูปที่ 8 ระบบแถวคอยที่มีหลายขั้นตอน มีแถวคอยแถวเดียวและในแต่ละขั้นตอนมีหน่วยให้บริการหน่วยเดียว

(ที่มา : กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง เป็น

รูปแบบของการทำความ เข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนาหาหลักการ เหตุผลและวิธีการ ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ ระเบียบ (Improve practice and systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้นๆ พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีความแตกต่างไปจากการแก้ปัญหาประจำวัน เพราะมีการใช้วิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาปัญหาอย่างเป็นระบบ และกระบวนการแก้ปัญหาก็ใช้ หลักทฤษฎีเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมกันในการที่จะทำให้คนเห็นปัญหา และวางเป้าหมายในการแก้ปัญหาไปด้วยกัน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับผู้รับบริการ เน้นให้เห็นความสำคัญของการ เรียนรู้กันในกระบวนการวิจัย (นงพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546)

2.6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง การวิจัยประเภทหนึ่ง ซึ่งใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติโดยการใช้วงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือกระทำจริง การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ การดำเนินการจะต้องต่อเนื่อง เพื่อจะนำไปสู่การปรับปรุงแผนเข้าสู่วงจรใหม่จนกว่าจะได้ข้อสรุปที่แก้ไขปัญหาได้จริง หรือสภาพการณ์ของสิ่งที่ศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

2.6.2 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6.3.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษาโดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น

2.6.3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) และการใช้การปรึกษาหารือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด

2.6.3.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุกๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย

2.6.3.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมติฐานของแนวคิดนั้นผิดหรือถูก

2.6.3.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคล (ครู/ผู้วิจัย) คนเดียวที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างทางการศึกษาให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษารับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง

2.6.3.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากการบันทึก (Records) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุงและได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผลในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้แนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเมื่อนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เรียนรู้และวิเคราะห์วิจารณ์จากผลที่ได้จากการปฏิบัติจะทำให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของระบบหน่วยงานได้จากลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเป็นการมุ่งหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการทำงานหรือพัฒนางานของโรงเรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ด้วย

2.6.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 4 ลักษณะ ดังนี้

2.6.3.1 วิจัยที่เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานนี้เป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2.6.3.2 เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

2.6.3.3 ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

2.6.3.4 ใช้วงจรการปฏิบัติการ (Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

2.6.4 กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

มีขั้นตอนที่สำคัญๆ ในการดำเนินการ (องอาจ นัยพัฒน์, 2551) ดังนี้

2.6.4.1 การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดแจ้ง ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะทำการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับครู นักเรียน เนื้อหาวิชาและสภาพแวดล้อม

2.6.4.2 เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัยเลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา สร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัยตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องปัญหานั้น

2.6.4.3 เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ

2.6.4.4 บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และเป็นอุปสรรคตามวงจรการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

2.6.4.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจในความถูกต้อง แสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูล

2.6.4.6 ตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มผู้วิจัย ได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบ ที่เป็นสาเหตุและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยสรุปประมวลผลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติ หรือเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมาน และความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

2.6.5 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้เมื่อกล่าวในเชิงนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานในงานวิจัยมีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (นงพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546) ดังนี้

2.6.5.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใครแนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งจะขอแนะนำในการเลือกหัวข้อการวิจัยในขั้นสุดท้ายที่ควรคำนึงถึง ดังต่อไปนี้

1) หัวข้อนั้นสำคัญต่อผู้วิจัยอย่างไร

2) หัวข้อนั้นสำคัญต่อโรงเรียนและนักเรียนอย่างไร

3) มีใครช่วยได้บ้าง

4) ข้อจำกัดที่จะค้นพบทั้งในแง่ของการปฏิบัติและงบประมาณ

5) ความสามารถของผู้วิจัยในการดำเนินงานการวิจัย

เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วในขั้นนี้อาจจะต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่นหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อกำหนดหัวข้อที่จะดำเนินงานวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้นปรึกษาหารือว่าจะใช้เครื่องมืออะไรเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร ใช้สถิติแบบใดบ้าง จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

2.6.5.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนที่วางไว้มาดำเนินการในขั้นนี้ผู้วิจัยจะต้องพบปัญหาในการวิจัยมากมาย ต้องทำการวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ดังนั้น แผนที่กำหนดไว้ควรจะมีความยืดหยุ่นปรับได้เปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมโดยกำหนดให้เกิดความสมดุลกับการปฏิบัติจริง

2.6.5.3 ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งสังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (Action of Process) และผลของการปฏิบัติการ (Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวังโดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมพิจารณาข้อดีข้อเสียของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดดังมีรายละเอียดดังนี้

1) การบันทึกสนาม (Field Note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็นโดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือการแปลความหมาย การบันทึกลักษณะนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

2) การสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นการทำให้ได้คำถามที่ยืดหยุ่นมากกว่าการรวบรวมแบบสอบถาม การสัมภาษณ์สามารถดำเนินการได้ 3 ลักษณะ คือ

2.1) แบบไม่ได้วางแผน (Un Planed) เป็นการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการของคู่สนทนา

2.2) แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง (Planed But-unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจที่จะพูด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่นประกอบเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนตรงประเด็น

2.3) แบบมีโครงสร้าง (Structured) การสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถามที่เตรียมการไว้แล้ว

3) การใช้สังคมมิติ (Social Metric Method) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คำถามว่าเขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับใครแล้วนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ว่าใครเป็นผู้นิยมของกลุ่มหรือใครถูกเพื่อนเพิกเฉย

4) แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สามารถใช้ได้ทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด เลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลที่สำคัญผู้วิจัยจะต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและครอบคลุม

5) การใช้แบบสำรวจรายการ (Checklist) เพื่อให้การบันทึกพฤติกรรมมีความเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยอาจสร้างรายการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมายแล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยกา / หรือ X หน้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไปตามรายการที่มีอยู่

6) การบันทึกเสียง (Tape Recording) เป็นวิธีที่สะดวกและง่าย ข้อดี คือ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด แต่ข้อด้อย คือ ไม่สามารถบันทึกกิจกรรมที่แสดงท่าทาง

7) การใช้วีดีทัศน์ (Video Tape Recorder) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอนบันทึกได้ทั้งภาพและเสียงสามารถเห็นพฤติกรรมได้ทั้งหมด หรือเลือกบันทึกรายการประเด็นที่สนใจมีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง

8) การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางด้านสมอง

2.6.5.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ว่าสัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมของโรงเรียนหรือกิจกรรมที่กำลังศึกษาและของระบบการศึกษาที่ประกอบกันอยู่ โดยผ่านกระบวนการถกอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2.6.5.5 สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัยนั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย บันทึกผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทุกๆ ขั้นที่สำคัญ นั่นคือ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสารในห้องเรียนหรือหน่วยงานและ

กับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องแก้ไข บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.6.5.6 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษานั้น

ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัยสามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัยจะต้องเลือกวิธีให้เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภท ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาลแบ่งระเบียบ วิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง (นงพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546) ดังนี้

1) ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติมักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive Approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อน แล้วความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลงหรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้นๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional Action Research) ที่หมายถึง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์ในการแก้ปัญหา

2) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้างๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยมักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริงๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible Interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive Approach) เป็นส่วนใหญ่ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจใน

ปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไข ปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual Action Research : Action Learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย

3) ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement Approach) มีเป้าหมายคือ ช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติจะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive And Predictive Knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical Action Research ซึ่ง มีรากฐานมาจากทฤษฎีวัตถุนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2.6.5 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกัน คือการปฏิบัติการ (Action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยจะต้องดำเนินการและคำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) อันเป็นการมีส่วนเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยมีความหมายถึง วิธีการที่ให้ผู้ถูกวิจัย หรือชาวบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข่งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหาของการดำเนินการการช่วยให้ข้อมูลและการช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากการทำวิจัยทุกขั้นตอนชาวบ้านนี้เป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาของชุมชนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา กระบวนการวิจัยจึงดำเนินไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างชาวบ้านกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นขั้น ๆ ส่วนกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลเป็นไปในเชิงการวิภาษ (Dialectic) ซึ่งชาวบ้านจะค่อย ๆ เรียนรู้ด้วยตัวเองและด้วยวิธีการวิจัยเช่นนี้ ข้อมูลที่ได้จึงมีความชัดเจนสะท้อนความคิดอ่านตลอดจนนิสัยใจคอของชาวบ้าน สะท้อนความต้องการและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของเขา การวิจัยแบบนี้จึงเป็นวิธีการที่สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนนี้เป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน

และกำหนดการดำเนินงานตามแผน หรือโครงการพร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการประกอบกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่ในชุมชน การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้นอกจากจะส่งผลดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังช่วยให้เกิดการพัฒนาของผลงานวิจัยและกระบวนการวิจัยในตัวของมันเองอีกด้วย และอีกทางหนึ่งการวิจัยยังเป็นส่วนสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ซึ่งสามารถเป็นตัวนำของการพัฒนาลงสู่ชุมชนท้องถิ่นอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพอีกด้วย (อมรพรรณ ทับทิมดี, 2559)

จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือการร่วมกันดำเนินกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะร่วมดำเนินโครงการวิจัยโดยผู้ดำเนินโครงการวิจัยจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการปรับปรุงปรับเปลี่ยนพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อให้ได้ผลการดำเนินการที่ดียิ่งขึ้นและอยู่ในทุกๆ กระบวนการของการดำเนินการจนกว่าวิจัยจะแล้วเสร็จใน 1 วงรอบเกิดการเปลี่ยนแปลงในสภาพความจริงของพื้นที่ที่ทำการวิจัยนั้นจริง และลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เด่นชัดสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ได้

2.6.6 ตัดสินใจเลือกใช้การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

มีข้อควรพิจารณา (องอาจ นัยพัฒน์, 2551) ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์สถานการณ์ โจทย์ การวิเคราะห์สถานการณ์

เป็นกระบวนการระยะแรกที่สำคัญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ เนื่องจากแนวคิดและหลักการสำคัญของการออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการยึดถือปัญหาและบริบทของปัญหาที่ต้องการแก้ไขเป็นศูนย์กลางในการออกแบบ ต้องวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ อย่างแท้จริงอันจะนำไปสู่การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไขอย่างลึกซึ้งและเหมาะสม ซึ่งผู้ร่วมวิจัยต้องร่วมกันศึกษา ค้นหาปัญหา ทำความเข้าใจสถานการณ์และสะท้อนความคิดเห็น ความต้องการ สร้างความตระหนัก สามารถระบุปัญหาและเข้าใจธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งวางแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2) การพิจารณาความพร้อม ทักษะของนักวิจัยและทีม

ความพร้อม ทักษะของนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย จึงมีความสำคัญต่อการตัดสินใจออกแบบการวิจัย นักวิจัย จึงต้องมีคุณลักษณะเฉพาะตัว มีทักษะทางมนุษย์สัมพันธ์ และมีทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงสร้างสรรค์ในการทำงานท่ามกลางความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งนักวิจัยควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการทำงานภาคสนาม หรือฝึกประสบการณ์ต่าง ๆ ก่อนลงสู่สนามจริง เนื่องจากบทบาทของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องรับผิดชอบนั้นมี หลากหลาย ผสมผสานทั้งงานนักวิจัย

และนักพัฒนา เป็นผู้นำเป็นนักวางแผนนักออกแบบ เป็นผู้อำนวยความ สะดวก ช่างสังเกต เป็นผู้สอนและผู้ฟังและเป็นผู้รายงานที่ดี

นอกจากนั้น ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องทำงานเป็นทีมโดยมีผู้เกี่ยวข้อง 3 ระดับคือ ระดับนโยบาย จะทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยและเป็นผู้ใช้ผลงานวิจัย ระดับนักวิจัย ประกอบด้วยนักวิจัยหลัก ผู้ช่วย นักวิจัย และผู้ร่วมวิจัย และระดับผู้ปฏิบัติงาน เป็นบุคคลกรในพื้นที่ที่ทำวิจัย อาจมีบทบาทเป็นทั้งผู้ร่วมวิจัย และเป็นผู้ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546) โดยการทำงานของทีมวิจัย จะต้องรู้บทบาทหน้าที่และเกิดความร่วมมือกันทำงานแบบเสมอภาค ต้องไม่เกิดความลำเอียงใน ระหว่างปฏิบัติการวิจัยเพราะทำให้ข้อมูลที่ได้คาดเคลื่อนได้

2.6.7 วงจรการทำวิจัยโดยแนวคิดของ Kemmmis และ McTaggart (1988)

กระบวนการแสวงหาการกระทำวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีรากฐานการพัฒนามาจากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ได้จำแนกกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)
ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe)
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลจากการปฏิบัติงาน (Reflection)

โดยรายละเอียดของแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ได้จำแนกกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้

2.6.7.1 การวางแผน (Plan) เป็นการตั้งความคาดหวัง การมองไปในอนาคต เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร

2.6.7.2 การปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติตามความคาดหวังที่วางไว้ ภายใต้การทำงานที่มาจากแนวคิดที่ตกลงของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ผ่านการวิเคราะห์ วิจารณ์แล้ว ระหว่างการปฏิบัติงานจะมีการบันทึก รายงานเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ วิจารณ์กันอีกในภายหลัง

2.6.7.3 การสังเกต (Observation) เป็นการบันทึกข้อมูลพื้นฐานไว้ใช้ในการสะท้อนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานมีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ และผู้สังเกตจะต้องเป็นผู้ที่มีความไวในการจับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน

2.6.7.4 การสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนถึงการปฏิบัติงาน การกระทำตามที่บันทึกไว้จากการสังเกต เก็บข้อมูล โดยใช้การอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ที่ถือให้เป็นการประเมินอย่างหนึ่ง และเป็นการให้ข้อแนะนำในการวางแผนปฏิบัติครั้งต่อไป พบว่าการสะท้อนคิดเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการจูงใจ และเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการประเมิน หรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัด ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการเป็นการสร้างและแยกแยะความหมายของสิ่งต่างๆ ออกมาให้ชัดเจนนี้เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองและแนวคิดใหม่ โดยอาศัยกระบวนการทางปัญญาและทัศนคติ การทบทวนประสบการณ์ที่ได้พบได้เห็นและได้ฟังมา เพื่อเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่

สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั้นคือการวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพังและควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่ง ประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย

2.6.8 ความเชื่อถือได้ (Trustworthiness) ของวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่างๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย (Emic-Etic) โดยนักวิจัยต้องอยู่ในสนามเป็นช่วงระยะนาน (Prolonged Engagement) จนสามารถขจัดอคติและตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ ๆ ได้ถูกต้อง สังเกตอย่างจริงจัง (Persistent Observation) รวมทั้งเข้าใจสิ่งที่ผิดปกติพร้อมทั้งเข้าใจความหมายนั้น ๆ ถ่ายทอดเล่าตรวจสอบระหว่างเพื่อนร่วมวิจัย เพื่อดูความรู้แจ้งและพัฒนาการของความเข้าใจ ปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัย รวมทั้งช่วยบอกเล่า แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน ทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาทางปัญญา ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การตรวจสอบแหล่งที่มาต่าง ๆ ของข้อมูลของผู้สืบสวนข้อมูลหลาย ๆ คนที่ต่าง ๆ กัน ของมุมมองทางทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎีตรวจสอบซึ่งกันและกัน มีสารสนเทศต่าง ๆ ครอบคลุมเพียงพอทั้งเอกสาร รูปภาพ เทป วิดีโอ เป็นต้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัยและการตีความเรื่องราวต่าง ๆ จะต้องผ่านการตรวจสอบเป็นระยะ ๆ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่ต้นจนสุดท้ายของการศึกษา (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

1) Dependability หมายถึง กระบวนการวิจัยมีความชัดเจนเปิดโอกาสให้ตรวจสอบได้อย่างละเอียด (Inquiry Audit) อธิบายรายละเอียดการ ตรวจสอบกระบวนการต่าง ๆ ร่วมกันหลายวิธีเช่น การตรวจสอบความ ตรงของข้อมูลแนวคิดทฤษฎีการใช้นักวิจัยหลายคนร่วมสังเกตสิ่งเดียวกัน เป็นต้น เพื่อดูว่าผลลัพธ์ที่เกิดจะไป ในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนกันหรือขัดแย้งกัน ซึ่งเป็นวิธีการ

ตรวจสอบแบบสามเส้า (Theoretical, Data, Methodological, Investigator, Analysis and, Multiple Triangulation)

2) Transferability หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน อธิบายรายละเอียดครอบคลุม Context Activities และ Events เพื่อป้องกันจุดอ่อนของงานวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่ครอบคลุมแนวคิดและมุมมองของทฤษฎีที่กำลังจะเกิดจากข้อมูล แหล่งข้อสนเทศในทุก ๆ ด้านอย่างครบถ้วน หาข้อมูลของแนวคิดในสมมุติฐานที่สร้างขึ้น เพื่อสร้างแนวทางอันอาจทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันได้

3) Conformability หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลจริง ต้องเป็นกลางไม่มีอคติ (Bias) จะเกิดเมื่องานวิจัยเชิงปฏิบัติการมี Credibility Dependability Transferability จึงจะ Conformability ได้นอกจากนี้การตรวจสอบความถูกต้องสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพไม่เพียงพอ สำหรับวิจัยเชิงปฏิบัติการการตรวจสอบความถูกต้องของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 3 ประเภทดังนี้ (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

1. Dialectical Validity (การโต้แย้งความถูกต้อง): Tension And Process (ความตึงเครียดและกระบวนการ)

2. Critical Validity (การวิพากษ์ความถูกต้อง): ความรับผิดชอบด้านจริยธรรม

3. การสะท้อนความถูกต้อง: การให้คุณค่าของเราเอง

จากการศึกษาข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยเห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในหน่วยงานหรือผู้มีส่วนร่วมกับผู้วิจัยมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการไม่มีการแยกกลุ่ม ศึกษากลุ่มทดลองแต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นที่การสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัยจนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัยนำมาประมวลเป็นแนวคิดหลักการและสร้างเป็นทฤษฎีการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในปัจจุบันมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อการปรับปรุง พัฒนาเสริมศักยภาพบุคคลและองค์กร รวมทั้งการสร้างความรู้ที่สนับสนุน การปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติจริงได้กระบวนการวิจัยให้ความ สำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลผู้ร่วมวิจัย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดกระบวนการวิจัย ทั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับการให้คุณค่ากับความรู้และประสบการณ์ชีวิตของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องการมีส่วนร่วมและศักยภาพที่ได้รับการปลดปล่อยให้เกิดความอิสระ (Emancipation) ของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถตระหนักถึงปัญหาวิเคราะห์หาแนวทางในการ แก้ไขร่วมกันลงมือปฏิบัติและประเมินผลจากการสะท้อนคิดอันนำสู่การวางแผนการดำเนินการเพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น และให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ หรือ

กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะพัฒนาองค์กรชุมชนของตนให้ดียิ่งขึ้น

2.7 ระบบการแพทย์ทางไกล

ปัญหาหลักของระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลายประเทศกำลังประสบอยู่คือปัญหาของความ เหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบทางการแพทย์ปัญหาของการได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน ปัญหาเรื่องของ คุณภาพการเข้าถึงการบริการ และความคุ้มค่าต่อค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามการพลิกโฉมของระบบการสื่อสาร ระหว่างบุคคลได้เข้ามามีบทบาทและแสดงให้เห็นว่าถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความ หลากหลายในระดับนานาชาติ และกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นให้มีศักยภาพที่ดีอาทิระบบเทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร หรือไอซีที(Information and Communication Technology: ICT) ที่ทันสมัย เช่น คอมพิวเตอร์เครือข่าย โทรศัพท์มือถือ หรือแม้แต่ระบบ Telemedicine ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของไอซีทีที่ ได้รับการส่งเสริมเพิ่มประสิทธิภาพ และพัฒนาปรับปรุงเทคโนโลยีใหม่ๆ ให้นำมาใช้กับการบริการการเรียน การสอนทางด้านการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (ไพรพนา ศรีเสน, 2544)

องค์การอนามัยโลกได้อธิบายคำว่า “การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)” อย่างกว้าง ๆ ไว้ว่า การแพทย์ทางไกล คือ การให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำหรับการแลกเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยการรักษา ป้องกันโรค รวมถึง การศึกษาอาการบาดเจ็บ การวิจัยและประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร ทางการแพทย์ (World Health Organization: WHO, 1998)

Telemedicine (การแพทย์ทางไกล) หมายถึง นำเอาความกาวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคมมาประยุกต์ใช้กับงานด้านการแพทย์โดยตรง โดยใช้การส่งสัญญาณผ่านสื่อโทรคมนาคม อันทันสมัย เช่น เทคโนโลยีการสื่อสารผ่าน Video Conference เป็นต้น โดยแพทย์ต้นทางและปลายทาง สามารถติดต่อกันได้ด้วยภาพเคลื่อนไหวและเสียงรวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลของคนไข้ระหว่างหน่วยงาน การติดต่อสื่อสารระหว่างคนไข้และแพทย์รวมทั้งการอบรมทางการแพทย์ต่าง ๆ (อัคคะนนท์ พงศ์ลักษมาณา, 2557)

ระบบการแพทย์ทางไกล หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่าง ๆ หรืออุปกรณ์มัลติมีเดียมาช่วยส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาทางด้านการแพทย์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วแม้ผู้ป่วยกับแพทย์จะอยู่ห่างไกลกันเพียงใดก็ตาม (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2563)

2.7.1 องค์ประกอบที่สำคัญของการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

มี4 ประการ ได้แก่

2.7.1.1 เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนด้านการแพทย์

2.7.1.2 เป็นระบบที่เอาชนะอุปสรรคทางภูมิศาสตร์หรือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากสถานที่ ห่างไกล

2.7.1.3 มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารหลายชนิดมาใช้

2.7.1.4 มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการรักษาโรคให้ดีขึ้น

การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ก้าวหน้าและหลากหลายทั่วโลก ที่เข้าสู่ยุคดิจิตอล (Digital) ราคาอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ลดลงและคนส่วนใหญ่เข้าถึง ได้ง่ายเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาระบบ Telemedicine เป็นแรงจูงใจที่กระตุ้นความ สนใจของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่จะจัดหาวิธีใหม่ที่มีประสิทธิภาพเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอีกทั้ง การใช้ระบบอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย ช่วยขยายขอบเขตของ Telemedicine ไปยัง Web-Based Applications เช่น จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Mail หรือ E-Mail) การประชุมทางไกล (Teleconference) และการปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) รวมถึงการใช้สื่อมัลติมีเดีย เช่น รูปถ่าย ดิจิตอลและวีดีโอนำไปสู่การสร้างแอพพลิเคชั่นใหม่เพื่อใช้ร่วมกับระบบ Telemedicine ในอนาคต

2.7.2 ประโยชน์ของระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ประกอบด้วย

2.7.2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทห่างไกลสามารถเข้าถึงการตรวจรักษาและได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ทันท่วงทีอีกทั้งเป็นการขยายงานบริการทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลได้มากขึ้น

2.7.2.2 การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นระบบที่มีประสิทธิผลคุ้มค่าการลงทุน (Cost Efficiencies) เนื่องจากช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม และเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาโรค เพราะใช้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาของแพทย์ในการ เดินทางเพื่อมารักษาพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้

2.7.2.3 ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางด้านการแพทย์จะได้รับความสะดวกสบายมากขึ้นไม่จำเป็นต้อง เดินทางไกลมาที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ผู้ป่วยลดความเครียด จากการเดินทางได้อีกด้วย

2.7.3 รูปแบบของ Telemedicine หรือการแพทย์ทางไกลที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2.7.3.1 ระบบให้คำปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญจะให้คำปรึกษาหรือวินิจฉัยสุขภาพโดยการพูดคุยและ สอบถามอาการผู้ป่วยผ่านกล้องวิดีโอเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัย

2.7.3.2 ระบบเฝ้าระวัง ตัวอย่างหนึ่งของระบบนี้คือเฝ้าระวังสุขภาพที่บ้านโดยการนำอุปกรณ์ ตรวจวัดต่าง ๆ ไปติดตั้งที่บ้าน โดยข้อมูลสัญญาณชีพถ้าสัญญาณชีพที่ส่งมามีความผิดปกติก็จะแจ้งให้ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาโดยทันที

2.7.3.3 ระบบให้ข้อมูลสุขภาพ เป็นระบบที่ให้บริการสอบถามความรู้เรื่องสุขภาพ หรือให้คำปรึกษา โรค โดยผู้ใช้สามารถสืบค้นข้อมูลโดยผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือปรึกษาออนไลน์กับผู้เชี่ยวชาญ

2.7.3.4 ระบบเรียนรู้ทางการแพทย์ เป็นทั้งแหล่งเรียนรู้และเผยแพร่ความรู้ให้กับแพทย์หรือ ผู้เชี่ยวชาญ โดยระบบจะทำหน้าที่รวบรวมความรู้ ผู้ใช้สามารถสืบค้นข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลความรู้เพื่อ ประโยชน์ด้านการศึกษาได้ รูปแบบการให้บริการข้างบนเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางไกลมีให้บริการในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตามพัฒนาการของ Telemedicine ยังคงมีอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการพัฒนาเทคโนโลยีสื่อสาร โทรคมนาคม เพื่อพัฒนาให้ลักษณะและรูปแบบการบริการในอนาคตอาจเปลี่ยนแปลงไป และมีรูปแบบใหม่ ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา

2.7.4 การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

การประยุกต์โดยใช้เทคโนโลยีMobile Telemedicine เป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจและเป็นที่นิยม การจัดการสุขภาพสามารถกระทำได้โดยใช้เครื่องมือวัดทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยในทุกๆ วัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สายเช่น Body Area Network หรือ Wireless Sensor Network ที่เชื่อมต่อกับโทรศัพท์มือถือ และจัดส่งไปยังโรงพยาบาล ซึ่งจะจัดเก็บในรูปแบบ ฐานข้อมูล และจะทำให้แพทย์ประจำของผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและมีข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัยและให้ คำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถตรวจอาการของโรคต่าง ๆ ตลอดจนแพทย์ยังสามารถแจ้งเตือนผู้ป่วย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2563)

ในกรณีที่มีอาการที่แสดงให้เห็นว่ามีความเสี่ยงของการเกิดโรคในระยะเริ่มแรกรวมถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ซึ่งผู้ป่วยอาจกลับไปพักฟื้นที่บ้าน แพทย์สามารถติดตามอาการระหว่างการพักฟื้นของผู้ป่วยโดยอาศัย เครื่องมือวัดทางการแพทย์ที่สามารถติดตั้งที่บ้าน ส่งข้อมูลผ่านระบบ Mobile Telemedicine มายังแพทย์ ซึ่งจะทำให้แพทย์สามารถติดตามสภาพสรีรวิทยาได้อย่างต่อเนื่องและหากมีกรณีฉุกเฉินจำเป็นผู้ป่วยสามารถ ติดต่อแพทย์ผ่านทาง Teleconference หรือ Web Conference ซึ่งในวิธีการดังกล่าวผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทาง ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลระหว่างกระบวนการรักษาในระยะพื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกล ให้ความสำคัญ 3 ระบบ (ไพศาล มุณีสว่าง, 2561) ประกอบด้วย

2.7.4.1 ระบบสัญญาณภาพ Data Center เสียง ความคมชัดและเป็นปัจจุบัน อาทิการรักษาการอ่านภาพระบบ DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) ของผู้ป่วยในลักษณะดิจิทัล โดยสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างการรักษาได้

2.7.4.2 โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Consultantผ่านโทรศัพท์หรือแทบเล็ต ผ่านวีดิโอ คอลล์ อาจเป็นการ ผ่าตัด หรือ กรณีผิดปรกติทางร่างกาย การตรวจครรภ์ทางไกล ด้วยเทคโนโลยี Augmented Reality (AR) ทำให้อำนวยความสะดวก ในการสื่อสารระหว่างผู้รับคำปรึกษา (พยาบาล) และผู้ให้คำปรึกษา (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ) แบบทันทีทันใด เปรียบเสมือนทั้งผู้ขอและผู้รับคำปรึกษาอยู่ในสถานที่เดียวกัน

2.7.4.3 การสื่อสารผ่านระบบมัลติมีเดีย E-Learning สามารถถ่ายทอดเรื่องราว และเนื้อหา ทางการรักษา ซึ่งนักเรียนแพทย์สามารถสื่อสารกับแพทย์ที่กำลังทำการรักษาผู้ป่วยได้ และสามารถเก็บเป็น ฐานข้อมูลในการศึกษาหรือตัวอย่างโรคในครั้งต่อไป

2.7.5 ข้อควรระวังที่สำคัญการใช้การแพทย์ทางไกล

แพทย์ที่ดำเนินการทางเวชกรรมผ่านการแพทย์ทางไกล มีความเสี่ยงที่จะพบปัญหาหลัก 2 ประเด็น คือ ด้านกฎหมาย และด้านมาตรฐานการให้บริการ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2563)

2.7.5.1 ด้านกฎหมาย เนื่องจากยังไม่มีการกำหนดนิยามและขอบเขตที่ชัดเจนของการแพทย์ทางไกล รวมทั้งยังไม่ มีกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือแนวทางมาตรฐานที่เกี่ยวข้องส่งผลให้เกิดปัญหาการตีความทางกฎหมาย ทั้งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ที่แตกต่างกัน

2.7.5.2 มาตรฐานการให้บริการ มีข้อจำกัดด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการสื่อสาร อาจทำให้เกิดความ ผิดพลาดในการตีความไม่ตรงกัน อีกทั้งไม่มีมาตรฐานใดมาเป็นเกณฑ์วัดว่าแพทย์กระทำการโดยประมาท และยังไม่มีแนวทางด้านการคุ้มครองสิทธิประชาชน หลักการยินยอมในการรักษา และการเปิดเผยข้อมูล ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านความรับผิดของแพทย์ที่ดำเนินการทางเวชกรรมผ่านการแพทย์ทางไกล

2.7.6 ข้อดีและข้อเสียของการแพทย์ทางไกล

ปัจจุบันสามารถเก็บข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ยา การผ่าตัด การดูแลรักษาอื่นๆ ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ไว้ในหน่วยเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ (Online Data File) ไม่จำเป็นต้องเก็บข้อมูลไว้ในแฟ้ม (เวชระเบียน) ซึ่งยากต่อการเก็บและการค้นหา รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อไปปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญกว่าโดยทางออนไลน์ ซึ่งความสะดวกเหล่านี้ย่อมแผงไว้ด้วยข้อดีและข้อเสียดังต่อไปนี้

2.7.6.1 ข้อดีของ “การแพทย์ทางไกล”

1) คุณภาพของการรักษาพยาบาลดีขึ้น โดยเฉพาะต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ห่างไกลจากเมืองใหญ่ผู้ป่วยในเมืองใหญ่ ก็สามารถได้รับการติดตามดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ได้บ่อยขึ้นหรือตลอดเวลาผ่านทางออนไลน์ โดยผู้ป่วยไม่ต้องไปโรงพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่ต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเช่นกัน

2) เพิ่มความสะดวกสบายและความรวดเร็ว ในการขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกัน และระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

3) ลดค่าใช้จ่ายและค่าเสียเวลา ในการเดินทาง การรอพบ/รอตรวจ/รอยา และอื่นๆ รวมทั้งลดการเสียสุขภาพจิตจากการรอและการเจอกับสิ่งไม่ประสบอารมณ์ เป็นต้น

4) ลดความแออัดในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่ต้องไปโรงพยาบาลเพราะสามารถรับการรักษาพยาบาลทางไกลได้ ความแออัดในโรงพยาบาลจะลดลง ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้รับการดูแลอย่างเต็มที่มากขึ้น และลดเวลารอตรวจ/รอเตียง/รอหมอว่างก่อน

5) ลดการติดเชื้อโรคลง เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยด้วยโรคนานาชนิด รวมทั้งโรคติดเชื้อ การไปโรงพยาบาลจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากผู้อื่นโดยตรงหรือโดยอ้อม (จากการสัมผัสเก้าอี้ ราวบันได ห้องสุขา)

2.7.6.1 ข้อเสียของ “การแพทย์ทางไกล”

1) ความไม่พร้อมด้านระบบและอุปกรณ์สื่อสารออนไลน์ โดยเฉพาะในท้องถิ่นที่ระบบสื่อสารออนไลน์ไปไม่ถึง ในผู้ป่วยที่ยังใช้ระบบสื่อสารออนไลน์ไม่เป็นหรือไม่คล่อง หรือไม่มีอุปกรณ์สื่อสารออนไลน์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อหาและจัดตั้งระบบและอุปกรณ์ดังกล่าว ซึ่งกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ที่กำลังจัดตั้ง “ศูนย์ดิจิทัลชุมชน” ควรจะได้จัดการให้ “การแพทย์ทางไกล” เป็นส่วนหนึ่งในการจัดตั้งศูนย์นี้ด้วย

2) ความไม่พร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการจัดหาแพทย์และพยาบาลที่จะมาอยู่เวรรอให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ซึ่งเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากภาระงานเดิมที่หนักมากอยู่แล้วอนึ่ง แพทย์และพยาบาลจำนวนมาก อาจไม่ชำนาญในทุกโรคและทุกระบบของร่างกาย พอที่จะให้คำแนะนำหรือให้ความช่วยเหลือได้ ทำให้ไม่สบายใจที่จะรับงานดังกล่าวจึงควรจัดตั้ง “ศูนย์การแพทย์ทางไกล” คล้ายศูนย์ “191” หรือศูนย์ “1669” ที่สามารถส่งต่อคำขอความช่วยเหลือไปยังแพทย์ พยาบาล หรือโรงพยาบาลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือในปัญหานั้นๆ โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยมะงุมมะงาหราหาเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกับบุคคลหรือโรงพยาบาลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือตน เป็นต้น

3) ความรู้สึกห่างเหินกัน ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่เคยพบหน้ากันมาก่อนความรู้สึกห่างเหินกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำ

ให้การรักษาพยาบาลไม่ต่อเนื่องอีกด้วย (มีการวิจัยสนับสนุนเรื่องนี้)ผู้ป่วยกับแพทย์ที่ดูแลรักษากันมานาน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปและไปพบแพทย์ พอเจอหน้าแพทย์มักจะรู้สึกดีขึ้นทันที บางครั้งถึงกับพูดว่า “เห็นหน้าหมอ ก็หายแล้ว” นี่คือ ผลทางจิตใจของความคุ้นเคยกัน ไว้ใจกัน เชื่อถือ ศรัทธา หรืออื่นๆ ซึ่งเกิดได้ยากในการสื่อสารออนไลน์

4) การรักษาพยาบาลออนไลน์อาจผิดพลาดได้ง่ายกว่า โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลไม่เคยรักษาพยาบาลกันมาก่อน เพราะแพทย์ พยาบาลจะไม่สามารถซักประวัติการเจ็บป่วยทั้งในปัจจุบันและอดีต ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ฯลฯ ได้ดีเท่าการซักถามกันโดยตรง รวมทั้งการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยในการตอบการซักถาม ว่าคำตอบนั้นจริงหรือเท็จ รวมทั้งการไม่ได้ตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยตรง จึงอาจทำให้การวินิจฉัยโรคผิดพลาดได้

5) การลักลอบล้วงข้อมูลของผู้ป่วย และ/หรือบุคลากรทางการแพทย์ เกิดขึ้นได้ง่าย เช่นเดียวกับการสื่อสารออนไลน์ต่างๆ จึงต้องระวังเช่นกัน

จะเห็นว่าระบบการแพทย์ทางไกล ที่ได้มีหารปรับปรุงและพัฒนาโดยการประยุกต์ใช้ Telemedicine ซึ่งสามารถช่วยจัดการสุขภาพโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวัดสภาพทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยในทุก ๆ วัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งด้วยระบบสื่อสารไร้สายเชื่อมต่อกับโทรศัพท์มือถือ และจัดส่งไปยังโรงพยาบาล ซึ่งจัดเก็บในรูปแบบฐานข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท หรือในกรณีฉุกเฉิน ปัจจุบันประเทศไทยได้ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเป็นศูนย์ข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยใช้ระบบ Telemedicine ซึ่งยังมีอุปสรรคของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัจฉราวรรณ ศรสว่าง (2564) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 มิถุนายน 2564 ได้จากการสุ่มตามคุณสมบัติจำนวนกลุ่มละ 50 คน เก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติแบบอิสระ ผลการวิจัย: ผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยของกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ไพรฑูรย์ ทิ้งแสน และอารีย์ นัยพินิจ (2563) ศึกษาแนวทางการลดระยะการรอคอยการให้บริการตรวจโรคทั่วไป ของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล และหาแนวทางการลดระยะเวลาการรอคอยในการให้บริการของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม ทำการศึกษาโดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน พนักงานช่วยการพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลงานห้องตรวจโรคทั่วไป พยาบาลงานห้องตรวจโรคทั่วไป และแพทย์ จำนวนฝ่ายละ 2 คน ผลการศึกษาพบว่ามีกิจกรรมทั้งหมด 12 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 190 นาที มีอยู่ 3 กิจกรรมที่ทำให้เกิดการรอคอย ได้แก่ ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยรอจัดทำประวัติเวชระเบียน ขั้นตอนที่ 7 รอพบแพทย์ และขั้นตอนที่ 12 รอรับยากลับบ้าน ซึ่งทั้ง 3 กิจกรรมมีระยะเวลาการรอคอย 146 นาที คิดเป็นร้อยละ 76.84 และแนวทางในการลดระยะเวลาการรอคอย 4 แนวทาง ได้แก่ แนวทางที่ 1 ลดระยะเวลาในการจัดทำเวชระเบียน แนวทางที่ 2 ลดระยะเวลาในการรอพบแพทย์ แนวทางที่ 3 ลดระยะเวลาในการรอรับยากลับบ้าน และแนวทางที่ 4 แนวทางการปรับปรุงกิจกรรมการให้บริการแบบรวม จากการนำ 4 แนวทางมาใช้ พบว่า ผู้ป่วยใช้ระยะเวลารับบริการตรวจโรค ทั้งสิ้นเป็นเวลา 18 นาที สามารถลดระยะเวลาการรอคอยได้ 172 นาที คิดเป็นร้อยละ 90.52 โดยสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคทั่วไป ของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม เฉลี่ย 48 รายต่อวัน และลดภาระการตรวจโรคของแพทย์ จากการตรวจโรควันละ 144 ราย ลดเหลือ 96 รายต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 33.33

วิชชุลดา ภาคพิเศษ และจันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์ (2560) ได้ศึกษาผลของการจัดการด้วยระบบลีนในงานบริการผู้ป่วยนอกต่อการลดขั้นตอนการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ การลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงของงานเวชระเบียนและงานเภสัชกรรม การลดระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ และการเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อการให้บริการงานบริการผู้ป่วยนอก วิธีการ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกและแบบสอบถาม และ 2) เครื่องมือ เชิงคุณภาพ ได้แก่ เครื่องมือของระบบลีนซึ่งใช้ปรับปรุงขั้นตอนของงานบริการ การศึกษาเก็บข้อมูลในผู้รับบริการจำนวน 2 ครั้ง และในผู้ให้บริการจำนวน 4 ครั้ง หลักการของระบบลีนเป็นการจัดการกระบวนการทำงานในทุกขั้นตอนเพื่อที่จะขจัดความสูญเปล่าเพื่อให้มีการทำงานลดลงแต่สามารถเพิ่มผลงาน สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ผลการวิจัย การนำระบบลีนมาประยุกต์ใช้ทำให้ลดขั้นตอนที่ไม่เกิดคุณค่า คือ ขั้นตอนที่ผู้ป่วยนั่งรอการบริการนอกอาคารและการที่เจ้าหน้าที่แจกบัตรคิว ทำให้ระยะเวลาในการรับบริการเฉลี่ยลดลงจาก 65 นาที 10 วินาที เป็น 57 นาที 24 วินาที คือลดลง 7 นาที 46 วินาที อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านการค้นและเก็บเวชระเบียนในงานเวชระเบียนลดลง คือ พบความเสี่ยงในเดือนธันวาคม 2559 มกราคม 2560 และกุมภาพันธ์ 2560 เท่ากับ 13, 8 และ 4 ครั้ง ตามลำดับ อัตราความคลาด

เคลื่อนทางยาด้านการจัดเตรียมยาในงานเภสัชกรรมลดลงในเดือนธันวาคม 2559 มกราคม 2560 และกุมภาพันธ์ 2560 คือ ร้อยละ 1.33, 0.95 และ 0.75 ตามลำดับ เมื่อ เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการก่อนและหลังการนำระบบลีนมาใช้ พบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต

คัทลิยา วสุธาดา (2560) ได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อระยะเวลารอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 210 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกระยะเวลารอคอยการรับบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีค่าความเชื่อมั่น เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม ถึงวันที่ 2 ตุลาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาฯ 1) กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลารอคอยการรับบริการเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.120$, $p < 0.001$) และ 2) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากกว่าก่อนการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.180$, $p < 0.001$) จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการทางสุขภาพควรนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการและเพิ่มความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ

จารุพงษ์ บรรเทา และรุจินี แคลนกระโทก (2560) ได้ประยุกต์ใช้เทคนิคการจำลองสถานการณ์ เพื่อพัฒนาทางเลือกสำหรับการให้บริการผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ คือลดเวลาการรอคอยของผู้ป่วยและญาติ การดำเนินวิจัยได้เลือกศึกษากระบวนการ ณ จุดจ่ายยา เพราะมีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยรอรับยานานกว่าค่าเวลามาตรฐานที่โรงพยาบาลกรณีศึกษากำหนด จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาหาทางเลือกเพื่อปรับปรุงการให้การบริการมีประสิทธิภาพ จากการศึกษากระบวนการให้บริการ ณ จุดจ่ายยา ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการพิมพ์ฉลากยา, ขั้นตอนการจัดยา, ขั้นตอนการตรวจสอบยา, ขั้นตอนการจ่าย ยา จากนั้นการดำเนินงานวิจัย ได้พัฒนาทางเลือกสำหรับการให้บริการ โดยมีข้อจำกัด คือ ไม่จ้างบุคลากรเพิ่มเติมแต่สามารถจัดสรรให้เหมาะสมได้ ซึ่งการสร้างทางเลือกได้มาจากกระบวนการระดมสมองและวิเคราะห์จากบุคลากร ณ จุดจ่ายยาและกลุ่มผู้วิจัย สามารถจำแนกได้ 3 ทางเลือก ได้แก่ 1. การเพิ่มเจ้าหน้าที่เภสัชกรในการจัดยาเพิ่ม 1 คน ในช่วง เวลา 10.30-14.30 น. 2. การเพิ่มเภสัชกรในการตรวจสอบยาเพิ่ม 1 คน ในช่วงเวลา 10.30-14.30 น. และ 3. การเพิ่มเภสัชกรในการจ่ายยาเพิ่ม 1 คน ในช่วงเวลา 10.30-14.30 น. ผลจากการจำลองสถานการณ์ 3 ทางเลือก พบว่า ทางเลือกที่ 2 คือ การเพิ่มเภสัชกรในการตรวจสอบ

ยาเพิ่ม 1 คน ในช่วงเวลา 10.30-14.30 น. เป็นทางเลือกที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด คือ มีเวลาเฉลี่ยในระบบแถวคอยเท่ากับ 557.13 วินาที คิดเป็นลดลงจากวิธีปัจจุบันร้อยละ 14.68 และมีเวลาเฉลี่ยในแถวคอยมีค่าเท่ากับ 463.97 วินาที คิดเป็นลดลงจากวิธีปัจจุบันร้อยละ 25.93 นอกจากนั้นทางเลือกที่ 2 ยังสามารถรองรับผู้มาใช้บริการได้สูงสุด 398 คน คิดเป็นเพิ่มขึ้นจากวิธีปัจจุบันร้อยละ 4.74 จึงกล่าวได้ว่า เทคนิคการจำลองสถานการณ์เป็นเทคนิคที่สามารถพัฒนาทางเลือกที่เหมาะสมกับสถานการณ์จริงภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรของกรณีศึกษา

สุเมธา ศรีละคร และสมบัติ สินธุเชาวน์ (2560) ได้ทำการศึกษาระบบแถวคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายต้องเสียเวลารอคอยเป็นเวลานานมากก่อนที่จะได้รับบริการจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบจำลองปัญหา เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางการปรับปรุงลดเวลารอคอย เฉลี่ยของผู้ป่วยโดยทดลองปรับเลื่อนเวลาการเริ่มให้บริการของแต่ละจุดบริการในหลายรูปแบบ ผลการทดลองพบว่า แนวทางการปรับปรุงที่ 11 เป็นแนวทางดีที่สุดคือ การเลื่อนเวลาการทำงานของแพทย์และพยาบาลแต่ละแผนกเร็วขึ้น 30 นาที และแผนกจ่ายยาเปิดให้บริการเร็วขึ้น 1 ชั่วโมง จะสามารถลดเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งระบบได้ 111.65 นาที หรือลดลงจากเดิม 28.15 % เมื่อทำการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายรวมของระบบแถวคอย พบว่า จะสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 1,534 บาท/วัน หรือ 552,240 บาท/ปี

สายชล คตวงค์ (2560) ได้ศึกษาการลดระยะเวลารอคอย โดยพบว่าระยะเวลารอคอยหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการระยะเวลารอ ตรวจจากแพทย์ลดลงจาก 1ชั่วโมง 40 นาที เหลือเพียง 1 ชม. (ลดลงร้อยละ 40) ซึ่งระยะเวลารอคอยรวมทั้งหมด ลดลงจาก 3 ชั่วโมง 17 นาที เหลือเพียง 2 ชั่วโมง 27 นาที (ลดลงร้อยละ 25.3) และพบว่า ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจนานที่สุดจะเป็นวันคลินิกเบาหวาน เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก ซึ่งระยะเวลาเวลารอคอยแพทย์ตรวจก่อนการพัฒนารูปแบบการให้บริการ 3 ชั่วโมง 20 นาทีและหลังการพัฒนา 2 ชั่วโมง 39 นาทีคิด เป็นลดลงร้อยละ 20 ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในวันคลินิกเบาหวาน ลดจาก 4 ชั่วโมง 56 นาที เป็น 4 ชั่วโมง 23 นาที คิดเป็นลดลง 11.15 ส่วนระยะเวลารอคอยจุดบริการอื่นหลังการพัฒนาระบบมีความแตกต่างไม่มาก นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงการปรับเปลี่ยนเดือนแรก มีความแตกต่างดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนมากกว่าเมื่อระยะเวลาผ่านไป

บุรินทร์ วงศ์แก้ว, พัชยา ภัคจีรสกุล และวันนิสา ขันทิพย์ (2558) ได้ทำการศึกษาระยะเวลารอคอยการรับบริการการฉายรังสีในเขตบริการสุขภาพที่ 1 และระยะเวลารอคอยการรับบริการการฉายรังสีในแต่ละชนิดของโรคมะเร็ง โดยศึกษาผู้ที่มารับบริการการฉายรังสีที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 จนถึง 30 มิถุนายน 2559 ทั้งหมดจำนวน 895 คน มีระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ย 28 วัน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่สั้นที่สุดคือภายใน 24 ชั่วโมง และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่นานที่สุด คือ 144 วัน จังหวัดเชียงรายมีผู้มารับบริการฉายรังสีมากที่สุด และมีระยะเวลารอคอยรังสีรักษา

สั้นที่สุด คือ 25 วัน ส่วนจังหวัดลำพูนมีระยะเวลารอคอยรังสีรักษานานที่สุด 56 วัน ส่วนประเภทของโรคมะเร็งที่มารับบริการฉายรังสี มากที่สุด คือ มะเร็งเต้านม (Breast cancer) จำนวน 263 ราย มะเร็งปอด (Lung cancer) มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยรังสีรักษาสั้นที่สุดเฉลี่ย 14 วัน และมะเร็งศีรษะและลำคอ (Head and Neck cancer) มีระยะเวลารอคอยรังสีรักษานานที่สุด เฉลี่ย 38 วัน การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลารอคอยรังสีรักษาในภาพรวม เขตบริการสุขภาพที่ 1 ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็งและเมื่อแยกรายจังหวัดโดยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ยกเว้นจังหวัดลำพูน

ชุติพร รัตนพันธ์ และปณิธาน พีรพัฒนา (2558) ได้ทำการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการโดยการลดการรอคอยโดยใช้แนวคิดลีน กรณีศึกษาคลินิก ทันตกรรม จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีการปรับปรุงเรื่องการรอคอยจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 ซึ่งผู้ศึกษาใช้วิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้แก่ (1) เทคนิค ECRS บริการจัดฟันช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์สามารถรองรับจำนวนลูกค้าได้มากขึ้นจากเดิม 29 คน/วันเป็น 59 คน/วัน บริการรักษาโรคทั่วไปในช่วงวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์สามารถรองรับ จำนวนลูกค้าได้มากขึ้นจากเดิม 8 คน/วัน เป็น 23 คน/วัน ช่วงวันอังคารและวันพฤหัสบดี สามารถรองรับจำนวนลูกค้าได้มากขึ้นจาก เดิม 12 คน/วัน เป็น 20 คน/วัน ช่วงวันเสาร์และอาทิตย์สามารถรองรับจำนวนลูกค้าได้มากขึ้นจากเดิม 21 คน/วันเป็น 34 คน/วัน (2) การควบคุมด้วยสายตา เสนอแนวทางให้คลินิกได้จัดทำจอแสดงผลที่ชัดเจนให้ลูกค้าทราบถึงการบริการอย่างเป็นระบบ

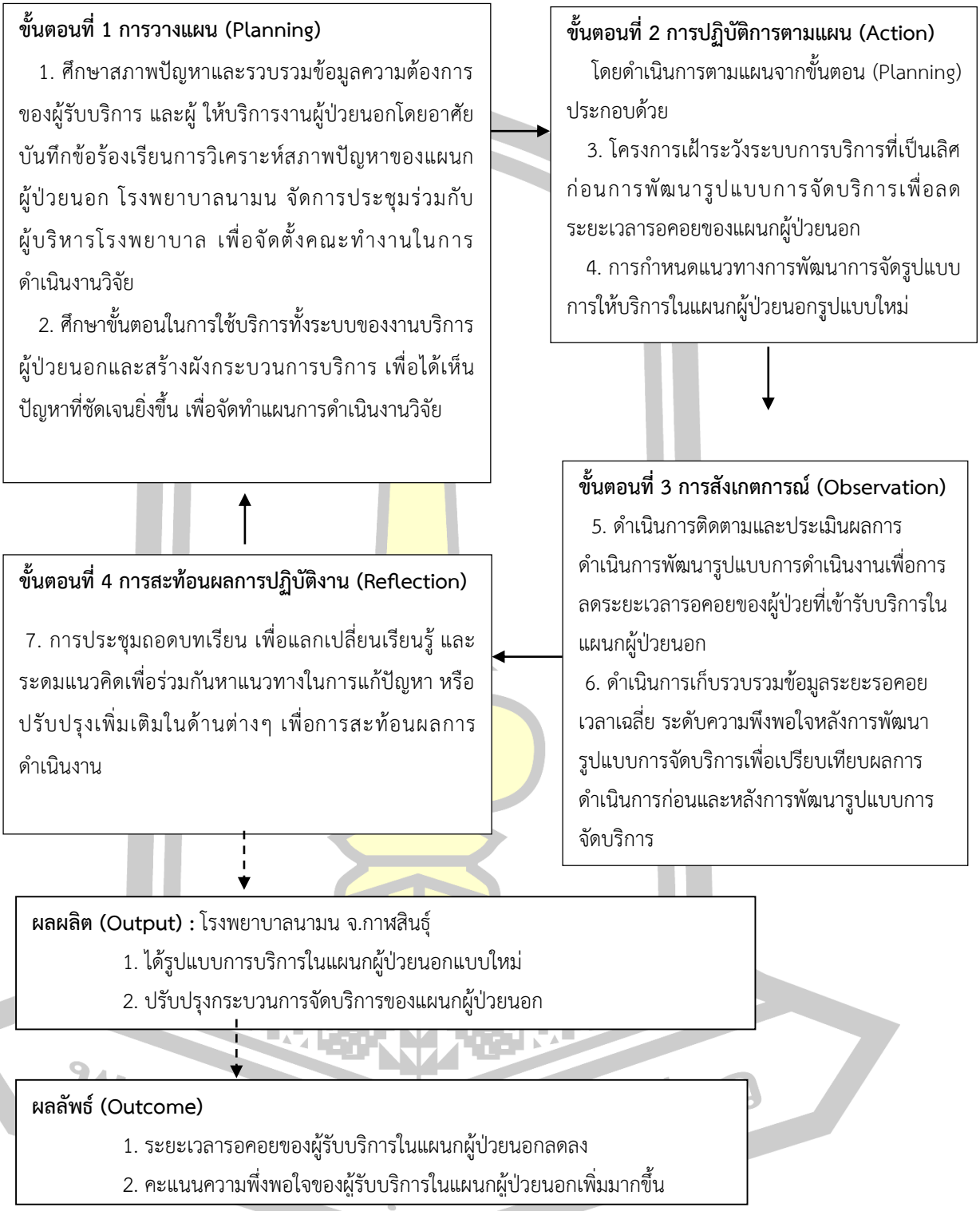
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากผลการวิจัยที่ได้ทำการศึกษา จะเห็นว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พบว่ามีระยะเวลาในการรอคอยบริการลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติเพื่อลดระยะเวลารอคอยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอาศัยหลักการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น และควบรวมการให้บริการต่างๆไว้ ณ จุดเดียวกันมีการสร้างความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดระยะเวลาประกันที่สามารถปฏิบัติได้จริง จึงสามารถลดระยะเวลารอคอยการรับบริการของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกได้ ส่วนด้านความพึงพอใจ จะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงขึ้น ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยใช้ระยะเวลารอคอยการรับบริการน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด

การนำความรู้ไปต่อยอดหรือพัฒนาเพิ่มเติมควรนำแนวปฏิบัติที่ได้จากการพัฒนาในงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษา ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ สำหรับผู้รับบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยบริการ และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการลดระยะขั้นตอนการให้บริการแก่ผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก อธิบายได้ว่า กระบวนการภายในโรงพยาบาลมีลักษณะมีความซับซ้อน เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยรับยา หากการดำเนินของกิจกรรมเหล่านี้ไม่สัมพันธ์กัน หรือมีขั้นตอนที่มากจนเกินไป ก็จะทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการและทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรับบริการได้ ทั้งนี้จากปัญหาของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่ามีหลายกิจกรรมที่มีระยะเวลารอคอยนาน จำนวนกิจกรรมที่มากเกินไป ยังพบกิจกรรมที่มีความซ้ำซ้อนซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการให้บริการ และทำให้ตัวชี้วัดระดับความพึงพอใจงานผู้ป่วยนอกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว



รูปที่ 9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบในการศึกษาและออกแบบเครื่องมือในการวิจัย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
3.8 จริยธรรมการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อนำไปปฏิบัติในกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.2.1 ประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านประชากร ตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้ข้อมูลผู้รับบริการจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลนามน ซึ่งในปี 2565 มีผู้มารับบริการจำนวน 40,150 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบานามน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จะทำการดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ขนาดตัวอย่างของกลุ่มเป้าหมายของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)จำนวน 105 คน ได้จากวิธีคำนวณโดยใช้สูตรการประเมินค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบประชากร (Krejcie & Morgan, 1970)

จากสูตร $n = \dfrac{\chi^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.1

X^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X^2 = 3.481)

P = ค่าสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่อการบริการมีค่าเฉลี่ย มีค่าเท่ากับ 4.69 ดังนั้น P = 0.46 (คัทลิยา วสุธาดา, 2560) ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี พบว่าสัดส่วนความพึงพอใจต่อการบริการของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการ เท่ากับ 4.69)

แทนค่าในสูตร $n = \dfrac{(3.841)(40{,}150 \times 0.46)(1 - 0.46)}{(0.1)^2(40{,}150-1) + (3.841)(0.46)(1-0.46)}$

$n = \dfrac{(3.841)(18{,}469)(0.54)}{(0.01)(40{,}149) + (3.841)(0.46)(0.54)}$

n = 95.18 หรือเท่ากับ 95 คน

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 95 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้เท่ากับ 104.5 หรือเท่ากับ 105 คน ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่ต้องการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 105 คน ผู้วิจัยจะทำการเก็บตัวอย่าง 2 ครั้ง คือก่อนการพัฒนา 105 คน และหลังพัฒนา 105 คน

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเข้าคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้รับบริการที่เคยมารับบริการโรงพยาบาลนามน และรับบริการใชช่วงวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 –30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

2) เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกช่วงเวลาตั้งแต่ 08.30 –12.00 น. ในวันและเวลาราชการ

3) เป็นผู้รับบริการอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งต้องเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกครบ 11 ขั้นตอนการให้บริการเริ่มตั้งแต่ 1)พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง 2)ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน 3)ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง 4)จุดซักประวัติผู้ป่วย 5)รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด 6)รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการมีรายการตรวจ คือ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ตรวจสารเกลือแร่ในเลือด(Electrolyte) และตรวจการทำงานของไต (Creatinine) 7)พบพยาบาลหลังเจาะเลือด 8)รับการตรวจจากแพทย์ 9)พบพยาบาล หลังจากแพทย์ตรวจ 10)ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และ 11)รับยากลับบ้าน

4) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้

5) ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยขณะทำการศึกษาวิจัย

2) พิการ ทุพลภาพ และไม่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้

3) เสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดเข้าคัดออกกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้รับบริการที่เคยมารับบริการโรงพยาบาลนามน และรับบริการใชช่วงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 – 4 สิงหาคม พ.ศ. 2566

2) เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกช่วงเวลาตั้งแต่ 08.30 –12.00 น. ในวันและเวลาราชการ

3) เป็นผู้รับบริการอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งต้องเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกครบ 9 ขั้นตอนการให้บริการเริ่มตั้งแต่ 1)พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง 2) ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน 3)ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง 4)จุดซักประวัติผู้ป่วย 5)รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการมีรายการตรวจ คือ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count), ตรวจสารเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) และตรวจการทำงานของไต (Creatinine) 6)รับการตรวจจากแพทย์ 7)พบพยาบาลหลังจากแพทย์ตรวจ 8)ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และ9)รับยากลับบ้าน

4) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้

5) ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยขณะทำการศึกษาวิจัย

2) พิการ ทุพลภาพ และไม่สามารถร่วมกระบวนการวิจัยได้

3) เสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 คนดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ กลุ่มสหวิชาชีพ

กลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วม	ขนาดตัวอย่าง(คน)
1. แพทย์	3
2. พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก	7
3. พยาบาลประจำจุดคัดกรองคนไข้	2
4. เภสัชกร	5
5. เจ้าพนักงานเภสัช	4
6. เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน	5
7. เจ้าหน้าที่การเงิน	1
8. นักเทคนิคการแพทย์	3
9. ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ	1
10. ผู้ช่วยพยาบาล	1
รวม	**32**

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นบุคลากรที่เริ่มปฏิบัติงาน ก่อนวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2566

2) ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

3) ปฏิบัติงานในช่วงเวลาตั้งแต่ 08.30 – 12.00 น.

4) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมขั้นตอนต่าง ๆในการพัฒนารูปแบบการบริการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ลาออก ขณะทำการศึกษาวิจัย

2) เสียชีวิตในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดระยะเวลารอคอย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Practical Action Research) การวิจัยนี้นักวิจัยภายนอกจะเป็นที่ปรึกษาในเรื่องกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Royal) โดยพบว่าในกระบวนการวิจัยจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติมีการสะท้อนการวิเคราะห์ปรับปรุง และพัฒนาในเรื่องการปฏิบัติงานของตนเองเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัย รวมถึงการมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นในประเด็นปัญหาการวิจัยที่ได้มีการปฏิบัติจริงจนได้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ได้จริง เพื่อใช้การพัฒนารูปแบบการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา

กระบวนการในการพัฒนา โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้กับกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน เช่น การประชุมการทบทวนปัญหาการวิเคราะห์สภาพปัญหาในมิติต่างๆ การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบสอบถามเพื่อปรับปรุง และการพัฒนารูปแบบการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดรอคอย โดยจะใช้เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ต่อไปนี้

3.3.2.1 แบบประเมินความพึงพอใจของพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลระดับความพึ่งพอใจของกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกที่ผู้วิจัยได้กำหนด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภูมิลำเนา จำนวนครั้งที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก สิทธิ์ที่ใช้ในการเข้ารักษา และเหตุผลที่เลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยลักษณะของคำถามแล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสม และตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของ (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985) ในการสร้างเครื่องมือ จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย

1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	จำนวน 7 ข้อ
2. ความน่าเชื่อถือ	จำนวน 5 ข้อ
3. การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	จำนวน 10 ข้อ
4. การสร้างความมั่นใจ	จำนวน 6 ข้อ
5. ความเข้าใจความรู้สึก	จำนวน 9 ข้อ

โดยการเลือกตอบคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจะมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	หมายถึง	พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกมาก ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	หมายถึง	พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกออกเป็น 5 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้หลักการแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มีที่มี 5 ระดับ (ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์, 2558) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.80$$

ดังนั้นการแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก 5 ระดับชั้นคะแนน จะพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนดังนี้

ระดับความพึงพอใจ		เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.81-5.00
ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.81-4.80
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.81-3.80
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.80
ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80

3.3.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลระดับความพึ่งพอใจของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกที่ผู้วิจัยได้กำหนด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลอาชีพ หรือตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) จำนวน 9 ข้อ

โดยการเลือกตอบคำถามในแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจะมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน

มาก หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกมาก ให้คะแนน 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน

น้อย หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกน้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกออกเป็น 5 ระดับชั้นคะแนน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้หลักการแปลความหมาย คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มีที่มี 5 ระดับ (ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์, 2558) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.80$$

ดังนั้นการแปลผลความหมายคะแนนระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก 5 ระดับชั้นคะแนน จะพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนดังนี้

ระดับความพึงพอใจ		เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับความพึงพอใจมากที่สุด	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.81-5.00
ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.81-4.80
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.81-3.80
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.80
ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	การมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบบันทึกเวลาการใช้บริการ

แบบบันทึกเวลาการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงใช้แนวคิดการบันทึกเวลาของผันสุ ชุมวรฐายี (2551) และสร้างแบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอกซึ่งมีรายละเอียด

3.3.3.1 ลงเวลาเริ่มต้นกิจกรรมตั้งแต่รับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และเวลาสิ้นสุดกิจกรรม เวลาโดยรวมโดยใช้หน่วยเป็นนาที

3.3.3.2 ระบุเวลาที่ที่ให้บริการแต่ละกิจกรรมที่เข้ารับบริการในแต่ละจุดหนึ่ง โดยใช้หน่วยเป็นนาที

3.3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารต่างๆ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดลดความแออัดในโรงพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารต่างๆ มาสร้างแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้น เพื่อให้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.3.4.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำเครื่องมือไปตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความชัดเจนของข้อคำถาม ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวนอย่างน้อย 3 คน โดยผู้เชี่ยวชาญจะทำการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา IOC: Index of Item Objective Congruence ว่ามีค่าความตรงของเนื้อหาที่ผู้วิจัยดำเนินการหรือไม่ เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของคำถามแต่ละข้อว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหา และ/หรือนิยามตัวแปรที่มุ่งวัดหรือไม่ ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยการนำข้อคำถามที่สร้างขึ้น พร้อมทั้งเนื้อหา และนิยามปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการวัดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาหรือนิยามตัวแปรที่มุ่งวัด (วรรณี แกมเกตุ, 2555) วิธีนี้เป็นการหาค่าของ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญไม่น้อยกว่า 3 คน เป็นผู้พิจารณาให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

+1 เมื่อ แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับจุดประสงค์

0 เมื่อ ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับจุดประสงค์

-1 เมื่อ แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

จากนั้นนำคะแนนผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ โดยใช้สูตร

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.0 คัดเลือกไว้ใช้ได้

2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารต่างๆ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารต่างๆ มาสร้างแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน 2) แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก 3) แบบประเมินความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) เพื่อให้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อคำถาม ตลอดจนความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ดังรายชื่อต่อไปนี้

1) แพทย์หญิงวชิราภรณ์ สอระสัน	นายแพทย์ชำนาญการ ประธานทีมพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2) ดร.อรรถวิทย์ เนินชัด	หัวหน้างานยุทธศาสตร์และงานคุณภาพ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3) นางศศิธร กำทองดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการทดสอบค่าความตรงของเนื้อหาพบว่ามีค่าความตรงของเนื้อหา IOC: Index of Item Objective Congruence ดังนี้

1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน เท่ากับ 0.92

2) แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก เท่ากับ 0.87

3) แบบประเมินความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) เท่ากับ 0.97

3.3.4.2 การตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการ และมีความเหมาะสมหรือไม่จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูปการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (สมบัติ ท้ายเรือคำ, 2551)

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient; α) ซึ่งการประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)

ตารางที่ 5 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) และการแปลผล

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)	การแปลความหมายระดับความเที่ยง
มากกว่า 0.90	ดีมาก
มากกว่า 0.80	ดี
มากกว่า 0.70	พอใช้
มากกว่า 0.60	ค่อนข้างพอใช้
มากกว่า 0.50	ต่ำ
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 0.50	ไม่สามารถรับได้

โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้ทำการทดสอบนี้ รายละเอียดแยกตามประเภทของเครื่องมือดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีทั้งหมด 37 ข้อ มีค่าท่ากับ 0.986

2) แบบประเมินความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) มีทั้งหมด 9 ข้อ มีค่าท่ากับ 0.884

3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ขั้นเตรียมความพร้อม

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นการวางแผนโดยผู้วิจัยจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน ขั้นตอนนี้ต้องกำหนดให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการตั้งแต่เริ่มไปจนถึงสุดสิ้นสุดว่ามีปัญหาอะไรที่จะต้องแก้ไขใครเป็นผู้รับผิดชอบ กระบวนการแก้ไขต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการดังรายละเอียด ดังนี้

P1 : ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนในการดูแลผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรรมนี้ดำเนินการเพื่อชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย และกรอบเวลาที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบกระบวนการดำเนินงานวิจัยของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมประชุมทบทวนการให้บริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาบริบทของการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน

P2 : การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินโครงการ

ในขั้นตอนของกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจากการสำรวจความสมัครใจในการเข้าร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนในการดำเนินการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารเข้าร่วมประชุมได้ทั้งหมดตามวันเวลาที่ได้กำหนด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวันประชุมของกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อจัดทำแผนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นสรุปผลการวางแผน

จากการดำเนินการในขั้นตอนวางแผน (Planning) ได้มีการจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยร่วมกันกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานตามกระบวนการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 โครงการ รายละเอียดดังนี้

1) โครงการเฝ้าระวังระบบการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

2) โครงการกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

จากขั้นตอนวางแผน (Planning) ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยร่วมกันกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานตามกระบวนการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 โครงการ รายละเอียดดังนี้

A3 : โครงการเฝ้าระวังระบบการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

1.1) เพื่อการทบทวนรูปแบบขั้นตอนการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้ทราบสภาพปัญหาในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในกระบวนการดำเนินการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก

A4 : โครงการกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1) เพื่อชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโครงทราบถึงขั้นตอนการดำเนินโครงการและชี้แจงเรื่องการแต่งตั้งคณทำงานที่มีมติร่วมกันจากการประชุมการทบทวนรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

2.2) เพื่อสรุปปัญหาที่พบในจุดบริการย่อยที่เกิดในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และร่วมกันเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก

2.3) เพื่อชี้แจงลายละเอียดแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้ บริการในแผนกผู้ป่วยนอกแบบใหม่

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

O5 : ดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

O6 : ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะรอคอยเวลาเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ

1. เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยการใช้บริการของงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกแบบภาพรวมทั้ง 5 ด้าน

4. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกของกลุ่มสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ในขั้นตอนของการสะท้อนผลการดำเนินงาน ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวน การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 1 กิจกรรม คือ การประชุมถอดบทเรียน โดยมีรายละเอียดการดำเนินการกิจกรรมดังต่อไปนี้ ดังนี้

R7 : การประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการสะท้อนผลการดำเนินงาน

จัดประชุมคณะทำงานเพื่อชี้แจงถึงผลของแนวทางการปรับปรุงแก้ไข ทั้งที่ทดลองใช้จริง และผลการประเมินแนวทางที่ยังไม่ได้ทดลองใช้ และร่วมกันพิจารณาตัววัดที่ต้องคอยตรวจติดตามในการควบคุมเพื่อรักษาสภาพหลังการปรับปรุง หรือหลังการนำแนวทางไปใช้ และวิธีการตรวจติดตามตัววัดดังกล่าว

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินจัดประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการเพื่อถอดบทเรียน เพื่อสรุปผลของการดำเนินงาน วิเคราะห์บทเรียนกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป และร่วมวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ประกอบด้วยแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ใช้บริการในที่แผนกผู้ป่วยนอก และแบบบันทึกเวลาการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

3.5.1.1 ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย (Try Out) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะบริบทใกล้เคียงกัน

2) หลังการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย (Try Out) ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตการเก็บข้อมูลพร้อมแนบ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้บริการ และแบบบันทึกเวลาการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ชุด เพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตต่อไป

3) หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนด นำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลพร้อมแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ชี้แจงวัตถุประสงค์

เพื่อขอความร่วมมือดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลจากผู้มารับบริการ และประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยให้ทราบกระบวนการในการดำเนินงานต่อไป

3.5.1.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน ใช้ประเมินความพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมรายบุคคลก่อนและหลัง การดำเนินกิจกรรม หรือการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบการวัดการประมาณค่า (Rating Scales) มีความพึงพอใจ 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 37 ข้อ (ตามเครื่องมือที่แนบในภาคผนวก)

2) ข้อมูลจากแบบบันทึกเวลาการใช้บริการลงเวลาเริ่มต้นและเวลาสิ้นสุด และเวลาโดยรวมโดยใช้หน่วยเป็นนาที โดยจะมีการจดบันทึกระบุเวลาตั้งแต่เริ่มต้นกิจกรรมตั้งแต่รับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และเวลาสิ้นสุดกิจกรรมคือรับยาที่ห้องยา เวลาโดยรวมโดยใช้หน่วยเป็นนาทีระบุเวลาที่ที่ให้บริการแต่ละกิจกรรมที่เข้ารับบริการในแต่ละจุดหนึ่ง มีจำนวน 32 ข้อ (ตามเครื่องมือที่แนบในภาคผนวก)

3.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือการพัฒนาประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกกิจกรรม ได้แก่

3.5.2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อหา Situation Analysis โดยใช้แบบบันทึกตามประเด็น ได้แก่ มติที่ประชุม ข้อมูลสภาพปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก

3.5.2.2 การสรุปถอดบทเรียนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย แผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกสรุปผลการถอดบทเรียน

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย สามารถการวิเคราะห์ข้อมูลได้โดยการนำแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นทั้งหมด 2 ส่วนดังต่อไปนี้

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยจะนำเอาข้อมูลที่ต้องการศึกษาที่สามารถวัดค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือจำนวนโดย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านั้นด้วยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) แล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์แล้วออกมาในลักษณะของการพรรณนา และใช้การนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง ที่จะแสดงผลการดำเนินวิจัยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบสรุปผล แล้วนำเสนอข้อมูลที่ได้วิเคราะห์แล้วออกมาใน ลักษณะของการพรรณนา และใช้การนำเสนอข้อมูลที่ได้ในรูปแบบของตาราง

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.7.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

3.7.1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบประเมินการมีส่วนร่วมในใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การตีความหมายของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมาย โดยสรุปเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

3.7.1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้ Paired Sample T-test โกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

3.8 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการอนุมัติ เลขที่ KLS.REC 038/2566 เมื่อวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2566 และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติ เลขที่ 323-191/2566 เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การวิจัยเชิงปฏิบัติการจริยธรรมถือเป็นสิ่งที่นักวิจัยคำนึงถึงมากที่สุด เนื่องจากนักวิจัยจะต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้ร่วมโครงการในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

1) ผู้วิจัยจะนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2) กระบวนการการวิจัยและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมการวิจัยหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3) ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม จะให้ทุกคนแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดประชุมผู้ดำเนินการประชุมจะไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

4) จะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

5) เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

6) ถ้าหากจะต้องมีการบันทึกเทป การบันทึกภาพ หรือการจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

7) การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้น

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ประเมินกิจกรรม (Observation) และการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflection) ดำเนินการพัฒนาใน 1 วงรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการแผนกผู้ป่วยนอก และนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก แบบบันทึกเวลาการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน และใช้แบบประเมินความพึงพอใจการมีสวนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม เพื่อประเมินความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย จำนวน 32 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า คัดออก และคำนึงถึงการพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อขอรับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมาย และการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Mean แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

Min แทน จำนวนที่น้อยที่สุด

Max แทน จำนวนที่มากที่สุด

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนของกิจกรรมที่กำหนด และนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 บริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาของจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1) บริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก

2) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของทางประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning)

2) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

3) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

4) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินการของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยการใช้บริการของงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

3.2 เปรียเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกแบบภาพรวมทั้ง 5 ด้าน

3.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกของกลุ่มสหวิชาชีพ

ตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 บริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาของจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ดังนี้

4.3.1 บริบทของพื้นที่และสภาพปัญหาการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

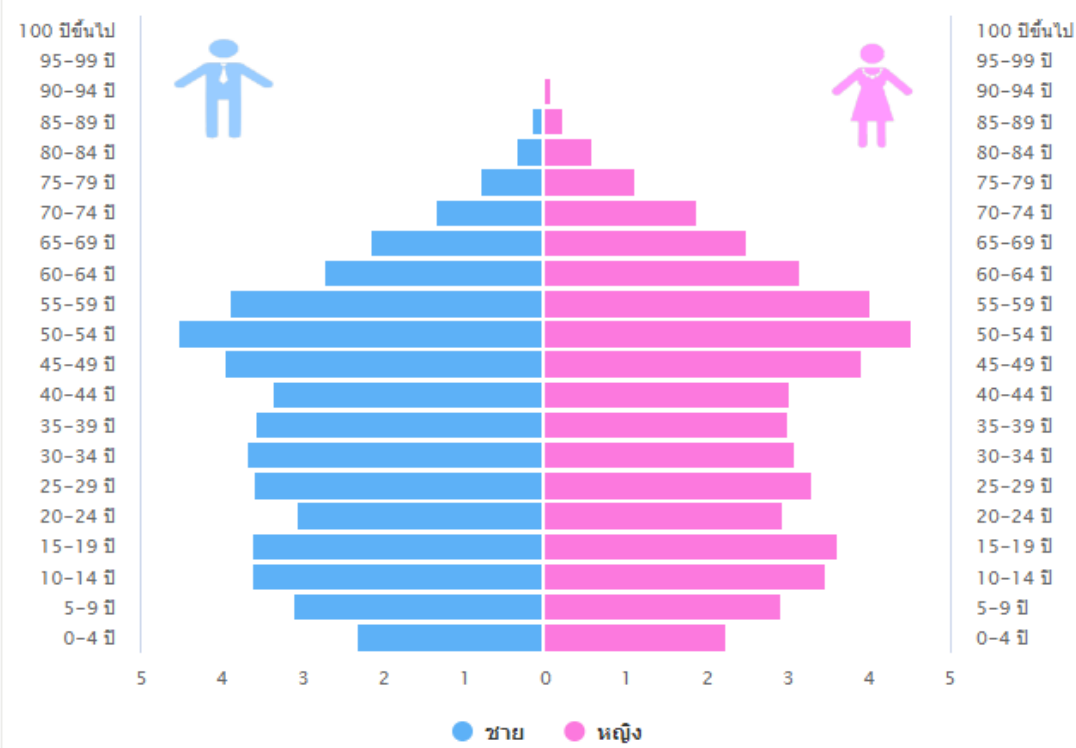
4.3.1.1 บริบทของพื้นที่

อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะทางห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ประมาณ 33 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 245.30 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 153,312.50 ไร่ สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่มีภูมิประเทศมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ราบสูง ทิศเหนือติดต่อกับอำเภอห้วยผึ้ง ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอดอนจาน อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ทิศตะวันออกติดต่อกับอำเภอกุฉินารายณ์ ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอสมเด็จ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ อำเภอนามนแบ่งเขตการปกครองออกเป็น ตำบลจำนวน 5 ตำบล หมู่บ้านจำนวน 67 หมู่บ้าน เทศบาลจำนวน 2 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 4 แห่ง มีประชากรรวมทั้งสิ้น 36,497 คน จำนวนโรงเรียนและสถานศึกษาจำแนกตามสังกัด ได้แก่ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 22 แห่ง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน 9 แห่ง สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 9 และสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา 1 แห่ง มีสถานบริการสุขภาพ คือ โรงพยาบาลนามน เป็นโรงพยาบาลชุมชน และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเครือข่ายอีกจำนวน 6 แห่ง

สภาพเศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน(ปลูกยางพารา มันสำปะหลัง อ้อย) ทำนาและเลี้ยงสัตว์ ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันว่าการทำการเกษตรมีการใช้สารเคมีร่วมด้วย ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเพื่อความอยู่รอด ส่งผลให้ไม่ได้ดูแลตัวเองเท่าที่ควร ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมาในอนาคตและประชากรมีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลางถึงยากจน

ลักษณะประชากรจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2566 พบว่าในเขตพื้นที่อำเภอนามน มีประชากรรวม 36,497 คน แบ่งเป็นประชากรชาย 18,164 คน ประชากรหญิง 18,333 คน ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 และอยู่ในวัยทำงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังในกลุ่มนี้ คือ โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประชาชนมีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปทำงานต่างถิ่นอาจมีปัจจัยส่งเสริมการใช้ยาเสพติดขณะทำงานมากขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาโดยปัจจุบันยังพบผู้ป่วย Psychosis มากขึ้น

จากการวิเคราะห์ปิระมิดประชากร ปี 2566 พบว่า ประชากรเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-54 ปี จำนวน 1,310 คน คิดเป็นร้อยละ 4.54 รองลงมาคือช่วงอายุ 45-49 ปี จำนวน 1,145 คน คิดเป็นร้อยละ 3.97 และประชากรเพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-54 ปี จำนวน 1,315 คนคิดเป็นร้อยละ 4.54 รองลงมาคือช่วงอายุ 55-59 ปี จำนวน 1,166 คน คิดเป็นร้อยละ 4.04 ดังแสดงในรูปที่ 10



รูปที่ 10 ปิรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ อำเภอนามน ปีงบประมาณ 2566
(ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2566)

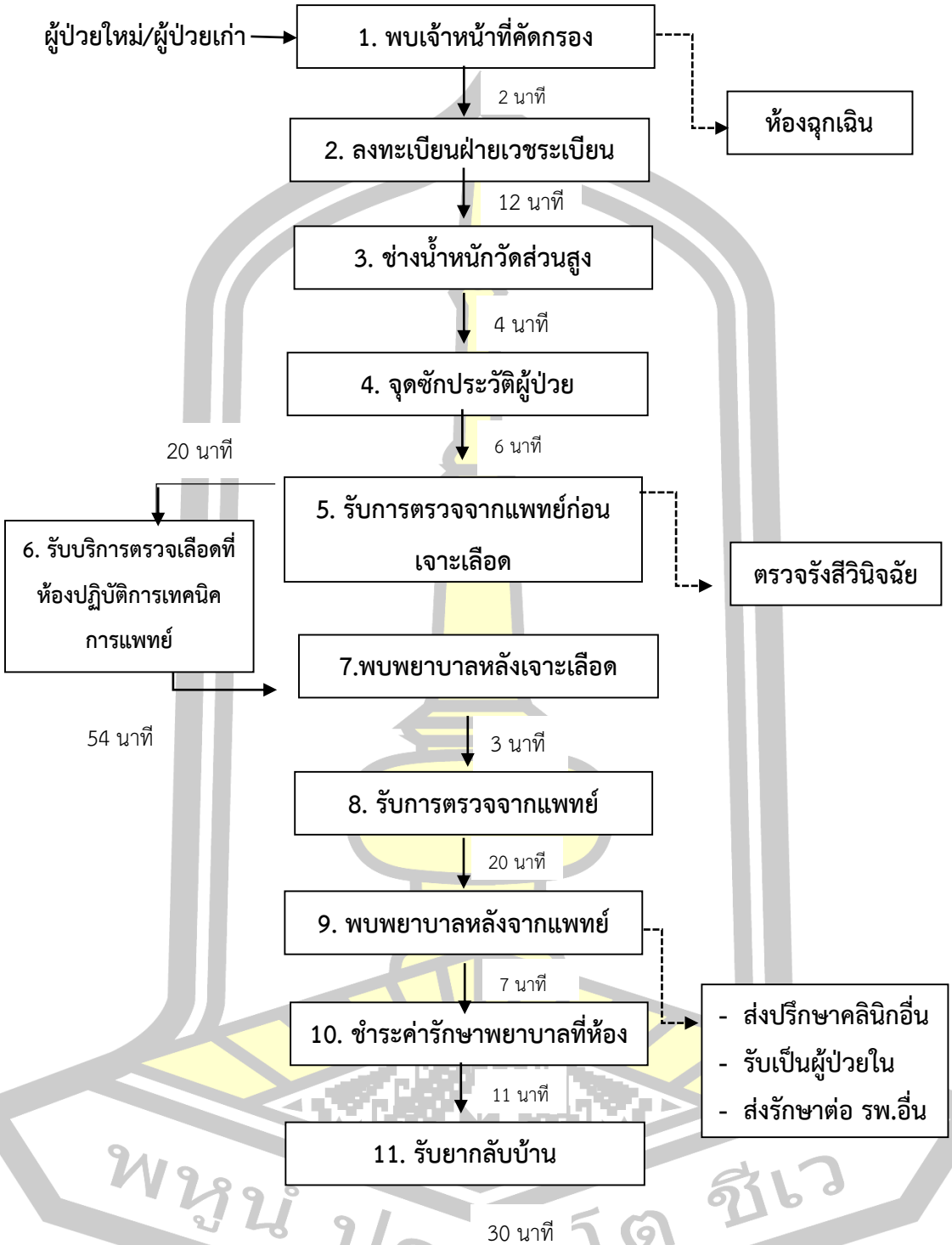
4.3.1.1 สภาพปัญหาการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลนามน เริ่มก่อตั้งเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง เมื่อ พ.ศ.2527 ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 37 เตียง จัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอนามน และประชากรแฝงที่เป็นนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ วิทยาเขตอำเภอนามน โดยในปี 2565 ให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยประมาณวันละ 110 คน โรงพยาบาลนามนเปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยคลอด ไม่มีแพทย์เฉพาะทางหากการรักษาเกินขีดความสามารถจะส่งต่อตามระบบเครือข่าย คือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นหลัก หรือโรงพยาบาลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลสมเด็จ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น และศูนย์มะเร็งอุดร

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นสถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายของการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานมีความปลอดภัยและควบคู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด ข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ Extreme Platform for Hospital Information (HosXp) ของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2563-2565 ที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนทั้งสิ้น 20,645 คน 28,010 คน และ 40,150 คนตามลำดับ จะเห็นว่ามีจำนวนผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดระยะเวลารอคอยที่นานเกินกำหนด และส่งผลให้แผนกผู้ป่วยนอกมีความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการ

จากการศึกษาพบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยตั้งแต่เข้ารับบิการจนได้รับยากลับบ้านนานถึง 169 นาที จากสถานการณ์ใช้เวลาในการรอคอยตั้งแต่เข้ามารับบริการจนสิ้นสุดที่รับยาซึ่งมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่นานกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน ในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) ที่ได้เสนอแนะไม่ควรเกิน 120 นาที และยังพบว่าความพึงพอใจต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจที่ลดลงจากข้อมูลระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ปี พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 พบว่าผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ร้อยละ 89.60, ร้อยละ 82.00 และร้อยละ 80.00 ซึ่งมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำกว่าสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลกำหนดกำหนดคือมีค่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 85.00 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2563) และนอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริการที่ล่าช้า มีขั้นตอนการบริการที่ซ้ำซ้อนหลายขั้นตอน ทำให้เกิดความสับสนของผู้รับบริการ

เนื่องจากปัญหาที่สำคัญที่ผู้วิจัยพบคือผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน ผู้ป่วยได้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีความล่าช้า และระยะเวลารอคอยเฉลี่ยตั้งแต่เข้ารับบริการที่จุดคัดกรอง จนถึงขั้นตอนการรับยากลับบ้าน โดยมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยนนานถึง 169 นาที โดยแผนกผู้ป่วยนอกมีจุดให้บริการทั้งหมด 11 ขั้นตอนการให้บริการ ดังรายละเอียดที่แสดงในรูปที่ 11 ที่แสดงให้เห็นขั้นตอนการให้บริการทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยนอก โรงยาบาลนามน จะเห็นว่ารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีขั้นตอนการให้บริการจำนวนมากและมีบางขั้นตอนที่ให้บริการที่ซ้ำซ้อน อาจเป็นสาเหตุมราส่งเสริมให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการละส่งผลให้เกิดระยะเวลารอคอยที่นานมากยิ่งขึ้นเมื่อมีจำนวนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริบริการเพิ่มมากขึ้น



รูปที่ 11 แสดงขั้นตอนการให้บริการและระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

4.3.2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงเวลา 08.00 น. – 12.00 น. ซึ่งทั้งหมดจำนวน 210 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการก่อนการพัฒนารูปแบบการบริการ จำนวน 105 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการหลังการพัฒนารูปแบบการบริการ จำนวน 105 คน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 105)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ				
ชาย	51	48.60	46	43.80
หญิง	54	51.40	59	56.20
2. อายุ (ปี)				
18-30 ปี	17	16.20	10	9.50
31-40 ปี	5	4.80	13	12.40
41-50 ปี	32	30.50	23	21.90
51-60 ปี	31	29.50	26	24.80
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	20	19.00	33	31.40
(ค่าเฉลี่ย 52.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.14 อายุต่ำสุด-สูงสุด 18- 66 ปี)				
3. สถานภาพสมรส				
0000โสด	60	57.10	39	37.20
สมรส/คู่	41	39.00	52	49.50
หม้าย	4	3.90	14	13.30
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	21	20.00	18	17.10
ประถมศึกษา	6	5.70	6	5.70
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	7	6.70	21	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	52	49.50	49	46.70
ปริญญาตรี	19	18.10	11	10.50

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ				
ว่างงาน	10	9.50	11	10.50
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	7	6.70	3	2.90
รับราชการ	16	15.20	12	11.40
รัฐวิสาหกิจ	9	8.60	5	4.80
ค้าขาย	29	27.60	32	30.50
เกษตรกร	34	32.40	34	32.40
นักเรียน /นักศึกษา	-	-	8	7.60
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	29	27.60	42	40.0
5,001 - 10,000 บาท	33	31.40	33	31.40
10,001 - 20,000 บาท	31	29.50	20	19.00
20,001 - 30,000 บาท	8	7.60	9	8.60
มากกว่า 30,000 บาท	4	3.80	1	1.00
7. ภูมิลำเนา				
พื้นที่อำเภอนามน	105	100.00	69	91.40
พื้นที่อื่น ๆ นอกเขตอำเภอนามน	-	-	9	8.60
8. จำนวนครั้งที่มาใช้บริการงาผู้ป่วยนอกในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา				
2-3 ครั้ง	31	29.50	27	25.70
4-5 ครั้ง	42	40.00	49	46.60
มากกว่า 5 ครั้ง	32	30.50	29	27.70

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. สิทธิที่ใช้ในการรักษา				
สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท	43	41.00	60	60.00
สวัสดิการของหน่วยงานเอกชน	2	1.90	4	3.80
สิทธิข้าราชการ	35	33.30	18	17.10
ประกันสังคม	23	21.90	16	15.10
ชำระเงินเอง	2	1.90	4	3.80
10. เหตุผลที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลนามน				
การเดินทางสะดวก	8	7.60	18	17.10
เป็นผู้ป่วยเก่าโรงพยาบาลนามนอยู่	61	58.10	83	79.00
ใกล้บ้าน	33	31.40	4	3.80
คนใกล้ชิดแนะนำ	3	2.90	-	-

จากตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก่อนและหลังการพัฒนา ผู้วิจัยสามารถจำแนกตามลักษณะทางประชากรผู้ป่วยที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก ดังนี้ จะเห็นว่าส่วนใหญ่ของผู้รับบริการเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.40 และร้อยละ 56.20ช่วงอายุที่พบมากที่สุดก่อนการพัฒนาคือช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 33.85 และมากที่สุดหลังการพัฒนาคือช่วงอายุ มากกว่า 60 ปีร้อยละ 31.40) ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 39.00 และร้อยละ49.50 ระดับการการศึกษาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 49.50 และร้อยละ 46.70 อาชีพของผู้มารับบริการพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32.40 และร้อยละ 32.40 รายได้ต่อเดือนพบมากที่สุดก่อนการพัฒนาจะอยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาท ร้อยละ 31.41 และในส่วนของรายได้ต่อเดือนพบมากที่สุดหลังการพัฒนารายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 40.00 ข้อมูลภูมิลำเนาพบว่าอาศัยอยู่พื้นที่นามนมากที่สุด ร้อยละ 100.00 และร้อยละ 91.40 จำนวนครั้งของการมาใช้บริการในรอบ 2 ปีที่ผ่านมาเคยใช้บริการ 4-5 ครั้ง ร้อยละ 40.00 และร้อยละ 46.60 สิทธิที่ใช้เข้ารับบริการมากที่สุดคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 41.00 และร้อยละ60.00 เหตุผลที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือเป็นผู้ป่วยเก่า ร้อยละ 58.10 และร้อยละ 79.00

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นการวางแผนโดยผู้วิจัยจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนต้องกำหนดให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการตั้งแต่เริ่มไปจนถึงสิ้นสุดว่ามีปัญหาอะไรที่จะต้องแก้ไข ใครเป็นผู้รับผิดชอบ กระบวนการแก้ไขต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการดังรายละเอียด ดังนี้

P1 : ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนในการดูแลผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรมมนี้ดำเนินการเพื่อชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยและกรอบเวลาที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบกระบวนการดำเนินงานวิจัยของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอเชิญเข้าร่วมประชุมทบทวนการให้บริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาบริบทของการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน ในสถานการณ์ปัจจุบันในวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน เป็นการประชุมเพื่อศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคที่เกิดระหว่างการดำเนินการ และแนวทางที่ใช้ในการเพื่อทบทวนวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ ความต้องการแก้ไข้หรือปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย โดยการใช้การสนธนาแบบกลุ่ม (Focus Group) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดรับข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการย่อยที่ให้การบริการผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และจากการประชุมผู้ร่วมประชุมมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในขั้นตอนการดำเนินกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการ การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย

ผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก ประชุมทีมเพื่อทบทวนวิเคราะห์ปัญหาที่มาของสาเหตุ และความต้องการแก้ไข้หรือปรับปรุง โดยการจัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน หรือตัวแทนหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก จากการดำเนินการจะเห็นว่างานบริการผู้ป่วยนอกจุดบริการที่พบปัญหาเป็นหน่วยงานย่อยที่ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด 11 จุดให้บริการ และจากการศึกษาปัญหาในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก หลังการประชุมเพื่อติดตามสรุปปัญหาแนวทางการดำเนินการก่อนพัฒนารูปแบบการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก สามารถสรุปปัญหาการให้บริการ และแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบใหม่ดังแสดงใน ตารางที 7 ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
1. จุดคัดกรอง ประเมินอาการเบื้องต้น	
1) จำนวนบุคคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการเนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก รายละเอียดของการคัดกรองที่ต้องระบุมีจำนวนมาก	1.1) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออก โดยการมีการกำหนดจุดตรวจสอบสิทธิด้วยตนเองและชี้แจงวิธีการตรวจสอบสิทธิ์ด้วยตัวเองก่อนการคัดกรอง 1.2) ปรับแบบฟอร์มคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นแบบ Check list เพื่อสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึก โดยระบุข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน 1.3) ขอความร่วมมือพยาบาลที่รับผิดชอบจุดหลังตรวจมาประจำจุดคัดกรองเพื่อช่วยคัดกรองในเวลา 08.30 - 09.30 น. เพื่อเป็นการระบายคนไข้ในช่วงแรกที่มีความแออัดให้ลดลงก่อน
2) การเข้ารับบริการครั้งแรกของผู้ป่วยที่พึ่งเคยมารับบริการในครั้งแรก จุดให้บริการไม่มีการแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ทำให้ผู้มารับบริการครั้งแรกเกิดความสับสน	2.1) จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนของการเข้ารับบริการโดยประชาสัมพันธ์ด้วยเสียงตามสาย และป้ายแสดงขั้นตอนการรับบริการที่ชัดเจน 2.2) จัดทำแบบฟอร์มแสดงลำดับขั้นตอน (ใบนำทาง) ในการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน เพื่อความรวดเร็วและความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย
3) การคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการยังไม่มีประสิทธิภาพขาดแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนให้ผู้ปฏิบัติถือปฏิบัติ	3.1) จัดทำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกให้เป็นบายลักษณ์อักษร และถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
1. จุดคัดกรอง ประเมินอาการเบื้องต้น (ต่อ)	
4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อการรับบริการงแผนกผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้	4.1) กำหนดแนวทางให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ เอาใจใส่ผู้มารับบริการ 4.2) กำหนดจุดบริการบัตรคิวการตรวจโดยใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการแสดงผลบนจอภาพขนาดใหญ่ที่ผู้บริการสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน
2. งานเวชระเบียน	
1) ห้องบัตร หรืองานเวชระเบียนไม่มีจุดบริการทำบัตรใหม่ที่ชัดเจนทำทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในครั้งแรกเกิดความสับสน	1.1) กำหนดจุดให้บริการทำบัตรใหม่ที่ชัดเจนโดยใช้ 1 ช่องบริการการให้บริการจัดทำบัตรใหม่โดยแยกเฉพาะจุดในการเปิด Visit สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งแรก
2) ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผู้ป่วยใช้เวลานาน	2.1) กำหนดจุดเช็คสิทธิ์ผู้รับบริการด้วยตนเองบริเวณด้านหน้าก่อนจุดคัดกรองผู้ป่วย 2.2) เริ่มใช้ระบบลงทะเบียนเข้ารับบริการผ่านตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติ “ตู้คีออส” (Kiosk) โดยใช้บัตรประชาชนแบบ Smart Card ยืนยันตัวตน เพื่อรับใบนำทางและรับบัตรคิวตรวจ

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
2. งานเวชระเบียน (ต่อ)	
3) ใช้เวลาในการค้นหาแฟ้มเวชระเบียนนาน เนื่องจากผู้รับบริการต้องถือ OPD card ในการเข้ารับการตรวจ จึงทำให้เกิดความล้าช้าในการรับบริการในขั้นตอนอื่นๆ ตามมาด้วย และยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน	3.1) จัดทำแนวปฏิบัติให้เป็นลายลักษณ์อักษร และถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับงานเวชระเบียนและสถิติและสืบค้นข้อมูลผู้มารับบริการ 3.2) ยกเลิกการค้น OPD card (เริ่มดำเนินการ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566) 3.3) เมื่อเปิด Visit ผู้มารับบริการ จะให้แค่บัตรคิวและใบนำทาง โดยไม่ต้องถือ OPD card เพื่อเข้ารับการรักษาบริการ
4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการต่องานเวชระเบียนในการบริการงานผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้	4.1) กำหนดแนวทางให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ เอาใจใส่ผู้รับบริการ เน้นหลักบริการทุกระดับประทับใจ 4.2) บริการด้วยความรวดเร็ว และมีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนในการรับบริการในลำดับถัดไปให้ผู้รับบริการเข้าใจ
3. จุดชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพ	
1) ชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้มารับบริการต้องจำตัวเลขที่ได้จากการวัดความดัน และช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง ทำให้ค่าที่ตรวจวัดได้คลาดเคลื่อน	1.1) เสนอแผนจัดซื้อ เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง แบบดิจิตอลที่สามารถพิมพ์ผลเมื่อทำการตรวจวัดเสร็จ

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่(ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
3. จุดชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพ(ต่อ)	
2) ไม่มีแนวปฏิบัติการชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพ	2.1) จัดทำแนวปฏิบัติให้เป็นบายลักษณ์อักษรและถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกันเรื่องชั่งน้ำหนักและตรวจประเมินสัญญาณชีพที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนบริเวณจุดให้บริการ 2.2) ควรฝึกอบรมหรือชี้แจงเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มารับบริการ ในครั้งแรก
3) มีความแออัดระหว่างเข้าคิวรอใช้บริการเพราะสถานที่หรือบริเวณที่จัดให้บริการมีพื้นที่น้อยคับแคบ	3.1) จัดสถานที่ให้เพียงพอกับปริมาณผู้รับบริการ 3.2) กำหนดจุดทางเข้าออกในการรับบริการให้เข้าออกทางเดียว เพื่อลดความแออัดระหว่างรอใช้บริการ
4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีการสะท้อนปัญหาของการบริการจุดนี้ได้แก่ - เรื่องระยะเวลาการรอคอย - ความแออัดของแถวคอย - การไหลเวียนของกลุ่มผู้ใช้บริการยังไม่เป็นระเบียบ	4.1) จัดสถานที่ให้เพียงพอกับปริมาณผู้รับบริการ 4.2) กำหนดจุดทางเข้าออกในการรับบริการให้เข้าออกทางเดียว เพื่อลดความแออัดระหว่างรอใช้บริการ 4.3) จัดทำแบบฟอร์มขั้นตอนการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามนเพื่อความรวดเร็วและความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย 4.4) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น ป้ายการวัดความดันโลหิตซ้ำ สำหรับผู้รับบริการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทุก 15 นาที โดยผู้รับบริการเป็นผู้ดูนาฬิกาและเข้ามารับบริการเองโดยไม่ต้องเรียกชื่อซ้ำ

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
4. จุดซักประวัติและช่วยเหลือเบื้องต้น	
1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานซักประวัติไม่ครอบคลุมมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ใส่ใน OPD card แพทย์ผู้ทำการตรวจอ่านลายมือลำบาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมอีกครั้ง	1.1) ฝึกอบรมแนวปฏิบัติการซักประวัติผู้ป่วยและการบันทึกข้อมูล และจัดทำคู่มือการซักประวัติบนโต๊ะพยาบาลจุดซักประวัติ 1.2) จัดทำแนวปฏิบัติให้เป็นลายลักษณ์อักษรและถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกันเรื่องซักประวัติผู้ป่วยและช่วยเหลือเบื้องต้นโดยกำหนดทั้งนี้ต้องไม่ให้เกิดกิจกรรมที่มีความซ้ำซ้อน 1.3) ยกเลิกการจดบันทึกใน OPD card โดยให้พยาบาลผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยลงในระบบ HosXP แทน
2) ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติ การทำให้เกิดความสับสนของผู้มารับบริการ ในขั้นตอนการรอบริการของห้องปฏิบัติการ	2.1) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการโดยที่พยาบาลสามารถสั่งเจาะตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ตามรายการตรวจที่แพทย์ได้ระบุไว้ในใบนัดก่อนเข้าพบแพทย์ตามแนวทางที่กำหนดไว้ ตามมติที่ประชม วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2566 2.2) จัดทำแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ก่อนพบแพทย์ที่พยาบาลสามารถส่งตรวจได้เองตามแนวปฏิบัติ
3) บริเวณจุดบริการผู้ป่วยนอก มีบริเวณคับแคบจึงเกิดความแออัดของผู้มารับบริการ ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อที่อาจก่อโรคภายในโรงพยาบาล	3.1) จัดสถานที่ให้เพียงพอกับปริมาณผู้รับบริการให้ชัดเจนและควรมีการจัดโซนสำหรับผู้รับบริการโดยเรียงลำดับการให้บริการผู้รับบริการดังนี้ 1. ผู้ป่วยหนัก 2. ผู้ป่วยสูงอายุ 3. ผู้ป่วยนัด 4. ผู้ป่วยทั่วไป

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
4. จุดซักประวัติและช่วยเหลือเบื้องต้น(ต่อ)	
4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ มีการสะท้อนปัญหาของการบริการจุดนี้ได้แก่ - เรื่องระยะเวลาการรอคอย - ความแออัดของผู้ป่วยที่รอรับบริการ	4.1) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการโดยที่พยาบาลสามารถสั่งเจาะตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ตามรายการตรวจที่แพทย์ได้ระบุไว้ในใบนัดก่อนเข้าพบแพทย์ตามแนวทางที่กำหนดไว้ ตามมติที่ประชม วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2566 4.2) กำหนดแนวทางให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ เอาใจใส่ ให้บริการดุจญาติมิตร
5. ห้องตรวจโรค	
5.1) บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์ในช่วงเวลาทำการจะมีแพทย์ปฏิบัติงาน 3 คน ทำให้การตรวจผู้ป่วยมีความล่าช้าเนื่องจากแพทย์ 1 คน ต้องประจำแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน(ER) และดูแลตึกผู้ป่วยใน (IPD) จึงมีแพทย์ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอก(OPD) 2 คน และทำให้เกิดระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน และมีความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ	1.1) กำหนดตารางแพทย์ OPD เป็น First call และแพทย์เวรเป็น Second call ในการให้คำปรึกษาจากแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล 1.2) ขอความร่วมมือแพทย์ผู้ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โดยกำหนดเวลาแพทย์ออกตรวจผู้ป่วยนอกเริ่มตั้งแต่เวลา 09.00 น.
5.2) แพทย์ขาดความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคในพื้นที่ หรือโรคที่ต้องทำการตรวจวินิจฉัยสนับสนุนเพิ่มเติมอีกหลายอย่าง จนเกินขีดความสามารถในการรักษาของโรงพยาบาลชุมชน อาจส่งผลให้เกิดความล้าช้าในการวินิจฉัย	2.1) กำหนดแนวทางปฏิบัติ การให้คำแนะนำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย และแนะนำทางเลือกในการรักษาในโรคที่มีความซับซ้อนในขั้นตอนของการรักษาที่มีความจำเป็นต้องทำการวินิจฉัยสนับสนุนเพิ่มเติมอีกหลายอย่าง หรือเกินขีดความสามารถของการให้บริการผู้ป่วยในฐานะโรงพยาบาลชุมชน ให้ชัดเจนตั้งแต่แรกรับ

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
5. ห้องตรวจโรค (ต่อ)	
3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการงานผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้	3.1) กำหนดแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานบริการผู้ป่วยนอกประชาสัมพันธ์ เพื่อชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการให้บริการ ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นที่แพทย์ต้องไปตรวจที่แผนกอื่น เช่น แพทย์ออกตรวจแผนกฉุกเฉินทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัย โดยต้องทำความเข้าใจกับผู้รับบริการเป็นระยะเพื่อคลายข้อสงสัยเกี่ยวกับการรอคอยที่ยาวนาน
6. จุดให้คำปรึกษาหลังตรวจ	
1) ไม่มีแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยนอกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันให้ผู้ปฏิบัติ งานถือปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน	1.1) จัดทำแนวปฏิบัติให้คำปรึกษาหลังการตรวจโรคและถือปฏิบัติในทิศเดียวกัน 1.2) มีป้ายแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน หรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการบริการในขั้นตอนต่างๆ ในการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก
2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการงานผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้มีการสะท้อนปัญหาของการบริการจุดนี้ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการให้บริการและระยะการรอคอย	2.1) ให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ เอาใจใส่ 2.2) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออกไปเช่น จัดให้มีแผ่นความรู้ในการดูแลสุขภาพแยกตามโรคที่พบบ่อย จัดทำป้ายแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจนหรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนบริการต่างๆ 2.3)พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการพร้อมให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
6. จุดให้คำปรึกษาหลังตรวจ (ต่อ)	
3) ไม่มีแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยนอกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันให้ผู้ปฏิบัติงานได้ถือปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ	1.1) จัดทำแนวปฏิบัติให้คำปรึกษาหลังการตรวจโรคและถือปฏิบัติในทิศเดียวกัน 1.2) มีป้ายแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน หรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการบริการในขั้นตอนต่างๆ
7. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (หน่วยบริการตรวจเลือด และสิ่งส่งตรวจต่างๆ)	
1) ไม่มีขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ทำให้เกิดความสับสนของผู้ป่วย เกิดความแออัดของผู้ป่วยบริเวรหน้าห้องปฏิบัติการ ไม่ได้มีการกำหนดเวลารอคอยในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือไม่มีป้ายแสดงการประกันเวลาตรวจที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในขั้นตอนการให้บริการของผู้ป่วยที่รอรับบริการ	1.1) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการบริการในขั้นตอนต่างๆ ชี้แจงการกำหนดเวลารอคอยในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1.2) จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการและระยะเวลาการรอคอยผลทางห้องปฏิบัติการให้ชัดเจน
2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการงานผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ มีการสะท้อนปัญหาของการบริการจุดนี้ได้แก่ - เรื่องระยะเวลาการรอคอย - ความแออัดของผู้ป่วยที่รอรับบริการ	2.1) ปรับกระบวนการให้บริการเพื่อให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการงานผู้ป่วยนอกมากกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 ดังนี้ - ชี้แจงระยะเวลารอคอยในรายการตรวจที่เจาะเลือด ให้ผู้ป่วยทราบ - จัดทำระบบคิวให้ชัดเจน และเพิ่มจุดเจาะเลือดจาก 1 จุดเป็น 2 จุด ในช่วงเวลา 8.30 – 10.30 น. ซึ่งเป็นช่วงที่หน่วยให้บริการเจาะเลือดมีผู้ป่วยรอเจาะเลือดจำนวนมาก

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาที่พบในขั้นตอนให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาของการให้บริการผู้ป่วยนอก	แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่
8. งานการเงิน	
1) สิทธิ์การรักษาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกไม่ตรงกับข้อมูลจริง	1.1) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออกไปโดยการมีจุดตรวจสอบสิทธิด้วยตนเองก่อนการคัดกรอง 1.2) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลเรื่องสิทธิผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีความทันสมัย 1.3) ประสานงานห้องเวชระเบียนเรื่องการตรวจสอบสิทธิบัตรให้ถูกต้อง ตั้งแต่ต้นทาง
9. งานเภสัชกรรม	
1) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้	1.1) จัดทำช่องทางด่วนบริการสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และพระภิกษุสงฆ์ กรณีช่วงเวลาเร่งด่วน คือ 8.30น.-10.30 น. 1.2) เพิ่มการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองและมีการเพิ่มสาระเกี่ยวกับสุขภาพแบบเป็นกันเอง และจัดให้มีแผ่นพับสุขภาพแก่ผู้รับบริการ 1.3) กำหนดแนวทางให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ 1.4) กำหนดจุดคิวการตรวจ และคิวรอตรวจโดยนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาประยุกต์ใช้ในการเรียกคิว เพื่อให้การมองเห็นลำดับคิวก่อนหลังและจำนวนคิวรอตรวจเท่าไหร่

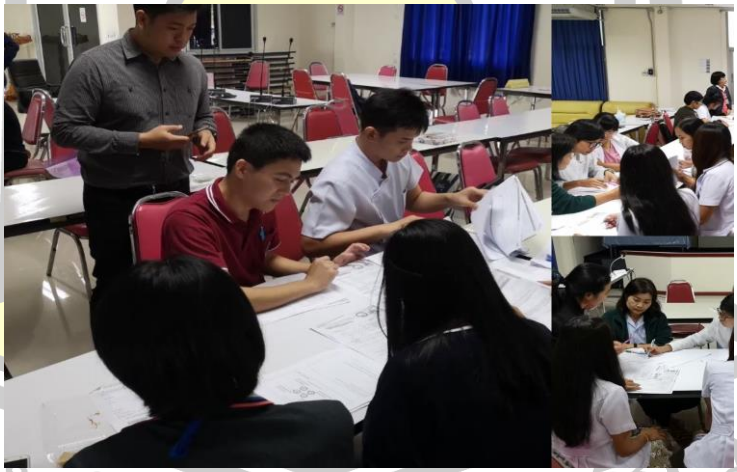
จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกพบว่าในปี 2565 ที่ผ่านมาปัญหาของความล่าช้าในการให้บริการอาจลดโอกาสในการรักษาสำหรับผู้ป่วยบางราย ซึ่งส่งผลต่อชีวิตของผู้รับบริการได้หรืออาจส่งผลต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการอีกหลายคน

โรงพยาบาลนามน มีจำนวนผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น พบปัญหาผู้ป่วยได้รับบริการตรวจจากแพทย์ล่าช้ามีระยะเวลารอคอนที่ยาวนาน ทำให้เกิดปัญหาร้องเรียนจากผู้รับบริการ ผู้รับบริการเปลี่ยนใจไม่รอตรวจทำให้เจ้าที่ ผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกไม่มีความสุขในการทำงาน

มติในที่ประชุมครั้งนี้ ผู้ร่วมประชุมจึงได้ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกันคือต้องการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาข้อมูลข้างต้นและปัญหาที่พบดังกล่าวมาข้างต้น จึงได้มีการวางแผนจัดประชุมเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการร่วมมือในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยได้กำหนดวันประชุมเพื่อจัดทำแผนการดำเนินการในวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2566

P2 : การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินโครงการ

ในขั้นตอนของกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจากการสำรวจความสมัครใจในการเข้าร่วมประชุมเพื่อจัดทำแผนในการดำเนินการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารเข้าร่วมประชุมได้ทั้งหมดตามวันเวลาที่ได้กำหนด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวันประชุมของกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อจัดทำแผนในการดำเนินการวิจัย โดยจัดขึ้นในวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2566 เวลา 13.00 น. – 16.00 น. ณ ห้องประชุมมิ่งนามน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ดังแสดงใน รูปที่ 12



รูปที่ 12 การประชุมเพื่อจัดทำแผน ณ ห้องประชุมมิ่งนามน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการประชุมครั้งนี้พบว่า หลังจากผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นของการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกแบบภาพรวมทั้งหมด ตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ามารับบริการที่จุดคัดกรองจนถึงขั้นตอนสุดท้ายคือการรับยากลับบ้าน และผู้ดำเนินการวิจัยจึงได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานย่อยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนก

ผู้ป่วยนอก ได้แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการให้บริการในขั้นตอนต่าง ๆ มีการร่วมปรึกษาเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไข ได้กำหนดแนวทางการบริการรูปแบบใหม่เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเป็นการพัฒนาการการให้บริการที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งผลจากการประชุมเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงาน ได้มีข้อสรุปร่วมกัน คือกำหนดแนวทางและโครงการดำเนินงานตามกระบวนการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 โครงการ ดังรายละเอียดดังนี้

1) โครงการเฝ้าระวังระบบการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

2) โครงการกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

2) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

จากขั้นตอนวางแผน (Planning) ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนการดำเนินงาน โดยร่วมกันกำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานตามกระบวนการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 2 โครงการ รายละเอียดดังนี้

A3 : โครงการเฝ้าระวังระบบการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โดยจัดขึ้นเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1) ทบทวนรูปแบบขั้นตอนการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้ทราบสภาพปัญหาในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดระยะเวลารอคอย และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในกระบวนการดำเนินการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก โดยในการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีผู้ร่วมประชุมทั้งสิ้น 35 คน

ผลจากการดำเนินการของกิจกรรมนี้ ผู้ร่วมกิจกรรมได้ทราบสภาพปัญหาในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน ร่วมกันศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคที่เกิดระหว่างการดำเนินการ และแนวทางที่ใช้ในการเพื่อทบทวนวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุความต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย จากการประชุมผู้ร่วมประชุมมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในขั้นตอนการดำเนินวิจัย โดยมิติที่ประชุมเห็นควรให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งคณะกรรมการในการดำเนินงานประกอบด้วยกลุ่มสหวิชาชีพซึ่งมีข้อมูลรายละเอียดของกลุ่มสหวิชาชีพ และจำนวนผู้เข้าร่วมดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนกลุ่มสหวิชาชีพที่เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วม	จำนวน(คน)
1. แพทย์	3
2. พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก	7
3. พยาบาลประจำจุดคัดกรองคนไข้	2
4. เภสัชกร	5
5. เจ้าพนักงานเภสัช	4
6. เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน	5
7. เจ้าหน้าที่การเงิน	1
8. นักเทคนิคการแพทย์	3
9. ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ	1
10. ผู้ช่วยพยาบาล	1
รวม	32

ภายหลังจากการประชุมผู้เข้าร่วมการประชุมได้มีการศึกษาสภาพปัญหาอุปสรรคที่เกิดระหว่างการดำเนินการร่วมกันแล้ว และได้ร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไข้หรือปรับปรุงพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย โดยผู้ร่วมประชุมมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในขั้นตอนการดำเนินวิจัย โดยการประชุมครั้งต่อไปจะมีคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งคณะกรรมการในการดำเนินงานทุกครั้ง และผู้วิจัยมีความยินดีหากมีผู้สนใจจากหน่วยงานอื่นเข้าร่วมการประชุมเพิ่มด้วย

2.1) เพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อการดำเนินโครงการ และชี้แจงเรื่องการแต่งตั้งคณะทำงานของกลุ่มสหวิชาชีพ

ผลการดำเนินการในส่วนของกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงลายละเอียดการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่างๆ และเปิดโอกาสให้คณะผู้ร่วมดำเนินการวิจัยซักถามข้อสงสัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งรายชื่อของคณะทำงานในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก และบทบาทหน้าที่หลังการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้รับทราบพร้อมให้ความร่วมมือด้วยความสมัครใจ

2.2) ร่วมสรุปปัญหาที่พบในจุดบริการย่อยที่เกิดในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และร่วมกันเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ร่วมประชุมร่วมกันสรุปปัญหาที่พบในขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่พบว่ายังมีความซับซ้อนของขั้นตอนการให้บริการ จึงได้ร่วมกันระดมความคิดของแต่ละหน่วยบริการย่อยในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อดำเนินการปรับปรุงกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบขั้นตอนการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก ในรูปแบบใหม่

จากรายละเอียดขั้นตอนการให้บริการแบบเดิมที่แสดงข้างต้นที่ใน รูปที่ 11 จะเห็นรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอกแบบเดิมมีปัญหาสำคัญที่ผู้วิจัยเห็นได้ชัดเจน คือรูปแบบการให้บริการทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

1) ขั้นตอนหรือกิจกรรมของการให้บริการที่ยังไม่ชัดเจน ไม่มีแนวปฏิบัติให้ถือปฏิบัติให้เป็นในแนวทางเดียวกัน

2) ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยในแต่ละจุดที่ให้บริการมีระยะเวลาที่นานทำให้เกิดความไม่พอใจของผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

3) ไม่มีแนวปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของการให้บริการในแต่ละหน่วยงานย่อยที่ให้บริการผู้ป่วยอย่างชัดเจน

ข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าจากปัญหาที่พบทำให้ผู้วิจัย และคณะกรรมการร่วมการในกระบวนการวิจัย ได้ร่วมกำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยมีขั้นตอนรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1) ควรมีการทบทวนขั้นตอนของการบริการ และรวบรวมระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วย โดยแบ่งตามขั้นตอนการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อนำไปเปรียบเทียบเมื่อมีการดำเนินการหลังพัฒนารูปแบบการให้บริการแล้ว

3.2) ควรมีการการลดขั้นตอนที่มีความซ้ำซ้อนและระยะเวลาการให้บริการ โดยผู้ดำเนินการวิจัยได้นำเอาแผนผังสายธารคุณค่า (Value Stream Mapping) มาใช้ในขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นตอของปัญหา (Why – Why Analysis) และการลดความสูญเปล่าของกิจกรรมในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (Eliminate-Combine-Rearrange-Simplify: ECRS) ซึ่งในกระบวนการนี้เพื่อเป็นการลดขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการที่ไม่จำเป็นรวบขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการในลักษณะเดียวกันไว้ด้วยกัน และเพื่อการจัดลำดับขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการใหม่ซึ่งจะส่งผลให้การบริการผู้ป่วยเกิดความคล่องตัวมากขึ้น

จากข้อมูลข้างต้นเกิดจากการร่วมมือร่วมใจของผู้เข้าร่วม การประชุมวิชาการที่ได้จัดขึ้นเพื่อเป็นการติดตามปัญหาที่พบร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการให้บริการในจุดบริการย่อยต่างๆในแผนกผู้ป่วยนอก สรุปการดำเนินการก่อนพัฒนารูปแบบการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก ให้

เป็นไปตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้ร่วมกันซึ่งผู้วิจัยได้รับการสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากกลุ่มสหวิชาชีพในการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และได้มีการแบ่งกลุ่มเพื่อเปิดโอกาสได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาค โดยในการประชุมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนทั้งหมด 32 คน แสดงในรูปที่ 13

รูปที่ 13 การประชุมการเฝ้าระวังระบบการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

A4 : การกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ โดยจัดขึ้นเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1) กำหนดแนวทางขั้นตอนของการบริการ และรวบรวมระยะเวลารอคอยเฉลี่ย โดยแบ่งตามขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ โดยใช้แบบบันทึกเวลาการใช้บริการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ในวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 จากการดำเนินการพบว่าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน มีขั้นตอนของการบริการจำนวน 11 จุดบริการ ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนต่างๆ ใช้ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป ผู้วิจัยได้แบ่งตามขั้นตอนการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีทั้งหมด 11 ขั้นตอนการให้บริการซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากสามารถนำมาสรุประยะเวลารอคอยเฉลี่ยรวมที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนการ รายละเอียดที่แสดงใน ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยโดยแบ่งตามขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (n= 105)

ขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย (นาที)			
	น้อยที่สุด	มากที่สุด	$\bar{x}$	SD
1. พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง	2	6	2.31	0.76
2. ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน	10	18	13.93	0.45
3. ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง	3	7	4.37	1.02
4. ซักประวัติ ประเมินอาการ	4	7	5.87	0.84
5. รับการตรวจจากแพทย์ก่อนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	25	40	29.31	3.67
6. รับบริการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์	46	74	57.11	5.42
7. พบพยาบาลหลังเจาะเลือก	3	4	3.31	0.47
8. รับการตรวจจากแพทย์	23	46	26.24	3.66
9. พบพยาบาลหลังจากรับการตรวจจากแพทย์	7	15	8.50	1.26
10. ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน	6	14	7.52	1.40
11. รับยากลับบ้าน	26	47	30.73	3.63
ระยะเวลาเฉลี่ยรวม (นาที)	**155.00**	**278.00**	**189.20**	**8.58**

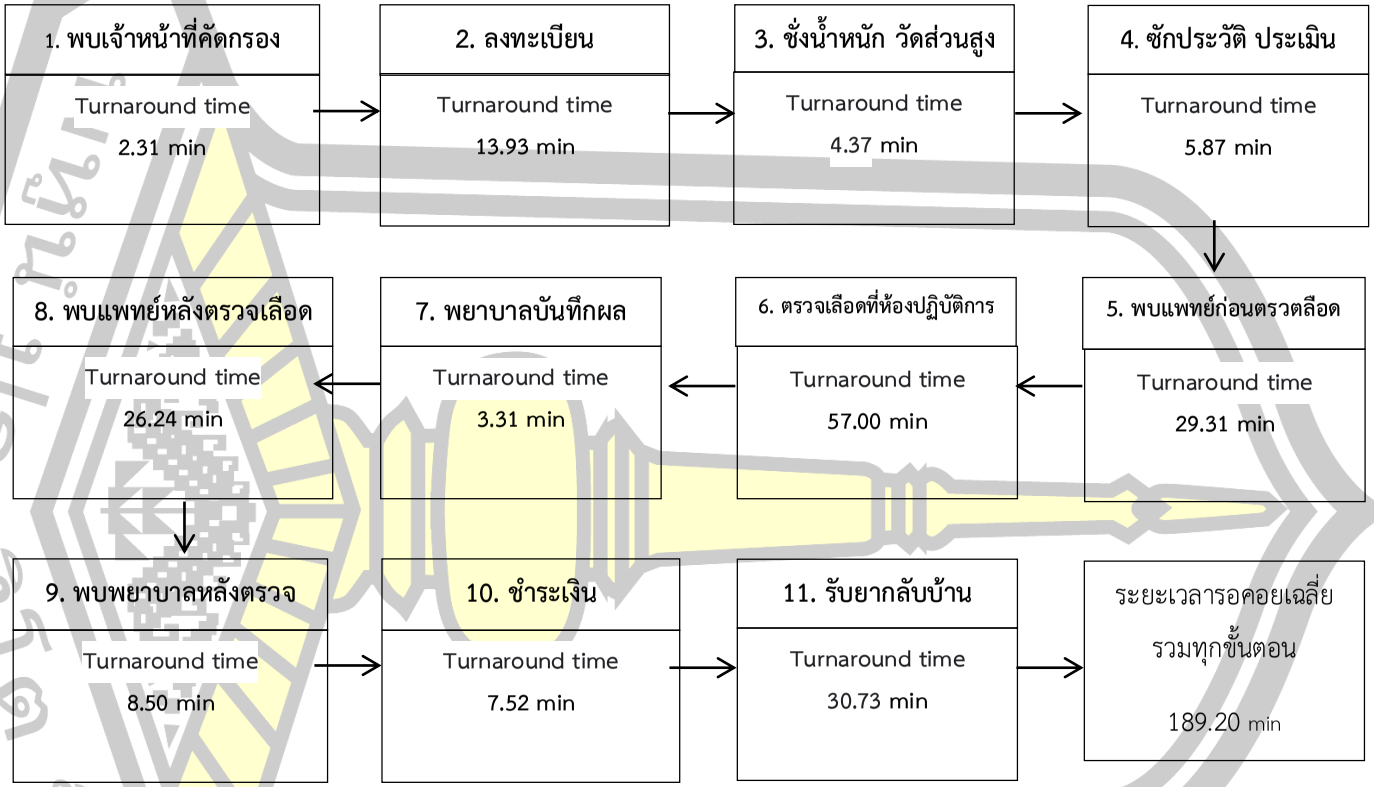
จากตารางที่ 9 จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าระยะเวลารอคอยน้อยที่สุด 155 นาที มากที่สุด 278 นาที ระเวลารอคอยเฉลี่ย 189.20 นาที และยังมีบางขั้นตอนที่มีความซ้ำซ้อนในการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความเห็นให้ลดจำนวนขั้นตอนลง และควบรวมขั้นตอนการให้บริการเข้าด้วย เพื่อเป็นการลดระยะเวลา และเป็นการตัดกิจกรรมที่สูญเปล่าออกทำให้ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการลดลง เพื่อเป็นการลดระยะเวลา และเป็นการตัดกิจกรรมที่สูญเปล่าออกจากขั้นตอนการให้บริการ โดยขั้นตอนการให้บริการทั้งหมดผู้วิจัยได้จัดทำให้อยู่ในรูปแบบ (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ แสดงในรูปที่ 14 จากรูปได้แสดงขั้นตอนรายละเอียดการจัดบริการอยู่ 11 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีการระบุระยะเวลารอคอยเพื่อแสดงให้เห็นว่าจุดบริการย่อยจุดใดที่มีระยะเวลารอคอยยาวนาน หรือเป็นจุดบริการที่สามารถควบรวมกันได้เพื่อลดขั้นตอนที่ไม่

จำเป็น โดยอาศัยหลักการของลีน (Lean) คือ การลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นมาปะยุกต์ใช้ในกระบวนการของการดำเนินงานวิจัยนี้ด้วย

3.1) การลดขั้นตอนและลดระยะเวลาการให้บริการโดยใช้ (Value Stream Mapping) แผนผังสายธารคุณค่าในการวิเคราะห์ต้นตอของปัญหา (Why – Why Analysis) และการลดความสูญเปล่าของกิจกรรมในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (Eliminate-Combine-Rearrange-Simplify: ECRS) โดยในกระบวนการนี้เป็นการลดขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการที่ไม่จำเป็นควบรวมขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการในลักษณะเดียวกันไว้ด้วยกัน และเพื่อการจัดลำดับขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการใหม่ซึ่งจะส่งผลให้การบริการผู้ป่วยที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเกิดความคล่องตัวมากขึ้น

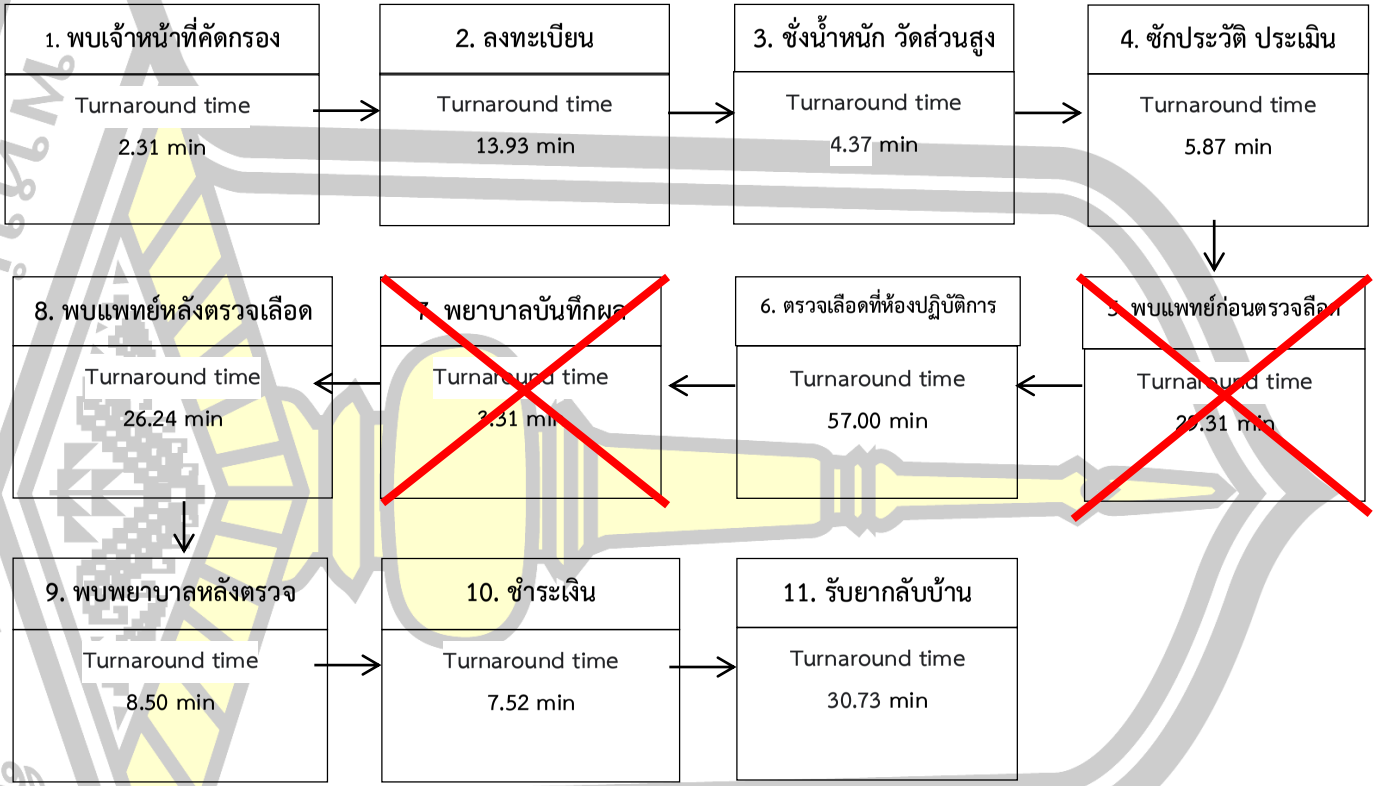
จากการศึกษาข้อมูลที่ปรากฏในรูปที่ 14 (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีขั้นที่ที่มีความซ้ำซ้อนอยู่จึงเห็นควรให้มีการลดจำนวนขั้นตอนลงหรือควบรวมขั้นตอนการให้บริการนำเทคโนโลยีที่มีอยู่มาปรับใช้ในขั้นตอนต่าง ๆซึ่งการลดความสูญเปล่าของกิจกรรมในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (Eliminate-Combine-Rearrange-Simplify: ECRS) ดังแสดงรูปที่ 15 ซึ่งเป็นขั้นตอนการตัดขั้นตตอนการให้บริการที่ไม่จำเป็นออกในกระบวนการนี้เพื่อเป็นการลดขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการที่ไม่จำเป็นรวมขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการในลักษณะเดียวกันไว้ด้วยกัน และเพื่อการจัดลำดับขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการใหม่ซึ่งจะส่งผลให้การบริการผู้ป่วยที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเกิดความคล่องตัวมากขึ้น และจะได้รูปแบบ (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังแสดงในรูปที่ 16 ซึ่งจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่ามีขั้นตอนการให้บริการสั้นลง ซึ่งจะส่งผลให้ระยะเวลารอคอยลดลงไปด้วยดังรูปที่แสดง

3.2) การดำเนินการตามขั้นตอนรูปที่ 14 รูปที่ 15 และรูปที่ 16 ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการทบทวนปัญหาที่พบระหว่างการให้บริการในขั้นตอนต่างๆ แสดงให้เห็นวิธีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เป็นรูปธรรมและวิธีการดำเนินการแก้ปัญหา หรือขั้นตอนของการพัฒนาระบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกมากยิ่งขึ้นในการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นดังรายละเอียนต่างๆที่แยกตามขั้นตอนการให้บริการ โดยจะแบ่งเป็นปัญหาที่พบขั้นตอนการให้บริการแบบเดิม แนวทางแก้ไขปัญหา และการกำหนดขั้นตอนการให้บริการแบบใหม่ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 10



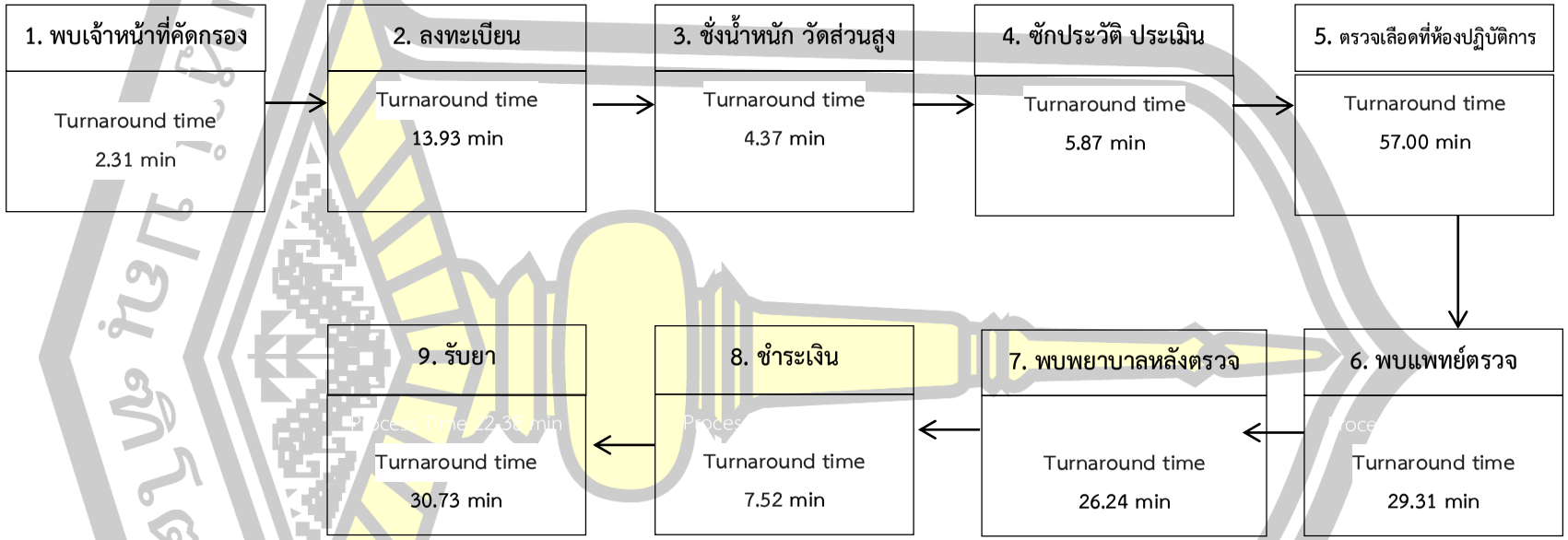
หมายเหตุ 1) Turnaround time (TAT) คือ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของแต่ละขั้นตอนการให้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการนั้นจนเสร็จสมบูรณ์

รูปที่ 14 (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์



หมายเหตุ X หมายถึง การกำจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออก

รูปที่ 15 การกำจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออก (Eliminate) และการรวมขั้นตอนบริการที่เหลือเข้าด้วยกัน (Combine)



หมายเหตุ 1) Turnaround time (TAT) คือ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของแต่ละขั้นตอนการให้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการนั้นจนเสร็จสมบูรณ์

รูปที่ 16 (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
1. จุดบริการคัดกรองผู้ป่วย 1.1) จำนวนบุคคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการเนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก รายละเอียดของการคัดกรองที่ต้องระบุมีจำนวนมาก 1.2) การเข้ารับบริการครั้งแรกของผู้ป่วยที่พึ่งเคยมารับบริการในครั้งแรก จุดให้บริการไม่มีการแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ทำให้ผู้มารับบริการครั้งแรกเกิดความสับสน 1.3) การคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการยังไม่มีประสิทธิภาพขาดแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนให้ผู้ปฏิบัติถือปฏิบัติ 1.4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการต่อการรับบริการงแผนกผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้	1) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออก โดยการมีการกำหนดจุดตรวจสอบสิทธิด้วยตนเองและชี้แจงวิธีการตรวจสอบสิทธิ์ด้วยตัวเองก่อนการคัดกรอง 2) ปรับแบบฟอร์มคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นแบบ Check list เพื่อสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึกโดยระบุข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน 3) ขอความร่วมมือพยาบาลที่รับผิดชอบจุดหลังตรวจมาประจำจุดคัดกรองเพื่อช่วยคัดกรองในเวลา 08.30 - 09.30 น. เพื่อเป็นการระบายคนไข้ในช่วงแรกที่มีความแออัดให้ลดลงก่อน 4) จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนของการเข้ารับบริการโดยประชาสัมพันธ์ด้วยเสียงตามสาย และป้ายแสดงขั้นตอนการรับบริการที่ชัดเจน	**1. จุดบริการคัดกรองผู้ป่วย** 1.1) เริ่มใช้ระบบลงทะเบียนเข้ารับบริการผ่านตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติ “ตู้คีออส” (Kiosk) โดยใช้บัตรประชาชนแบบ Smart Card ยืนยันตัวตน 1.2) ปรับแบบฟอร์มคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นแบบ Check list เพื่อสะดวกและรวดเร็วต่อการบันทึก โดยระบุข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและส่งคนไข้ไปตามจุดหรือหน่วยบริการที่ให้บริการ 1.3) เจ้าหน้าที่จุดบริการคัดกรองผู้ป่วยระบุหน่วยรับบริการ คัดแยกผู้ป่วยตามอาการและส่งผู้ป่วยไปรับบัตรคิวที่จุดลงทะเบียนผ่ายเวชระเบียน

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
1. จุดบริการคัดกรองผู้ป่วย (ต่อ)		
	5) จัดทำแบบฟอร์มแสดงลำดับขั้นตอน (ใบนำทาง) ในการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน เพื่อความรวดเร็วและความสะดวกในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย	
	6) จัดทำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอกให้เป็นบายลักษณ์อักษร และถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน	
2. ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน		**2. ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน**
2.1) ห้องบัตร หรืองานเวชระเบียนไม่มีจุดบริการทำบัตรใหม่ที่ชัดเจนทำทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการในครั้งแรกเกิดความสับสน	1) กำหนดจุดให้บริการทำบัตรใหม่ที่ชัดเจนโดยใช้ 1 ช่องบริการการให้บริการจัดทำบัตรใหม่โดยแยกเฉพาะจุดในการเปิดข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในรูปแบบ (Visit) สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการครั้งแรก	2.1) กำหนดจุดสำหรับบริการผู้มารับบริการหรือผู้ป่วยรายใหม่ ในการกรอกข้อมูลทำประวัติผู้ป่วยใหม่ แยกออก 1 จุด เพื่อลดความแออัดของผู้มารับบริการที่เป็นผู้ป่วยเก่าที่รอรับบริการ
2.2) ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจสอบสิทธิ์การรักษาผู้ป่วยใช้เวลานาน	2) กำหนดจุดเช็คสิทธิ์ผู้รับบริการด้วยตนเองบริเวณด้านหน้าก่อนจุดคัดกรองผู้ป่วย	2.2) เปิดข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ (Visit) และส่งต่อผู้ป่วยไปยังจุดบริการถัดไป โดยไม่ต้องค้นหาแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย OPD card
2.3) ใช้เวลาในการค้นหาแฟ้มเวชระเบียนนาน เนื่องจากผู้รับบริการต้องถือแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย OPD card ในการเข้ารับการตรวจจึงทำให้เกิดความล้าช้าในการรับบริการในขั้นตอนอื่นๆตามมาด้วย และยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน	3) เริ่มใช้ระบบลงทะเบียนเข้ารับบริการผ่านตู้ลงทะเบียนอัตโนมัติ “ตู้คีออส” (Kiosk) โดยใช้บัตรประชาชนแบบ Smart Card ยืนยันตัวตน เพื่อรับใบนำทางและรับบัตรคิวตรวจ	2.3) เจ้าหน้าที่จุดลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียนกดรับใบนำทาง โดยชี้แจงรายละเอียดในใบนำทางเพื่อให้คนไข้เข้ารับบริการในจุดบริการในลำดับถัดไป

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
2. ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน(ต่อ)		**2. ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน(ต่อ)**
2.4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการต่องานเวชระเบียนในการบริการงานผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้	4) จัดทำแนวปฏิบัติให้เป็นลายลักษณ์อักษรและถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับงานเวชระเบียนและสถิติและสืบค้นข้อมูลผู้มารับบริการ 5) ยกเลิกการค้นแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย (OPD card) (เริ่มดำเนินการ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2566) 6) เมื่อเปิดข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ (Visit) ผู้มารับบริการ จะให้แค่บัตรคิวและใบนำทาง โดยไม่ต้องถือแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย (OPD card) เพื่อเข้ารับการรักษาบริการ 7) กำหนดแนวทางให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ เอาใจใส่ผู้รับบริการ เน้นหลักบริการทุกระดับประทับใจ 8) บริการด้วยความรวดเร็ว และมีการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนในการรับบริการในลำดับถัดไปให้ผู้รับบริการเข้าใจ	

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
3. จุดชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพ		**3. จุดชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพ**
3.1) ชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้มารับบริการต้องจำตัวเลขที่ได้จากการวัดความดัน และช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง ทำให้ค่าที่ตรวจวัดได้คลาดเคลื่อน 3.2) ไม่มีแนวปฏิบัติการชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพ 3.3) มีความแออัดระหว่างเข้าคิวรอใช้บริการ เพราะสถานที่หรือบริเวณที่จัดให้บริการมีพื้นที่น้อยคับแคบ 3.4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีการสะท้อนปัญหาของการบริการจุดนี้ได้แก่ - เรื่องระยะเวลาการรอคอย - ความแออัดของแถวคอย - การไหลเวียนของกลุ่มผู้ใช้บริการยังไม่เป็นระเบียบ	1) เสนอแผนจัดซื้อ เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง แบบดิจิตอลที่สามารถพิมพ์ผลเมื่อทำการตรวจวัดเสร็จ 2) จัดทำแนวปฏิบัติให้เป็นบายลักษณ์อักษรและถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกันเรื่องชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพที่สามารถ มองเห็นได้ชัดเจนบริเวณจุดให้บริการ 3) ควรฝึกอบรมหรือชี้แจงเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มารับบริการ ในครั้งแรก 4) จัดสถานที่ให้เพียงพอกับปริมาณผู้รับบริการ 5) กำหนดจุดทางเข้าออกในการรับบริการให้เข้าออกทางเดียว เพื่อลดความแออัดระหว่างรอใช้บริการ 6) กำหนดจุดทางเข้าออกในการรับบริการให้เข้าออกทางเดียว เพื่อลดความแออัดระหว่างรอใช้บริการ	3.1) ใช้เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง แบบดิจิตอลที่สามารถพิมพ์ผลเมื่อทำการตรวจวัดเสร็จ ลดชั่งน้ำหนัก และตรวจประเมินสัญญาณชีพไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้มารับบริการต้องจำตัวเลขที่ได้จากการวัดความดัน และช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง ทำให้ค่าที่ตรวจวัดได้คลาดเคลื่อน 3.2) เพิ่มเจ้าหน้าที่ที่จุดบริการ เพื่อให้คำแนะนำกับผู้ป่วยที่มารับบริการในครั้งแรก 3.3) กำหนดจุดทางเข้าออกในการรับบริการให้เข้าออกทางเดียว เพื่อลดความแออัดระหว่างรอใช้บริการ

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
4. จุดซักประวัติและช่วยเหลือเบื้องต้น 4.1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานซักประวัติไม่ครอบคลุมมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ลงแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย (OPD card) แพทย์ผู้ทำการตรวจอ่านลายมือลำบาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมอีกครั้ง 4.2) ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติ การทำให้เกิดความสับสนของผู้มารับบริการ ในขั้นตอนการรอบริการของห้องปฏิบัติการ 4.3) บริเวณจุดบริการผู้ป่วยนอก มีบริเวณคับแคบจึงเกิดความแออัดของผู้มารับบริการ ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อที่อาจก่อโรคภายในโรงพยาบาล 4.4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ มีการสะท้อนปัญหาของการบริการจุดนี้ได้แก่ - เรื่องระยะเวลาการรอคอย - ความแออัดของผู้ป่วยที่รอรับบริการ	1) ฝึกอบรมแนวปฏิบัติการซักประวัติผู้ป่วยและการบันทึกข้อมูล และจัดทำคู่มือการซักประวัติบนโต๊ะพยาบาลจุดซักประวัติ 2) จัดทำแนวปฏิบัติให้เป็นลายลักษณ์อักษรและถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกันเรื่องซักประวัติผู้ป่วยและช่วยเหลือเบื้องต้นโดยกำหนดทั้งนี้ต้องไม่ให้เกิดกิจกรรมที่มีความซ้ำซ้อน 3) ยกเลิกการจดบันทึกลงในแแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย (OPD card) โดยให้พยาบาลผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยลงในระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลแทน 4) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการโดยที่พยาบาลสามารถสั่งเจาะตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ตามรายการตรวจที่แพทย์ได้ระบุไว้ในใบนัดก่อนเข้าพบแพทย์ตามแนวทางที่กำหนดไว้	**4. จุดซักประวัติและช่วยเหลือเบื้องต้น** 4.1) ยกเลิกการจดบันทึกลงในแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย (OPD card) โดยให้พยาบาลผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยลงในระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลแทนแพทย์สามารถดูประวัติผู้ป่วยในระบบได้เลย 4.2) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการโดยที่พยาบาลสามารถสั่งเจาะตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ตามรายการตรวจที่แพทย์ได้ระบุไว้ในใบนัดก่อนเข้าพบแพทย์ตามแนวทางที่กำหนดไว้ 4.3) จัดสถานที่ให้เพียงพอกับปริมาณผู้รับบริการให้ชัดเจนและควรมีการจัดโซนสำหรับผู้รับบริการโดยเรียงลำดับการให้บริการผู้รับบริการดังนี้ 1. ผู้ป่วยหนัก 2. ผู้ป่วยสูงอายุ 3. ผู้ป่วยนัด 4. ผู้ป่วยทั่วไป 4.4) ฝึกอบรมแนวปฏิบัติการซักประวัติผู้ป่วยและการบันทึกข้อมูล และจัดทำคู่มือการซักประวัติบนโต๊ะพยาบาลจุดซักประวัติ

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
4. จุดซักประวัติและช่วยเหลือเบื้องต้น(ต่อ)		**4. จุดซักประวัติและช่วยเหลือเบื้องต้น(ต่อ)**
	5) จัดสถานที่ให้เพียงพอกับปริมาณผู้รับบริการให้ชัดเจนและควรมีการจัดโซนสำหรับผู้รับบริการโดยเรียงลำดับการให้บริการผู้รับบริการดังนี้ 1. ผู้ป่วยหนัก 2. ผู้ป่วยสูงอายุ 3. ผู้ป่วยนัด 4. ผู้ป่วยทั่วไป 6) กำหนดแนวทางให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ เอาใจใส่ ให้บริการดุจญาติมิตร	
5. รับการตรวจจากแพทย์ก่อนตรวจเลือด 5.1) บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์ ในช่วงเวลาทำการจะมีแพทย์ปฏิบัติงาน 3 คน ทำให้การตรวจผู้ป่วยมีความล่าช้าเนื่องจากแพทย์ 1 คน ต้องประจำแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน(ER) และดูแลตึกผู้ป่วยใน (IPD) จึงมีแพทย์ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอก(OPD) 2 คน และทำให้เกิดระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน และมีความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ	1) ผู้วิจัยเห็นและผู้ร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าขั้นตอนการบริการเป็นขั้นตอนนี้ มีความซ้ำซ้อนและเป็นปัญหาที่ทำให้ขั้นตอนการบริการมีระยะเวลารอคอยที่นานจึงมีมติให้ตัดขั้นตอนการบริการดังกล่าวออก เพื่อกระชับขั้นตอนในการรับบริการให้สั้นลง	**<u>ยกเลิกขั้นตอนการให้บริการนี้</u>** **<u>เพื่อลดระยะเวลารอคอย</u>**

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
6. หน่วยบริการตรวจเลือด และสิ่งส่งตรวจต่างๆ		**5. หน่วยบริการตรวจเลือด และสิ่งส่งตรวจต่างๆ**
6.1) ไม่มีขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ทำให้เกิดความสับสนของผู้ป่วย เกิดความแออัดของผู้ป่วยบริเวรหน้าห้องปฏิบัติการ ไม่ได้มีการกำหนดเวลารอคอยในการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ หรือไม่มีป้ายแสดงการประกันเวลาตรวจที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในขั้นตอนการให้บริการของผู้ป่วยที่รอรับบริการ 6.2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการงานผู้ป่วยนอกต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ มีการสะท้อนปัญหาของการบริการจุดนี้ได้แก่ - เรื่องระยะเวลาการรอคอย - ความแออัดของผู้ป่วยที่รอรับบริการ	1) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการบริการในขั้นตอนต่างๆ ชี้แจงการกำหนดเวลารอคอยในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการและระยะเวลาการรอคอยผลทางห้องปฏิบัติการให้ชัดเจน 3) ปรับกระบวนการให้บริการเพื่อให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับบริการงานผู้ป่วยนอกมากกว่าตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 ดังนี้ - ชี้แจงระยะเวลารอคอยในรายการตรวจที่เจาะเลือดให้ผู้ป่วยทราบ - จัดทำระบบคิวให้ชัดเจน และเพิ่มจุดเจาะเลือดจาก 1 จุดเป็น 2 จุด ในช่วงเวลา 8.30 – 10.30 น. ซึ่งเป็นช่วงที่หน่วยให้บริการเจาะเลือดมีผู้ป่วยรอเจาะเลือดจำนวนมาก	5.1) จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการและระยะเวลาการรอคอยผลทางห้องปฏิบัติการให้ชัดเจน 5.2) ชี้แจงระยะเวลารอคอยในรายการตรวจที่เจาะเลือด ให้ผู้ป่วยทราบ 5.3) จัดทำระบบคิวให้ชัดเจน และเพิ่มจุดเจาะเลือดจาก 1 จุดเป็น 2 จุด ในช่วงเวลา 8.30 – 10.30 น. ซึ่งเป็นช่วงที่หน่วยให้บริการเจาะเลือดมีผู้ป่วยรอเจาะเลือดจำนวนมาก

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

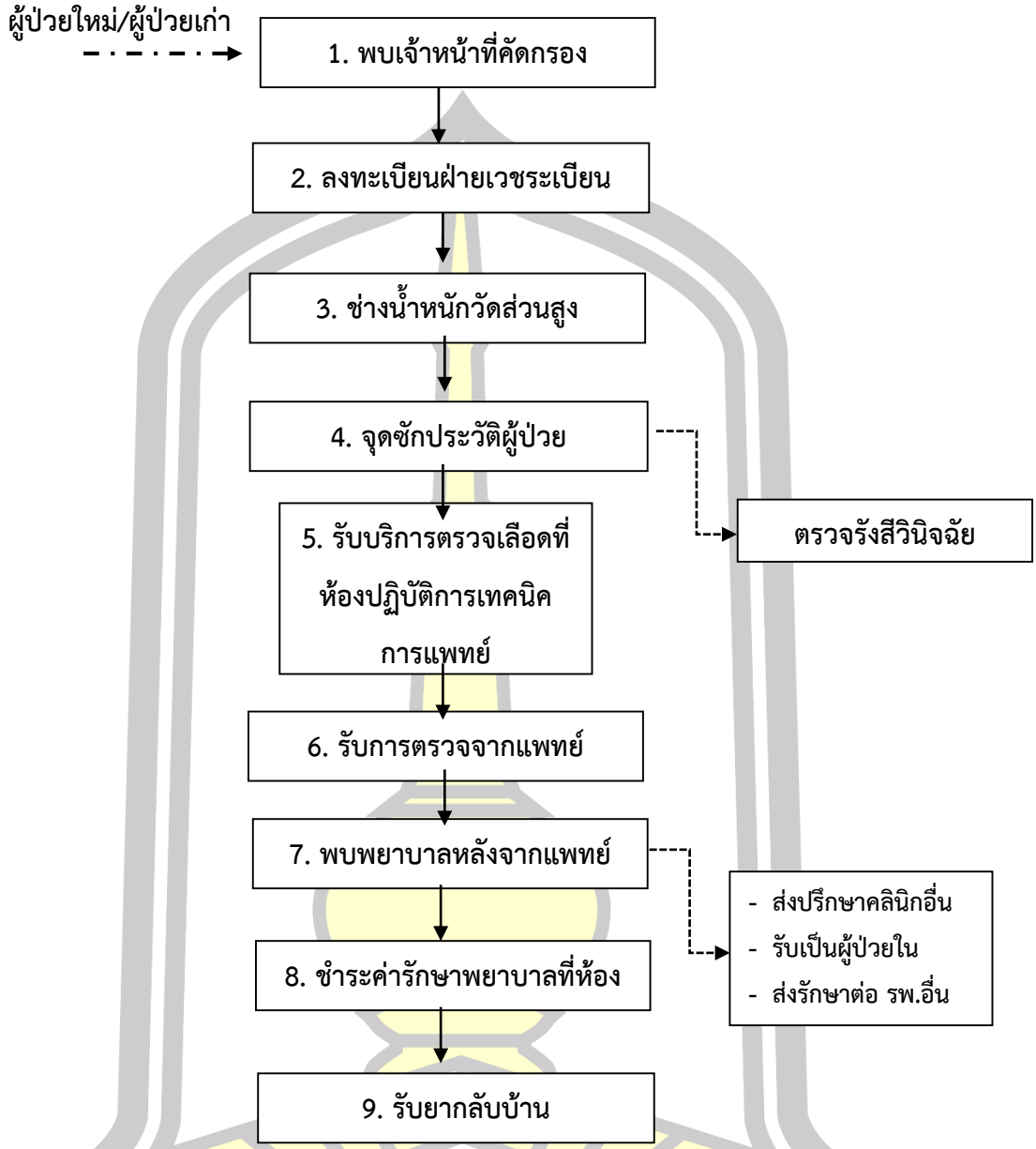
ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
7.จุดพบพยาบาลหลังตรวจเลือด 7.1) พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ต้องจดบันทึกผลการตรวจต่างๆ ข้อมูลต่างผลการตรวจที่มีความผิดปกติ ลงในแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย (OPD card) แพทย์ผู้ทำการตรวจอ่านลายมือลำบาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการตรวจผู้ป่วยหลังได้รับผลการตรวจวิเคราะห์จาห้องปฏิบัติการ	2) เนื่องจากห้องปฏิบัติการมีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเชื่อมต่อไปกับระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลอยู่แล้ว เพื่อลดระยะเวลารอคอยจึงได้ออกความเห็นร่วมกันในการยกเลิกขั้นตอนนี้ และแพทย์ผู้ตรวจจะเปิดดูผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในระบบ HosXp เองเพื่อเป็นการรับษาความลับของผู้รับบริการอีกชั้นหนึ่ง	**<u>ยกเลิกขั้นตอนการให้บริการนี้เพื่อลดระยะเวลารอคอย</u>**
8. รับการตรวจจากแพทย์หลังตรวจเลือด 8.1) บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์ ในช่วงเวลาทำการจะมีแพทย์ปฏิบัติงาน 3 คน ทำให้การตรวจผู้ป่วยมีความล่าช้าเนื่องจากแพทย์ 1 คน ต้องประจำแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน (ER) และดูแลตึกผู้ป่วยใน (IPD) จึงมีแพทย์ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอก(OPD) 2 คน และทำให้เกิดระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน 8.1) แพทย์ขาดความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคในพื้นที่หรือโรคที่ต้องทำการตรวจวินิจฉัยสนับสนุนเพิ่มเติมอีกหลายอย่าง อาจส่งผลให้เกิดความล้าช้าในการวินิจฉัย	1) ขอความร่วมมือแพทย์ผู้ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอกโดยกำหนดเวลาแพทย์ออกตรวจผู้ป่วยนอกเริ่มตั้งแต่เวลา 09.00 น. 2) กำหนดแนวทางปฏิบัติ การให้คำแนะนำ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย และแนะนำทางเลือกในการรักษาในโรคที่มีความซับซ้อนในขั้นตอนของการรักษาที่มีความจำเป็นต้องทำการวินิจฉัยสนับสนุนเพิ่มเติมอีกหลายอย่างหรือเกินขีดความสามารถของการให้บริการผู้ป่วยในฐานะโรงพยาบาลชุมชน ให้ชัดเจนตั้งแต่แรกรับ	**6. รับการตรวจจากแพทย์หลังตรวจเลือด** 6.2) ขอความร่วมมือแพทย์ผู้ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอกโดยกำหนดเวลาแพทย์ออกตรวจผู้ป่วยนอกเริ่มตั้งแต่เวลา 09.00 น. 6.1) กำหนดแนวทางปฏิบัติ การให้คำแนะนำ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย และแนะนำทางเลือกในการรักษาในโรคที่มีความซับซ้อนในขั้นตอนของการรักษาที่มีความจำเป็นต้องทำการวินิจฉัยสนับสนุนเพิ่มเติมอีกหลายอย่างหรือเกินขีดความสามารถของการให้บริการผู้ป่วยในฐานะโรงพยาบาลชุมชน ให้ชัดเจนตั้งแต่แรกรับ

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
9. พบพยาบาลหลังจากแพทย์ตรวจ 9.1) ไม่มีแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยนอกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันให้ผู้ปฏิบัติ งานถือปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน 9.2) ไม่มีแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยนอกที่เป็นมาตรฐานเดียวกันให้ผู้ปฏิบัติงานได้ถือปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ	1) มีป้ายแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน หรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการบริการในขั้นตอนต่างๆ ในการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออกไปเช่น จัดให้มีแผ่นความรู้ในการดูแลสุขภาพแยกตามโรคที่พบบ่อย จัดทำป้ายแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจนหรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนบริการต่างๆ 3) ให้บริการด้วยการยิ้มแย้ม พูดจาสุภาพ เอาใจใส่ 4) พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการพร้อมให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย 5) จัดทำแนวปฏิบัติให้คำปรึกษาหลังการตรวจโรคและถือปฏิบัติในทิศเดียวกัน	**7. พบพยาบาลหลังจากแพทย์ตรวจ** 7.1) มีป้ายแสดงขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน หรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการบริการในขั้นตอนต่างๆ ในการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก 7.2) จัดทำแนวปฏิบัติให้คำปรึกษาหลังการตรวจโรคและถือปฏิบัติในทิศเดียวกัน

ตารางที่ 10 แสดงแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบใหม่ (ต่อ)

ปัญหาก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ	แนวทางการแก้ไขปัญหา	รูปแบบการจัดบริการแบบใหม่
10. ชำระค่ารักษาพยาบาลที่การเงิน		**8. ชำระค่ารักษาพยาบาลที่การเงิน**
10.1) สิทธิ์การรักษาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกไม่ตรงกับข้อมูลจริง	1) ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออกไปโดยการมีจุดตรวจสอบสิทธิด้วยตนเองก่อนการคัดกรอง 2) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลเรื่องสิทธิผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีความทันสมัย 3) ประสานงานห้องเวชระเบียนเรื่องการตรวจสอบสิทธิบัตรให้ถูกต้อง ตั้งแต่ต้นทาง	8.2) ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลเรื่องสิทธิผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีความทันสมัย 8.3) ประสานงานห้องเวชระเบียนเรื่องการตรวจสอบสิทธิบัตรให้ถูกต้อง ตั้งแต่ต้นทาง
11.รับยากลับบ้านงานเภสัชกรรม		**9.รับยากลับบ้านงานเภสัชกรรม**
11.1) ระยะเวลารอคอยที่นาน เกิดความแออัดในจุดบริการ ผู้มารับบริการเกิดความไม่พึงพอใจ	2) จัดทำช่องทางด่วนบริการสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และพระภิกษุสงฆ์ กรณีช่วงเวลาเร่งด่วน คือ 8.30น.-10.30 น. 2) เพิ่มการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองและมีการเพิ่มสาระเกี่ยวกับสุขภาพแบบเป็นกันเอง และจัดให้มีแผ่นพับสุขภาพแก่ผู้รับบริการ 2) นำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาประยุกต์ใช้ในการเรียกคิวเพื่อให้การมองเห็นลำดับคิวก่อนหลัง และจำนวนคิวรอตรวจเท่าไหร่	9.1) จัดทำช่องทางด่วนบริการสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และพระภิกษุสงฆ์ กรณีช่วงเวลาเร่งด่วน คือ 8.30น.-10.30 น. 9.2) เพิ่มการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองและมีการเพิ่มสาระเกี่ยวกับสุขภาพแบบเป็นกันเอง และจัดให้มีแผ่นพับสุขภาพแก่ผู้รับบริการ 9.3) นำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาประยุกต์ใช้ในการเรียกคิว เพื่อให้การมองเห็นลำดับคิวก่อนหลัง และจำนวนคิวรอตรวจเท่าไหร่



รูปที่ 17 แสดงขั้นตอนการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ภายหลังการดำเนินการจะเห็นว่างานบริการผู้ป่วยนอกรูปแบบการให้บริการเดิมที่มีขั้นตอนของการบริการจำนวน 11 จุดบริการ ซึ่งจะมีบางขั้นที่มีความซ้ำซ้อนอยู่จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากการทบทวนและศึกษาปัญหาที่เกิด จึงเห็นควรให้มีการลดจำนวนขั้นตอนลง และควบรวมขั้นตอนการให้บริการเพื่อเป็นการลดระยะเวลา และเป็นการตัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกเพื่อทำให้ขั้นตอนระยะเวลาในการให้บริการลดลง ซึ่งจะได้บริการผู้ป่วยนอกรูปแบบการให้บริการใหม่ที่มีขั้นตอนของการบริการจำนวน 9 จุดบริการ ดังข้อมูลที่แสดงในตาราวที่ 11 ดังนี้

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอกแบบเดิมและแบบใหม่

รายการ	รูปแบบการให้บริการเดิม	รูปแบบการให้บริการใหม่
1.ขั้นตอนการให้บริการ	1.1 ขั้นตอนการให้บริการก่อนการพัฒนามีทั้งหมด 11 จุดบริการ 32 ขั้นตอน ดังนี้ 1. พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง 2. ลงทะเบียน 3. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 4. ซักประวัติ 5. บันทึกข้อมูล 6. พบแพทย์ 7. เจาะเลือด 8. พบพยาบาลหลังเจาะเลือด 9. พบแพทย์หลังเจาะเลือด 10. ชำระเงิน 11. รับยา	1.2 ขั้นตอนการให้บริการหลังการพัฒนามีทั้งหมด 9 จุดบริการ 24 ขั้นตอน ดังนี้ 1. พบเจ้าหน้าที่จุดคัดกรองตรวจสอบสิทธิ์รับบัตรคิว 2. ลงทะเบียนส่งข้อมูลคนไข้ไปจุดบริการต่างๆ 3. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 4. ซักประวัติ 5. เจาะเลือดก่อนพบแพทย์ 6. พบแพทย์ 7. พบพยาบาลหลังตรวจ 8. ชำระเงิน 9. รับยา

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

O5 : ดำเนินการติดตามและประเมินผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

การติดตามผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ผลของการใช้รูปแบบการบริการแผนกผู้ป่วยนอกในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการระยะเวลาการให้บริการ และคุณภาพการบริการที่มีการลดความระยะเวลารอคอยจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาจากข้อมูลที่แสดงใน ตารางที่ 12 โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1)แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2)แบบบันทึกเวลาการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยโดยจะเก็บข้อมูล 2 ระยะ คือ 1)ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 เวลา 8.30 น. – 12.00 น. ในช่วงวันทำการยกเว้นวันหยุดราชการ และ2)

หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 – 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 8.30 น. – 12.00 น. ในช่วงวันทำการยกเว้นวันหยุดราชการ ดังข้อมูลที่แสดงใน ตารางที่ 12

O6 : ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะรอคอยเวลาเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

ภายหลังจากประชุมเรื่อง การกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกจากการทบทวนและศึกษาปัญหาที่พบ จึงเห็นควรให้มีการลดจำนวนขั้นตอนลง ควบรวมขั้นตอนการให้บริการและเป็นการตัดกิจกรรมที่สูญเปล่าออกเพื่อทำให้ขั้นตอนระยะเวลาในการให้บริการลดลง ซึ่งจะได้บริการผู้ป่วยนอกรูปแบบการให้บริการใหม่ที่มีขั้นตอนของการบริการลดลงจากเดิมมี 11จุดให้บริการ 32 ขั้นตอนการให้บริการ ลดลงเหลือจำนวน 9 จุดบริการ 24 ขั้นตอนการให้บริการดังแสดงในรูปที่ 14 หลัง จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ โดยจะแสดงผลการศึกษาที่ได้ออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

3.1 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยการใช้บริการของงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

3.2 เปรียเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกแบบภาพรวมทั้ง 5 ด้าน

3.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกของกลุ่มสหวิชาชีพ

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

3.1 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยการใช้บริการของงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 12 แสดงระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วย แบ่งตามขั้นตอนการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (n =105)

ขั้นตอนการบริการแผนกผู้ป่วยนอก	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง	2.31	0.76	3.73	0.62	16.031	<0.001
2. ลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน	5.93	1.71	2.24	0.45	61.241	<0.001
3. ช่างน้ำหนักวัดส่วนสูง	4.37	1.02	3.95	1.08	2.677	0.010
4. ซักประวัติ ประเมินอาการ	5.87	0.84	4.17	1.81	7.391	<0.001
5. รับการตรวจจากแพทย์ก่อนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	31.31	3.67	ยกเลิกขั้นตอนให้บริการนี้			
6. รับบริการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์	57.11	5.43	42.42	7.98	15.359	<0.001
7. พบพยาบาลหลังเจาะเลือก	3.31	0.47	ยกเลิกขั้นตอนให้บริการนี้			
8. รับการตรวจจากแพทย์	26.25	3.66	26.39	4.44	0.277	0.782
9. พบพยาบาลหลังจากรับการตรวจจากแพทย์	14.50	1.26	4.15	1.28	57.312	<0.001
10. ชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน	7.51	1.40	7.28	2.06	1.007	0.320
11. รับยากลับบ้าน	30.73	3.63	27.00	3.90	6.798	<0.001
ระยะเวลาเฉลี่ยรวม (นาที)	189.20	8.59	121.33	8.61	59.854	<0.001

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 12 จากการรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยแบ่งตามขั้นตอนการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ พบว่าผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ มีการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกโดยตัดขั้นตอนบริการที่ 5 และขั้นตอนการบริการที่ 7 ออก และควบรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนเข้าด้วยกันจาก 11 ขั้นตอนเหลือ 9 ขั้นตอนการให้บริการ ส่งผลให้มีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 189.20 นาทีลดลง 121.33 นาที (P-value = < 0.001) ดังข้อมูลที่แสดง

3.2 เปรียเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกจำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (ด้านที่ 1 ความพึงพอใจเป็นรูปธรรมของการบริการ)

ข้อมูลที่ได้การเก็บรวบรวมก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ โดยใช้ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก กับกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนาจำนวน 105 คน และกลุ่มตัวอย่างหลังจำนวน 105 คนได้ผลการศึกษาที่แสดงรายละเอียดในตารางที่ 14 ดังนี้

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 1. ความพึงพอใจเป็นรูปธรรมของการบริการ)

ด้านความพึงพอใจเป็นรูปธรรมของการบริการ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p -value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1. งานบริการผู้ป่วยนอกมีอาคารสถานที่สะอาด แสงสว่างเพียงพอ	3.22	0.46	ปานกลาง	4.99	0.10	มากที่สุด	39.013	<0.001
2. งานบริการผู้ป่วยนอกมีที่นั่งรอรับบริการอย่างเพียงพอ	3.22	0.46	ปานกลาง	4.85	0.53	มากที่สุด	25.508	<0.001
3. งานบริการผู้ป่วยนอกมีเครื่องหมาย ป้าย ลูกศร แนะนำจุดต่างๆ ที่เห็นชัดเจน	3.21	0.47	ปานกลาง	4.71	0.62	มากที่สุด	23.122	<0.001
4. ผู้ให้บริการให้คำแนะนำและวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างรอแพทย์ตรวจ	2.93	0.75	ปานกลาง	4.84	0.37	มากที่สุด	23.289	<0.001
5. งานบริการผู้ป่วยนอกมีอุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือต่างเตรียมไว้อย่างเพียงพอ	3.20	0.48	ปานกลาง	4.84	0.37	มากที่สุด	32.208	<0.001
6. งานบริการผู้ป่วยนอกมีป้ายชื่อแพทย์หน้าห้องตรวจรักษาโรคอย่างชัดเจน	2.93	0.73	ปานกลาง	4.46	0.86	มากที่สุด	13.449	<0.001
รวม	**2.94**	**0.73**	**ปานกลาง**	**4.74**	**0.45**	**มากที่สุด**	**22.570**	**<0.001**

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 13 จะแสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ โดยจำแนกเป็นรายข้อและรายด้านจากข้อมูลพบว่าถ้าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการก่อนได้หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.09) และระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.77) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ ข้อ 1.งานบริการผู้ป่วยนอกมีอาคาร สถานที่สะอาด แสงสว่างเพียงพอก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.35) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.99) ข้อ 2. งานบริการผู้ป่วยนอกมีที่นั่งรอรับบริการอย่างเพียงพอ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.22) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.85) ข้อ 3. งานบริการผู้ป่วยนอกมีเครื่องหมาย ป้าย ลูกศร แนะนำจุดต่างๆ ที่เห็นชัดเจน ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.21) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.71) ข้อ 4. ผู้ให้บริการให้คำแนะนำและวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างรอแพทย์ตรวจ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.93) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.84) ข้อ 5. งานบริการผู้ป่วยนอกมีอุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือต่างเตรียมไว้อย่างเพียงพอ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.20) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.84) ข้อ 6. งานบริการผู้ป่วยนอกมีป้ายชื่อแพทย์หน้าห้องตรวจรักษาโรคอย่างชัดเจนก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.93) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.46) และข้อ 7. งานบริการผู้ป่วยนอกมีเอกสารเผยแพร่หรือข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บริการก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.94) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.74)

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 2 ด้านความน่าเชื่อถือ)

ด้านความน่าเชื่อถือ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p -value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1. แพทย์มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการรักษา สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง	3.21	047	ปานกลาง	4.82	0.38	มากที่สุด	31.238	<0.001
2. แพทย์ออกตรวจตรงตามวันและเวลาที่นัดหมาย	3.23	0.44	ปานกลาง	3.90	0.30	มาก	14.737	<0.001
3. พยาบาลมีความสามารถในการให้บริการ	3.23	0.44	ปานกลาง	4.60	0.80	มากที่สุด	17.314	<0.001
4. พยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันและสอดคล้องกับแผนการรักษา	3.23	0.44	ปานกลาง	4.21	0.74	มาก	18.086	<0.001
5. เจ้าหน้าที่อื่นๆ มีความความสามารถในการให้บริการท่าน	3.24	0.43	ปานกลาง	4.15	0.35	มาก	32.705	<0.001
รวม	**3.23**	**0.44**	**ปานกลาง**	**4.33**	**0.51**	**มากที่สุด**	**26.463**	**<0.001**

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 14 จะแสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านความน่าเชื่อถือ โดยจำแนกเป็นรายข้อและรายด้านจากข้อมูลพบว่า ถ้าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านความน่าเชื่อถือของการบริการก่อนได้หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.29) และระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.57) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ ข้อ 1. แพทย์มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการรักษา สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.21) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.82) ข้อ 3. พยาบาลมีความสามารถในการให้บริการสามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.23) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.46)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 3.ตอบสนองความต้องการผู้ป่วย)

ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p - value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1. แพทย์มีความเต็มใจในการตรวจโรค	3.23	0.48	ปานกลาง	4.89	0.47	มากที่สุด	25.628	<0.001
2. แพทย์ยินดีตอบคำถามเมื่อท่านมีข้อสงสัย	3.23	0.48	ปานกลาง	4.90	0.40	มากที่สุด	28.800	<0.001
3. แพทย์ตอบข้อซักถามได้ชัดเจนตามที่ท่านมีข้อสงสัย	3.23	0.48	ปานกลาง	4.61	0.79	มากที่สุด	16.260	<0.001
4. แพทย์สามารถให้การตรวจรักษาท่านได้อย่างทันท่วงที	3.23	0.48	ปานกลาง	4.62	0.78	มากที่สุด	16.349	<0.001
5. พยาบาลมีความเต็มใจในการให้บริการท่าน	3.23	0.50	ปานกลาง	4.62	0.78	มากที่สุด	16.146	<0.001
6. พยาบาลมีความยืนดีตอบข้อซักถามท่านเมื่อมีข้อสงสัย	3.25	0.45	ปานกลาง	4.62	0.78	มากที่สุด	16.602	<0.001
7. พยาบาลให้บริการท่านอย่างทันท่วงทีไม่รอคอยนาน	3.26	0.46	ปานกลาง	4.96	0.39	มากที่สุด	16.089	<0.001
8.เจ้าหน้าที่อื่นๆ มีความเต็มใจให้บริการท่าน	3.26	0.46	ปานกลาง	4.64	0.74	มากที่สุด	13.050	<0.001
9. เจ้าหน้าที่ยินดีตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีข้อสงสัย	3.27	0.46	ปานกลาง	3.96	0.39	มาก	15.777	<0.001
10. เจ้าหน้าที่อื่นๆให้บริการท่านอย่างทันท่วงที ไม่รอคอยนาน	3.26	0.48	ปานกลาง	4.73	0.68	มากที่สุด	17.445	<0.001
รวม	**3.25**	**0.48**	**ปานกลาง**	**4.51**	**0.62**	**มากที่สุด**	**21.946**	**<0.001**

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 15 จะแสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยจำแนกเป็นรายข้อและรายด้านจากข้อมูลพบว่าถ้าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.25) และระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.51) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ ข้อ 1. แพทย์มีความเต็มใจในการตรวจโรคก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.23) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.89) ข้อ 2. แพทย์ยินดีตอบคำถามเมื่อท่านมีข้อสงสัย ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.23) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.90) ข้อ 3. แพทย์ตอบข้อซักถามได้ชัดเจนตามที่ท่านมีข้อสงสัยก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.23) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.61) ข้อ 4. แพทย์สามารถให้การตรวจรักษาท่านได้อย่างทันท่วงทีก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.23) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.62) ข้อ 5. พยาบาลมีความเต็มใจในการให้บริการท่านก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.23) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.62) ข้อ 6. พยาบาลมีความยืนดีตอบข้อซักถามท่านเมื่อมีข้อสงสัยก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.25) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.62) ข้อ 7. พยาบาลให้บริการท่านอย่างทันท่วงทีไม่รอคอยนานก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.26) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.64) ข้อ 8. เจ้าหน้าที่อื่นๆมีความเต็มใจให้บริการท่านก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.26) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.64) และข้อ 10. เจ้าหน้าที่อื่นๆให้บริการท่านอย่างทันท่วงที ไม่รอคอยนานก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.26) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.73)

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 4. การสร้างความมั่นใจ)

ด้านการสร้างความมั่นใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p - value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1. แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี	3.27	0.46	ปานกลาง	4.73	0.68	มากที่สุด	17.565	<0.001
2. แพทย์ให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพและท่าทีน่านับถือ	3.51	0.52	มาก	4.57	0.72	มากที่สุด	13.633	<0.001
3. พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี	3.51	0.52	มาก	4.73	0.68	มากที่สุด	15.017	<0.001
4. พยาบาลให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพและท่าทีน่านับถือ	3.51	0.52	มาก	4.59	0.71	มากที่สุด	13.907	<0.001
5. เจ้าหน้าที่อื่นๆ มีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี	3.51	0.52	มาก	4.62	0.76	มากที่สุด	12.608	<0.001
6. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพและท่าทีน่านับถือ	3.51	0.52	มาก	4.39	0.77	มาก	10.837	<0.001
รวม	**3.47**	**0.51**	**มาก**	**4.60**	**0.72**	**มากที่สุด**	**14.879**	<0.001

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 16 จะแสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านการสร้างความมั่นใจโดยจำแนกเป็นรายข้อและรายด้านจากข้อมูลพบว่าถ้าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านการสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.47) และระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.60) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ ข้อ 1. แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่าง

ดี ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.27) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.73) ข้อ 2. แพทย์ให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพและท่าทีน่านับถือ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.51) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.57) ข้อ 3. พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.51) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.73)ข้อ 4. พยาบาลให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพและท่าทีน่านับถือ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.51) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.59) และข้อ 5. เจ้าหน้าที่อื่นๆ มีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.51) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.62)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 5. การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย)

ด้านการเข้าใจความรู้สึก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p -value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1.แพทย์ตรวจรักษาท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่	3.28	0.44	ปานกลาง	4.62	0.79	มากที่สุด	14.657	<0.001
2. แพทย์สอบถามและสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ	3.28	0.44	ปานกลาง	4.60	0.78	มากที่สุด	14.664	<0.001
3. แพทย์ให้การดูแลตรงตามความต้องการและปัญหาของท่าน	3.28	0.44	ปานกลาง	4.58	0.78	มากที่สุด	14.196	<0.001
4. พยาบาลให้บริการท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่	3.28	0.44	ปานกลาง	4.64	0.77	มากที่สุด	14.981	<0.001
5. พยาบาลสอบถามและสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ	3.28	0.44	ปานกลาง	4.39	0.87	มาก	11.608	<0.001
6. พยาบาลมีความเข้าใจในความต้องการของท่าน	3.52	0.50	มาก	4.50	0.79	มากที่สุด	11.464	<0.001
7. เจ้าหน้าที่อื่นๆให้บริการท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่	3.52	0.50	มาก	4.61	0.75	มากที่สุด	14.157	<0.001

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ด้านที่ 5. การเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย) (ต่อ)

ด้านการเข้าใจความรู้สึก	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p -value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
8. เจ้าหน้าที่อื่นๆสอบถามและสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ	3.52	0.50	มาก	4.66	0.65	มากที่สุด	17.070	<0.001
9. เจ้าหน้าที่อื่นๆมีความเข้าใจในความต้องการของท่าน	3.52	0.50	มาก	4.62	0.75	มากที่สุด	15.153	<0.001
รวม	**3.39**	**0.47**	**ปานกลาง**	**4.58**	**0.77**	**มากที่สุด**	**16.340**	**<0.001**

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 17 จะแสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านความเข้าใจความรู้สึกโดยจำแนกเป็นรายข้อและรายด้านจากข้อมูลพบว่าถ้าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.47) และระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.60) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุด คือ ข้อ 1.แพทย์ตรวจรักษาท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.28) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.62) ข้อ 2. แพทย์สอบถามและสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.28) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.60) ข้อ 3. แพทย์ให้การดูแลตรงตามความต้องการและปัญหาของท่าน ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.28) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.58) ข้อ 4. พยาบาลให้บริการท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.28) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.64) ข้อ 6. พยาบาลมีความเข้าใจในความต้องการของท่าน ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.52) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.50) ข้อ 7. เจ้าหน้าที่อื่นๆให้บริการท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.52) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.61) ข้อ 8. เจ้าหน้าที่อื่นๆ สอบถามและสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.52) และหลังการพัฒนาอยู่

ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.66) และ ข้อ 9. เจ้าหน้าที่อื่นๆมีความเข้าใจในความต้องการของท่าน ก่อนการพัฒนาอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.52) และหลังการพัฒนาอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.62)

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกแบบภาพรวมทั้ง 5 ด้าน

จากข้อมูลในตารางที่ 13, 14, 15, 16 และ 17 พบว่าระดับความพึงพอใจต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีการจำแนกรายข้อทั้งหมด 37 ข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมาก ทั้งหมด 6 ข้อคิดเป็นร้อยละ 16.22 และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งหมด 31 ข้อคิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 83.78 ดังแสดงในให้เห็นถึงภาพรวมทั้งหมดใน ตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ (ภาพรวมทั้งหมด 5 ด้วย)

ความพึงพอใจโดยรวม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			t	p - value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ	3.09	0.58	ปานกลาง	4.77	0.47	มากที่สุด	28.140	<0.001
2. ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ	3.23	0.44	ปานกลาง	4.57	0.51	มากที่สุด	26.463	<0.001
3. ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	3.25	0.48	ปานกลาง	4.51	0.68	มากที่สุด	21.946	<0.001
4. ด้านการสร้างความมั่นใจ	3.47	0.51	มาก	4.60	0.72	มากที่สุด	14.897	<0.001
5. ด้านการเข้าใจความรู้สึก	3.39	0.47	ปานกลาง	4.58	0.77	มากที่สุด	16.340	<0.001
รวม	**3.29**	**0.50**	**ปานกลาง**	**4.61**	**0.63**	**มากที่สุด**	**21.550**	**<0.001**

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับปานกลาง โดยมี 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริกา 2)ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ 3)ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 5)ด้านการเข้าใจความรู้สึก

($\bar{x}$ = 3.09, 3.23, 3.25 และ 3.39 ตามลำดับ) และคะแนนคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับมาก คือ 4. ด้านการสร้างความมั่นใจ($\bar{x}$ = 3.47) แต่ภายหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบริการทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.77,4.57, 4.51, 4.60, 4.58 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนาจะเห็นว่า หลังการพัฒนามีผลคะแนนความพึงพอใจในการบริการที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

3.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก (กลุ่มสหวิชาชีพ)

ภายหลังการดำเนินโครการเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของกลุ่มสหวิชาชีพที่ร่วมโครงการ โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจการมีส วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาจำนวน 32 คน ได้ผลการศึกษาที่แสดงรายละเอียดในตารางที่ 19 ดังนี้

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจการมีส วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ)

ความพึงพอใจ	หลังการพัฒนา		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การเข้าร่วมประชุม เรื่อง การลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	4.89	0.47	มากที่สุด
2. การเขาร่วมคนหาปญหา วิเคราะห์สาเหตุปญหา เรื่อง การลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	4.90	0.40	มากที่สุด
3. การเข้าร่วมวางแผนแก้ไข ลดระยะ เวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	4.61	0.79	มากที่สุด
4. ท่านได้เขาร่วมการวิเคราะห์ปญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรม	4.62	0.78	มากที่สุด
5. ท่านได้แสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินโครงการ กิจกรรมการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	4.62	0.78	มากที่สุด
6. ท่านมีสวนร่วมในการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	4.62	0.78	มากที่สุด
7. ท่านได้ติดตามผลการดำเนินโครงการการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	3.96	0.39	มาก

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจการมีสวนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) (ต่อ)

ความพึงพอใจ	หลังการพัฒนา		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
8. ท่านมีสวนในการสรุปแนวทางการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	4.64	0.74	มากที่สุด
9. ท่านมีสวนร่วมในการคืนข้อมูลการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก	3.96	0.39	มาก
รวม	**4.54**	**0.61**	**มากที่สุด**

จากตารางที่ 19 จะแสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาจำนวน 32 คน จำแนกเป็นรายข้อและรายด้านจากข้อมูลพบว่าถ้าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =3.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจของการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ข้อ 1. การเข้าร่วมประชุม เรื่อง การลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก มีคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.89) ข้อ 2. การเข้าร่วมค้นหาปญหา วิเคราะห์สาเหตุปญหา เรื่อง การลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก มีคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.90) ข้อ 3. การเข้าร่วมวางแผนแก้ไขลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก มีคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.61) ข้อ 4. ท่านได้เข้าร่วมการวิเคราะห์ปญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.62) ข้อ 5. ท่านได้แสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินโครงการ กิจกรรมการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก มีคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.62) ข้อ 6. ท่านมีสวนร่วมในการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก มีคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.62) และข้อ 8. ท่านมีสวนในการสรุป

แนวทางการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก มีคะแนนความพึงพอใจความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนา หลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.64)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

ในขั้นตอนของการสะท้อนผลการดำเนินงาน ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 1 กิจกรรม คือ การประชุมถอดบทเรียนโดยมีรายละเอียดการดำเนินการกิจกรรมดังต่อไปนี้ ดังนี้

R1 : สรุปผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียนจากผลการดำเนินงาน

ผู้วิจัยได้ดำเนินจัดประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการเพื่อถอดบทเรียน ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2566 การประชุมดังกล่าวจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสรุปผลของการดำเนินงาน วิเคราะห์บทเรียนกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานให้เกิดผลสำเร็จของงานในระยะต่อไป และร่วมวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยผู้เข้าร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการเพื่อถอดบทเรียนมีจำนวน 35 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน แพทย์ พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำจุดคัดกรอง เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัช เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน เจ้าหน้าที่การเงิน นักเทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยห้องปฏิบัติการ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอก

รูปที่ 18 การประชุมสรุปผลการดำเนินโครงการเพื่อถอดบทเรียน

โดยการศึกษาในครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อ

ลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1)การวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นของขั้นตอนการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2)การทบทวนรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย 3)การติดตามสรุปปัญหาแนวทางก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย 4) กำหนดแนวทางในการการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยแบบใหม่ 5) ประเมินผลการดำเนินงาน 6)การประชุมถอดบทเรียน

จากการดำเนินการตามขั้นตอนทั้งหมดตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สามารถนำผลที่ได้ไปพัฒนาเพื่อทำให้เกิดเป็นรูปแบบการให้บริการในแผนกอื่นๆได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์บริบทการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกในปัจจุบันหรือแผนกอื่นๆที่เปิดให้บริการผู้ป่วย ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนามน ร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาและนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนการดำเนินงานป้องกัน สอดคล้อง กับขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน (Planning) ในขั้นที่ 1 คือการวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก และขั้นที่ 2 คือ การจัดทำแผนเพื่อดำเนินการในการพัฒนาระการจัดบริการและลดเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน

2. การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ ตามข้อตกลงที่ได้กำหนดร่วมกัน หรือ การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติงานที่กำหนด เพื่อการพัฒนาระการจัดบริการและลดเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนขั้นตอนของการทำงาน ให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมในขั้นตอนของการปฏิบัติในเรื่องของการสร้างความร่วมมือกับภาคเครือข่ายในการการพัฒนาระบบการจัดบริการและลดเวลารอคอย

3. การเรียนรู้ร่วมกันในการการพัฒนาระการจัดบริการและลดเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก คือเรียนรู้พฤติกรรมของเพื่อร่วมวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก และการปฏิบัติงานหลังกระบวนการการทำงานแล้วเสร็จ มีการตรวจติดตามผลดำเนินงาน พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของผู้ร่วมการพัฒนารูปแบบการบริการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาที่เกิด สอบถามและเก็บข้อมูลการดำเนินงาน และศึกษาผลของการดำเนินกิจกรรม เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

4. การสรุปผลการดำเนินงาน คือ กระบวนการสรุปผลการดำเนินงาน โดยมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากการดำเนินงาน เพื่อสรุป และหาข้อเสนอแนะในการที่จะแก้ไข

ปัญหาและพัฒนาสิ่งที่ดีให้เกิดความยั่งยืนต่อไปในภายในหน่วยงานต่างภายในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องในขั้นการสะท้อนผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกัน

จากรูปแบบการดำเนินงานที่กล่าวมาข้างต้น สามารถนำมาใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาต่อยอดการให้บริการในหน่วยงานอื่นๆ ภายในโรงพยาบาลได้ และจะเป็นการร่วมกันพัฒนาอย่างและเป็นระบบได้ในอนาคต เพื่อเป็นการพัฒนาที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้มารับบริการได้มากที่สุด

ตอนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ประเมินกิจกรรม (Observation) และการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflection) ดำเนินการพัฒนาใน 1 วงรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการแผนกผู้ป่วยนอก และนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก จึงทำให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ความสามัคคีของบุคลาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนามน คือ การส่งเสริมความสามัคคีของคนในหน่วยงาน ในการร่วมคิดร่วมทำ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะพัฒนา ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแรกที่ควรเกิดในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงในปฏิบัติต่างๆ ให้ดียิ่งขึ้น

4.2 การวางแผนที่ดี การจัดทำแผนปฏิบัติงานของโครงการล่วงหน้า มาใช้เป็นเครื่องมือในเพื่อนำมาปรับใช้ในการในการการบริหารคน เวลาเวลา ที่ส่งผลให้ให้การดำเนินโครงการดำเนินการไปได้อย่างมีคุณภาพ และทำให้โครงการเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์และกรอบเวลาที่ได้กำหนดไว้ การทำแผนงานโครงการควรจะมีการทำให้ตรงกับมาตรฐานการวางแผนที่ดีและมีคุณภาพมาตรฐานตลอดวงจรของโครงการ

4.3 การสื่อสารที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนโครงการที่ดี แต่มีการบริหารจัดการตารางแผนการสื่อสารไม่ดีหรือขาดความร่วมมือกับสมาชิกในทีม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ได้รับการตอบสนอง หรือแก้ไขปัญหาตามความต้องการตามที่สมควร จึงจำเป็นต้องมีทักษะด้านการสื่อสารที่ดีเยี่ยม และรูปแบบที่สื่อสารที่ครบวงจรที่สนับสนุนการสนทนาแบบที่เป็นทางการและเป็นความคาดหวังในเรื่องนวัตกรรมความคืบหน้าและผลสำเร็จของโครงการ

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการทั้งหมด 4 กระบวนการ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อนำไปปฏิบัติในกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเป็น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม การบันทึกการประชุม และการถอดบทเรียนโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัยทำการศึกษาในระหว่างเดือน 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคมพ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอนการนำเสนอ ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.1.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และบริบทที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

5.1.2 เพื่อพัฒนาขั้นตอน และปรับปรุงกระบวนการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

5.1.3 เพื่อประเมินผลของการดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการ เพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

5.1.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

5.2 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยสามารถสรุปผลได้ได้ตามข้อมูลที่ศึกษาวิจัยได้ทั้งหมด ดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จัดเป็นสถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 37 เตียง โดยมีเป้าหมายของการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานมีความปลอดภัยและให้ควบคู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 พบวาข้อมูล มีผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 84 คน, 89 คน และ 110 คนต่อวันตามลำดับ จะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แผนกผู้ป่วยนอกมีความแออัดของผู้รอรับบริการ และมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยตั้งแต่เข้ารับบิการจนได้รับยากลับบ้านนานถึง 169 นาที จากสถานการณ์ใช้เวลาในการรอคอยตั้งแต่เข้ามารับบริการจนสิ้นสุดที่รับยาซึ่งมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่นานกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน ในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) ที่ได้เสนอแนะไม่ควรเกิน 120 นาที และ ยังพบว่ามีคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจที่ลดลงจากข้อมูลระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ปี พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 พบว่าผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ร้อยละ 89.60, ร้อยละ 82.00 และร้อยละ 80.00 ซึ่งมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำกว่าสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลกำหนดกำหนดคือมีค่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 85.00 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2563) และนอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริการที่ล่าช้า มีขั้นตอนการบริการที่หลายขั้นตอน ทำให้เกิดความสับสนของผู้รับบริการ

จากการรวบรวมระยะเวลารอคอยก่อนการพัฒนาพบว่าเวลาน้อยที่สุด 164 นาที และมากที่สุด 215 นาที ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 198.20 นาที และยังมีบางขั้นที่มีความซ้ำซ้อนดังรูปที่ 14 แสดงขั้นตอนรายละเอียดการจัดบริการอยู่ 11 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีการระบุระยะเวลารอคอยเพื่อแสดงให้เห็นว่าจุดบริการย่อยจุดใดที่มีระยะเวลารอคอยยาวนาน หรือเป็นจุดบริการที่สามารถควบรวมกันได้เพื่อลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น โดยอาศัยหลักการของลีน (Lean) คือ การลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นมาปะยุกต์ใช้ในกระบวนการของการดำเนินงานวิจัยนี้ด้วย จึงได้ดำเนินการลดขั้นตอนการบริการลดจาก 11 ขั้นตอนเป็นลดเหลือ 9 ขั้นตอนดังแสดงในรูปที่ 16

ภายหลังตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออก และควบรวมขั้นตอนที่ให้บริการเข้าด้วยกันจะได้รูปแบบการให้บริการงานผู้ป่วยนอกหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกดังแสดง

ในรูปที่ 17 ภายหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบของการบริการคือการลดขั้นตอนการให้บริการที่ไม่จำเป็นออก และควบรวบขั้นตอนที่มีความซ้ำซ้อนเข้าด้วยกัน ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบข้อมูลอีกครั้งเพื่อเป็นข้อมูลที่ได้หลังการพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อนำผลไปเปรียบเทียบกับรูปแบบการให้บริการก่อนการพัฒนาโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล 2 ชุด ได้แก่ 1)แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และ 2)แบบบันทึกเวลาการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

ข้อมูลที่ได้การเก็บรวบรวมก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ โดยใช้ แบบบันทึกเวลาการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก กับกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนาระบบการบริการจำนวน 105 คน และกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาระบบการบริการจำนวน 105 คน

จากตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดในตารางเป็นข้อมูลหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ พบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ พบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 189 นาที ลดลง 121.33 นาที (p-value = < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการยังพบว่าระดับความพึงพอใจต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก มีระดับความพึงพอใจที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับปานกลาง โดยมี 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ 2)ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ 3)ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และ 5)ด้านการเข้าใจความรู้สึก ($\bar{x}$ = 3.09, 3.23, 3.25 และ 3.39 ตามลำดับ) และคะแนนคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านก่อนการพัฒนาอยู่ที่ระดับมาก คือ 4. ด้านการสร้างความมั่นใจ ($\bar{x}$ = 3.47) แต่ภายหลังการพัฒนาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการบริการทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.77,4.57, 4.51, 4.60 และ 4.58 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการพัฒนาจะเห็นว่า หลังการพัฒนามีผลคะแนนความพึงพอใจในการบริการที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพบว่ามีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยรวมทุกด้านเพิ่มมากขึ้น เดิมอยู่ระดับปานกลาง 3.29 เพิ่มเป็นระดับมากที่สุด 4.61 (p-value =< 0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 18

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

5.3 อภิปลายผล

จากการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถอภิปลายผลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ทั้งหมด ดังต่อไปนี้

5.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จัดเป็นสถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 37 เตียง โดยมีเป้าหมายของการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และให้ควบคู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 พบวาข้อมูล มีผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 84 คน, 89 คน และ 110 คนต่อวันตามลำดับ จะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แผนกผู้ป่วยนอกมีความแออัดของผู้รอรับบริการ และมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยตั้งแต่เข้ารับบิการจนได้รับยากลับบ้านนานถึง 169 นาที จากสถานการณ์ใช้เวลาในการรอคอยตั้งแต่เข้ามารับบริการจนสิ้นสุดที่รับยาซึ่งมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่นานกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน ในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) ที่ได้เสนอแนะไม่ควรเกิน 120 นาที และ ยังพบว่ามีคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจที่ลดลงจากข้อมูลระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ปี พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 พบว่าผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ย ร้อยละ 89.60, ร้อยละ 82.00 และร้อยละ 80.00 ซึ่งมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยต่ำกว่าสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลกำหนดกำหนดคือมีค่าไม่น้อยกว่าร้อยละ 85.00 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2563) และนอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการบริการที่ล่าช้า มีขั้นตอนการบริการที่หลายขั้นตอน ทำให้เกิดความสับสนของผู้รับบริการ

จากการวิเคราะห์ความสำคัญและที่มาของปัญหาผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการรูปแบบการบริการ และพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีคุณภาพของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอันจะนำไปสู่การปรับปรุงระบบบริหารจัดการอย่างมีคุณภาพให้กับโรงพยาบาลนามน

5.2.2 เพื่อพัฒนาขั้นตอนและปรับปรุงกระบวนการจัดบริการของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการดำเนินการยังมีบางขั้นที่มีความซ้ำซ้อนในการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความเห็นให้ลดจำนวนขั้นตอนลง และควบรวมขั้นตอนการให้บริการเข้าด้วย เพื่อเป็นการลดระยะเวลา และเป็นการตัดกิจกรรมที่สูญเปล่าออกทำให้ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการลดลง เพื่อเป็นการลดระยะเวลาและเป็นการตัดกิจกรรมที่สูญเปล่าออกจากขั้นตอนการให้บริการ โดยขั้นตอนการให้บริการทั้งหมดผู้วิจัยได้จัดทำให้อยู่ในรูปแบบ (Current Value Stream Mapping) สายธารคุณค่าของการให้บริการงานผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปที่ 14 และมีขั้นตอนหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในรูปที่ 16

ภายหลังการดำเนินการจะเห็นว่างานบริการผู้ป่วยนอกรูปแบบการให้บริการเดิมที่มีขั้นตอนของการบริการจำนวน 11 ขั้นตอนการให้บริการ จากการทบทวนและศึกษาปัญหาที่เกิด จึงเห็นควรให้มีการลดจำนวนขั้นตอนลง และควบรวมขั้นตอนการให้บริการเพื่อเป็นการลดระยะเวลาและเป็นการตัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกเพื่อทำให้ขั้นตอน ระยะเวลาในการให้บริการลดลงโดยอาศัยหลักการของลีน (Lean) คือ การลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นมาปะยุกต์ใช้ในกระบวนการของการดำเนินงานวิจัยนี้ด้วย ซึ่งจะได้บริการผู้ป่วยนอกรูปแบบการให้บริการใหม่ที่มีขั้นตอนของการบริการจำนวน 9 ขั้นตอนการให้บริการ ดังแสดงในรูปที่ 17

5.2.3 เพื่อประเมินผลของการดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อลดเวลารอคอยของรูปแบบการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการดำเนินการเพื่อเป็นการติดตามการดำเนินงานในพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จะเห็นว่าผลของการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการระยะเวลาการให้บริการ และคุณภาพการบริการที่มีการลดความระยะเวลารอคอยจากการใช้บริการครั้งแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาแสดงในตารางที่ 9 ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยเฉลี่ยโดยแบ่งตามขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ โดยใช้แบบบันทึกเวลาการใช้บริการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ในวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 พบว่ามีขั้นตอนการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งมีทั้งหมด 11 จุดบริการ 32 ขั้นตอนการให้บริการดัง จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าระยะเวลารอคอยน้อยที่สุด 155 นาที มากที่สุด 278 นาที ระเวลารอคอยเฉลี่ย 189.20 นาที และยังมีบางขั้นที่มีความซ้ำซ้อนในการประชุมคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความเห็นให้ลดจำนวนขั้นตอนลง และควบรวมขั้นตอน

การให้บริการเข้าด้วย เพื่อเป็นการลดระยะเวลา และเป็นการตัดกิจกรรมที่สูญเปล่าออกทำให้ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการลดลง

ภายหลังการดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อลดเวลารอคอยของรูปแบบการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกพบว่า 1)ผลพัฒนารูปแบบการจัดบริการ มีการตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออก และควบรวมขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนเข้าด้วยกันจาก 11 ขั้นตอนเหลือ 9 ขั้นตอนการให้บริการ 2)ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยในการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเดิม 189 นาทีลดลง 121.33 นาที (p-value = < 0.001) 3)ระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพบว่ามีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น เดิมอยู่ระดับปานกลาง 3.29 เพิ่มเป็นระดับมากที่สุด 4.61 (p-value = < 0.001) ดังข้อมูลที่แสดงใน ตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ซึ่งมีความสอดล้องกับงานวิจัยของ สายชล คตวงค์ (2560) การพัฒนารปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลโนนสุวรรณ ที่ไศึกษาการลดระยะเวลารอคอย โดยพบว่าระยะเวลารอคอยหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการระยะเวลารอลดลง และงานวิจัยของ คัทลิยา วสุธาดา (2560) ที่ได้การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อระยะเวลารอคอยการรับบริการ

โดยหลังจากการดำเนินงานพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยการวัดความพึงพอใจทั้งหมด 5 ด้าน เพิ่มมากขึ้นดังแสดงในตารางที่ 18 สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชชุลดา ภาคพิเศษ และจันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์, (2560) การนำระบบลีนมาประยุกค์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง

5.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการของแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ประเมินกิจกรรม (Observation) และการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflection) ดำเนินการพัฒนาใน 1 วงรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการแผนกผู้ป่วยนอก และนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก จึงทำให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกมีรายละเอียด ดังนี้

5.2.4.1 ความสามัคคีของบุคลาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนามน คือ การส่งเสริมความสามัคคีของคนในหน่วยงาน ในการร่วมคิดร่วมทำ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะพัฒนา ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแรกที่ควรเกิดในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงในปฏิบัติต่างๆ ให้ดียิ่งขึ้น

5.2.4.2 การวางแผนที่ดี ในขั้นตอนของการดำเนินการวิจับผู้วิจัยกำหนดแผนปฏิบัติงานของโครงการล่วงหน้า เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการให้เป็นไปแผนงานที่ได้กำหนดส่งผลให้ให้การดำเนินโครงการดำเนินการไปได้อย่างมีคุณภาพ และทำให้โครงการเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์และกรอบเวลาที่ได้กำหนดไว้

5.2.4.3 การสื่อสารที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนโครงการที่ดี แต่หากการสื่อสารไม่ดีหรือขาดความร่วมมือกับสมาชิกในทีม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ได้รับการตอบสนอง หรือแก้ไขปัญหาตามความต้องการตามที่สมควร จึงจำเป็นต้องมีทักษะด้านการสื่อสารเพื่อใช้ในขั้นตอนของการปรับรูปแบบการทำงาน ชี้แจงข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงการขอความร่วมมือกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยในการปรับเปลี่ยนขั้นตอนการให้บริการต่างๆ เพื่อให้ได้ผลบรรลุตามวัตถุประสงค์

จากการศึกษาพบว่าพบว่ารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกดีกว่ารูปแบบการให้บริการเดิม และมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ โดยมีข้อมูลสนับสนุนหลังการดำเนินโครงการดังนี้

1) หลังจากการการดำเนินการจะได้รูปแบบการบริการผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีผลต่อการลดความสูญเปล่าในการใช้บริการลงได้อย่างชัดเจน โดยมี ขั้นตอนจากเดิม 11 ขั้นตอนการให้บริการ เหลือ 9 ขั้นตอนการให้บริการ ซึ่งจากการลดขั้นตอนส่งผลให้เวลาการใช้บริการลดลง ตามไปด้วยอีกทั้งยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการได้มากขึ้น

2) นำผลจากการศึกษาการปรับปรุงคุณภาพบริการ ในทุกขั้นตอนของการให้บริการผู้ป่วยและยังให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการในการบริการ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่ดีกว่ารูปแบบเดิม โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมีระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นกว่าการใช้รูปแบบบริการเดิมหลังการพัฒนา

5.4 ข้อเสนอแนะ

หลังจากการดำเนินกระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ผู้วิจัยเกิดแนวคิดในการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาในอนาคตข้างหน้าดังต่อไปนี้ ดังนี้

5.4.1 ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

1) ในการสร้างแบบสอบถามเพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นต่อการบริการ และข้อเสนอแนะของผู้ป่วยในครั้งต่อไปควรมีการพิจารณานำข้อเสนอแนะท้ายแบบสอบถาม ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก และเพื่อนำไปใช้ปรับปรุงในการสร้างแบบสอบถามให้ตรงตามความต้องการต่อไป

2) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลแบบแยกช่วงเวลา ทำให้ข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม หากมีการแยกช่วงเวลาจะทำให้เห็นภาพของความพึงพอใจด้านระยะ เวลาการรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกผู้วิจัยอาจได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุมกว่านี้กว่านี้

5.4.2 ข้อเสนอแนะและนำผลการศึกษาไปใช้

1) ในการสร้างแบบสอบถามเพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นต่อการบริการ ของผู้ป่วยในครั้งต่อไปควรมีการพิจารณานำข้อเสนอแนะท้ายแบบสอบถาม ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาถึงความคิดเห็นต่อการบริการ ของผู้ป่วยต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอกร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงในการสร้างแบบสอบถามเพื่อ ศึกษาถึงคุณภาพการบริการในความคิดเห็นต่อการบริการของผู้ป่วยนอก ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยให้ตรงตามความต้องการต่อไป

2) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนการพัฒนานี้ ควรเพิ่มตัวแทนผู้ป่วยที่มารับบริการ เพื่อสะท้อนปัญหาการบริการของโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งถัดไป

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. [ออนไลน์] ได้จาก: https://spd.moph .go.th/kpi-template-2566/.[สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566].

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกศินี ศรีคงอยู่. (2543). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี.* รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

คัทลิยา วสุธาดา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 28(1), 80-89.

คู่มือการปฏิบัติงานบริการแผนกผู้ป่วยนอก. (2563). *คู่มือการปฏิบัติงานบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน ปี 2563.* กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลนามน.

จารุพงษ์ บรรเทา และรุจินี แคลนกระโทก. (2560). *การจำลองสถานการณ์ระบบแถวคอย ณ จุดจ่ายยากรณีศึกษา โรงพยาบาลโชคชัย คณะวิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.* รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.

จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร. (2550). *การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2558). *สถิติพื้นฐาน.* พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชุติพร รัตนพันธ์ และปณิธาน พีรพัฒนา. (2558). การปรับปรุงกระบวนการให้บริการเพื่อลดการรอคอยโดยใช้แนวคิดลีน: กรณีศึกษาคลินิกทันตกรรม จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษาการจัดการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 9(1), 15-32.

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมขององค์การ.* พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ไทยพานิช.

นงพรรณ พิริยานุพงศ์. (2546). *คู่มือวิจัยและพัฒนา.* นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

นันทวัน ขำวงษ์. (2541). *การวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางพัฒนาการบริหารงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียงในเขต 1.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุรินทร์ วงศ์แก้ว, พัชยา ภัคจีรสกุล และวันนิสา ขันทิพย์. (2558). *ระยะเวลารอคอยการรับบริการการฉายรังสีในเขตบริการสุขภาพที่ 1.* รายงานการวิจัย. ลำปาง: งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สถิติทะเบียนมะเร็ง.

ปะราลี โอภาสนันท์. (2560). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 177-187.

ผันสุ ชุมวรฐายี. (2551). การศึกษาเวลามาตรฐานการทำงาน และการกำหนดอัตรากำลังในงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 23(1), 53–65.*

พันธิภา พิญญะคุณ, อารี ชีวเกษมสุข, และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารพยาบาลทหารบท*, 18(ฉบับพิเศษ), 280-290.

ไพรฑูรย์ ทิ้งแสน และอารีย์ นัยพินิจ. (2563). การกำหนดแนวทางการลดระยะเวลาการรอคอยการให้บริการตรวจโรคทั่วไปของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 10(1), 59-72.

ไพรพนา ศรีเสน. (2544). *ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทย์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม.

ไพศาล มุณีสว่าง. (2561). *รายงานโครงการพัฒนาต้นแบบของเทคโนโลยีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบทโดยผ่านเครือข่ายดิจิทัลความเร็วสูง.* [ออนไลน์] ได้จาก: http://nuradio.nu.ac.th/?p=4096. [สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2563].

วรรณี แกมเกตุ. (2555). *วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิชชุลดา ภาคพิเศษ และจันทรรัตน์ สิทธิวรนันท์. (2560). การนำระบบลีนมาประยุกค์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศนย์บริการสาธารณสข 68 สะพานสูง. *วารสารเภสัชไทย.* 11(1),18-31.

วิทยา สุหฤทดำรง, อธิศานต์ วายุภาพ และยุพา กลอนกลาง. (2551). *วัฒนธรรมแบบโตโยต้าสู่วัฒนธรรมแบบลีน (Creating a Lean Culture).* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อี.ไอ. สแควร์พับลิชชิ่ง.

วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์. (2539). *คุณภาพในงานบริการ 1 = Quality in services.* กรุงเทพฯ: ดวงกมลสมัย.

ศิรศักย เทพจิต. (2549). *การประเมินการนำ Lean Six Sigma ไปใช้งานด้วยการสร้างแบบจำลองพลวัตรของระบบ กรณีศึกษา:โรงพยาบาล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมอุตสาหการ ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ บัณฑิตวิทยาลัย สถาบัน เทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2544). *ทฤษฎีการประเมิน.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล.* พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2545). องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน. (2563). *การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA).* [ออนไลน์] ได้จาก: https://www.ha.or.th. [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566].

สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2563). *รายงานโครงการพัฒนาต้นแบบของเทคโนโลยีที่ช่วยในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบทโดยผ่านเครือข่ายดิจิทัลความเร็วสูง.* [ออนไลน์] ได้จาก: http://nuradio.nu.ac.th. [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566].

สมพร เอกรัตน์. (2537). *เวชระเบียนศาสตร์ 1.* นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม.

สายชล คตวงค์. (2560). *การพัฒนารปแบบการให้บริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลโนนสุวรรณ อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์.* รายงานการวิจัย. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลโนนสุวรรณ อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2565-2570).* [ออนไลน์] ได้จาก: https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=plan13. [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2566].

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.* [ออนไลน์] ได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/ th/node/2110. [สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2566].

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561).* [ออนไลน์] ได้จาก: http://bps.moph.go.th. [สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2566].

สุทธิมา ชำนาญเวช. (2561). *การวิเคราะห์เชิงปริมาณ Quantitative analysis.* ฉบับพิมพ์ที่ 6 แก้ไขเพิ่มเติมจากฉบับพิมพ์ที่ 5. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

สุบงกช ไชยแสง และอัชฌาวดี จันชุลี. (2552). *การศึกษาระบบแถวคอย กรณีศึกษา ไปรษณีย์ขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสถิติ ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุภาลักษณ์ ชัยอนันต์. (2540). *ความพึงพอใจของเกษตรกรที่มีต่อโครงการส่งเสริมการปลูกมะเขือเทศ แบบมีสัญญาผูกพันในจังหวัดลำปาง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เกษตรศาสตร์) สาขาส่งเสริมการเกษตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมนัส บุญมี. (2553). *คุณภาพการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.* การค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

สุเมธา ศรีละคร และสมบัติ สินธุเชาวน์. (2560). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแถวคอยและการจำลองแบบปัญหาเพื่อลดเวลารอคอยในการรับบริการของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลวารินชำราบ.* การประชุมวิชาการข่ายงานวิศวกรรมอุตสาหการ วันที่ 12-15 กรกฎาคม 2560 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

องอาจ นัยพัฒน์. (2551). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพินท์ ไชยพะยอม. (2542). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช.* กรุงเทพฯ: *มหาวิทยาลัยมหิดล.*

อัคคะนนท์ พงศ์ลักษมาณา. (2557). *การพัฒนาต้นแบบระบบช่วยติดต่อสื่อสารทางการแพทย์บนระบบปฏิบัติการ Android.* การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการคอมพิวเตอร์และสารสนเทศ ภาควิชาคอมพิวเตอร์ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อัจฉราวรรณ ศรสว่าง. (2564). ผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(4), 181-189.*

อุทัยพรรณ สุดใจ. (2545). *ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการขององค์การโทรศัพทแห่งประเทศไทยจังหวัดชลบุรี: กรณีศึกษาอุทยานแหงชาติ แจซ่อน.* วิทยานิพนธปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Ellinger, A. D., Ellinger, A. E., Yang, B, & Howton, S. W. (2002). *The relationship between the learning organization concept and firm's financial performance: An empirical assessment.* Human Resource Development Quarterly.

Kemmis, S. & M. R. (1988). *The Action Research Planner.* 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press.

Kitapci, O., Akdogan, C. & Dortyol, I. T. (2014). The impact of service quality dimen on patient satisfaction, repurchase intentions and word- of- mouth communication in the public healthcare industry. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 148, 161-169.

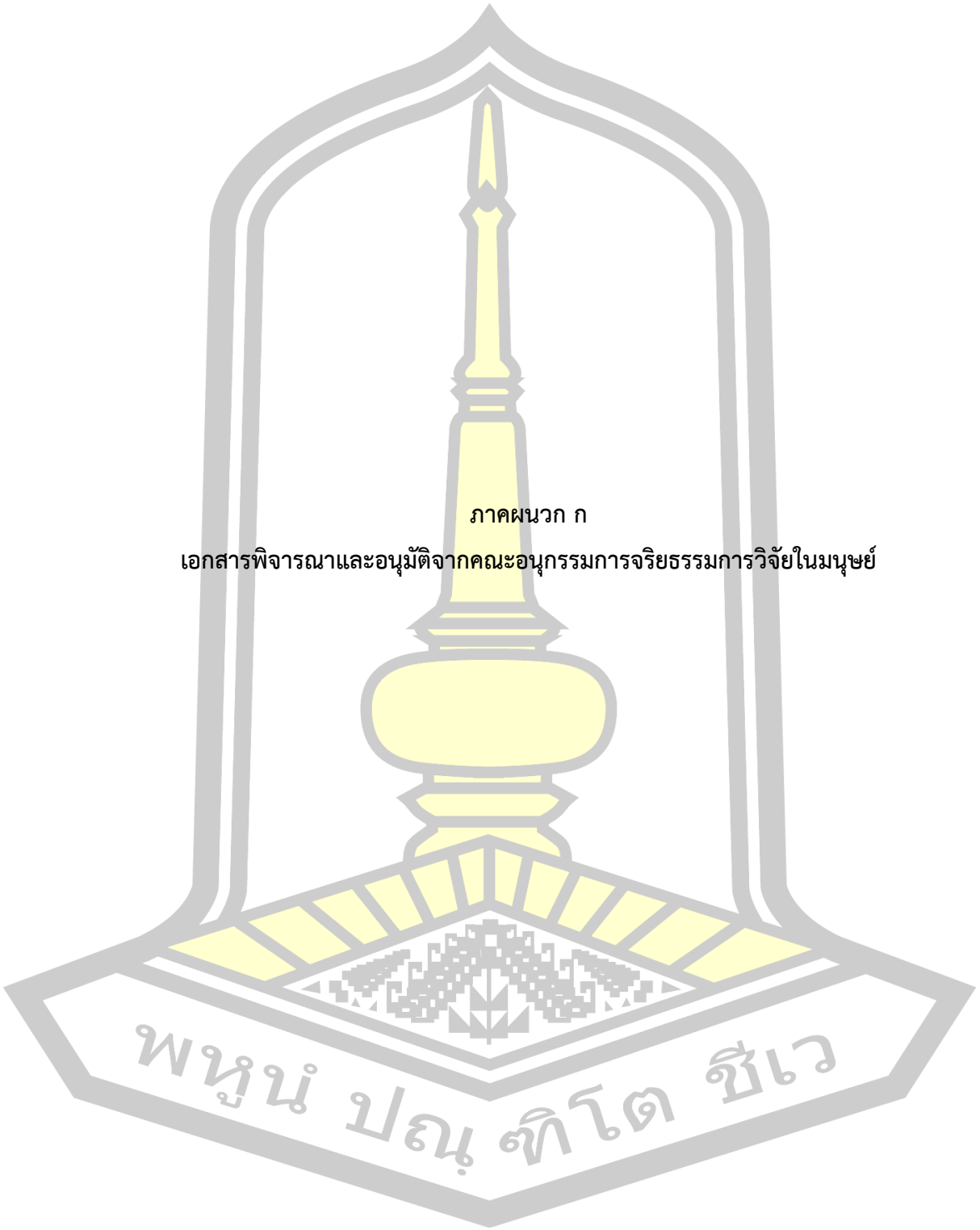
Krejcie, R.V., & D. W. M. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607 – 610.

Parasuraman, A., Zeithaml, Valarie A. and Leonard, B. L. (1985). SERQUAL: A multipleitem scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of retailing.*

World Health Organization: WHO. (1998). *A health telematics policy: Report of the WHO Group consultation on health telematics Geneva, 11–16* December 1997. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2014). Department of Health Statistics and Information Systems. 2014. *Health Statistics and Information Systems. Retrieved October.* 22, 2014.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เอกสารพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
	หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย (Certificate of Approval)
หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 38/2566 ชื่อโครงการวิจัย: การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์	
ชื่อผู้วิจัย นายกฤษฎา วรรณจักร นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ	สังกัด โรงพยาบาลนามน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการทบทวน (Reviewed Method): การพิจารณาโดยคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมาย
(Expedited review)

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้วิจัย :

1 แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Submission form for Ethical Review)
2 แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย (Self-Assessment Form for Principle Investigator)
3 โครงร่างงานวิจัย (Proposal)

อื่นๆ :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ ประกาศเฮลซิงกิ แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดีและรายงานเบลมองต์

Kalasin Provincial Public Health Office Research Ethics Committee has exempted the above research protocol which has been reviewed and approved based on international guidelines for human research projection including the Declaration of Helsinki, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) and The Belmont Report.

ลงนาม.....
(.....นายสม นาสอ้าน.....)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา).....
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วันที่รับรองการพิจารณาจริยธรรม:
วันออก:วันที่ 21 เมษายน 2566 วันหมดอายุ:วันที่ 20 เมษายน 2567
Date of approval: 21 April 2023 Date of expiration: 20 April 2024

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 232-191/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Health Service Development Model to Reduce Waiting Time in Out-Patient Department at Namon Hospital Kalasin Province.

ผู้วิจัย : นายกฤษฎา วรรณจักร
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์
สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 22 มิถุนายน 2566 **วันหมดอายุ** : 21 มิถุนายน 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภาร์ สว่างจิตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามความพึงพอใจ

ต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

แบบสอบถาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Health Service Development Model to Reduce Waiting Time in Out-patient Department at Namon Hospital, Kalasin Province.

เรียน ผู้รับบริการแผนกป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยข้าพเจ้า นายกฤษฎา วรรณจักร นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบการบริการแผนกผู้ป่วยนอก การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย และเพื่อเปรียบเทียบ ผลของการใช้รูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามก่อน และหลังการพัฒนา ผลการวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำเสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆต่อท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นายกฤษฎา วรรณจักร

ผู้วิจัย

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาม จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	จำนวน 7 ข้อ
2. ความน่าเชื่อถือ	จำนวน 6 ข้อ
3. การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	จำนวน 10 ข้อ
4. การสร้างความมั่นใจ	จำนวน 6 ข้อ
5. ความเข้าใจความรู้สึก	จำนวน 9 ข้อ

2. ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณสมบัติและได้รับเลือกให้เป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลวิจัยครั้งนี้ จึง ใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดอ่านคำจำกัดความการวิจัย คำแนะนำในแต่ละส่วนก่อนตอบแบบสอบถาม

3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

4. ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

พหุน ปณฺ ฑิโต ชีเว

เลขที่แบบสอบถาม

☐☐☐☐☐

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

---

1. เพศ

   ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ อยู่ในช่วงอายุ

   ☐ 1. 18 – 30 ปี ☐ 2. 31 – 40 ปี

   ☐ 3. 41 – 50 ปี ☐ 4. 51 – 60 ปี

   ☐ 5. มากกว่า 60 ปี (61 ปี ขึ้นไป)

3. สถานภาพสมรส

   ☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส/คู่ ☐ 3. หม้าย

   ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

   ☐ 1. ไม่ได้ศึกษา ☐ 2. ประถมศึกษา

   ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น/ เทียบเท่า ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า

   ☐ 5. อนุปริญญา หรือเทียบเท่า ☐ 6. ปริญญาตรี

   ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 8. อื่นๆ โปรดระบุ

5. อาชีพ

   ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน ☐ 2. พ่อบ้าน/แม่บ้าน

   ☐ 3. รับราชการ ☐ 4. รัฐวิสาหกิจ

   ☐ 5. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ☐ 6. นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต

   ☐ 7. เกษตรกร ☐ 8.อื่นๆโปรดระบุ _____

6. รายได้ปัจจุบันของท่าน บาท/เดือน

☐ 1. 1,000 – 5,000 บาท ☐ 2. 5,001 – 10,000 บาท

☐ 3. 10,001 – 15,000 บาท ☐ 4. 15,001 – 20,000 บาท

☐ 5. 20,001 – 30,000 บาท ☐ 6. มากกว่า 30,000 บาท

7. ภูมิลำเนา

☐ 1. อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ☐ 2. อื่นๆ โปรดระบุ _____

8. จำนวนครั้งที่มาใช้บริการงานผู้ป่วยนอกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

☐ 1. 1 ครั้ง ☐ 2. 2 – 3 ครั้ง

☐ 3. 4 – 5 ครั้ง ☐ 4. มากกว่า 5 ครั้ง

9. ท่านใช้สิทธิประโยชน์ใดบ้างในการักษาพยาบาล

☐ 1. ประกันชีวิต ☐ 2. สวัสดิการของหน่วยงานเอกชน

☐ 3. สิทธิ์ข้าราชการ ☐ 4. ประกันสังคม

☐ 5. ชำระเงินเอง ☐ 6. อื่นๆ โปรดระบุ _____

10. เหตุผลที่ท่านเลือกรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ (เลือกตอบได้มากกวา 1 คำตอบ)

☐ 1. การเดินทางสะดวก ☐ 2. อยู่ใกล้บ้าน

☐ 3. จากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล ☐ 4. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

☐ 5. เคยเป็นผู้ป่วยเก่าที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ☐ 6. มีเครื่องมือทันสมัย

☐ 7. จากคำบอกเล่าของคนอื่น ☐ 8. อื่นๆ โปรดระบุ _____

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน ประกอบด้วย

คำชี้แจง

โปรดอ่านและพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่า ท่านพึงพอใจต่อการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มากน้อยเพียงใด แล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 เครื่องหมายเท่านั้น โดยการเลือกตอบมีความหมาย ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกมากที่สุด
(ร้อยละ 81-100)

4 คะแนน หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกมาก
(ร้อยละ 61-80)

3 คะแนน หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกปานกลาง
(ร้อยละ 41-60)

2 คะแนน หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกน้อย
(ร้อยละ 21-40)

1 คะแนน หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการบริการงานผู้ป่วยนอกน้อยที่สุด
(ร้อยละ 1-20)

หมายเหตุ

1. งานผู้ป่วยนอก หมายถึง งานผู้ป่วนอก ของโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งบริการ ตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไป และเมื่อรับบริการแล้วสามารถกลับไปรับประทานยาที่บ้าน หรือปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์ที่บ้านได้

2. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยเก่าที่มารักการตรวจรักษาโรคทั่วไป งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งเพศชาย และหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทุกเพศยกเว้นผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น

คำถาม	ระดับความพึงใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
ด้านความเป็นธรรมของการบริการ					
1. งานบริการผู้ป่วยนอกมีสถานที่สะอาด แสงสว่างเพียงพอ ไม่แออัด					
2. งานบริการผู้ป่วยนอกมีที่นั่งรับบริการอย่างเพียงพอ					
3. งานบริการผู้ป่วยนอกมีเครื่องหมาย ป้าย ลูกศร แนะนำจุดต่างๆ ที่เห็นชัดเจน					
4. ผู้ให้บริการให้คำแนะนำขั้นตอนการรับบริการ ระยะเวลารอคอย ระหว่างรอแพทย์ตรวจ					
5. งานบริการผู้ป่วยนอกมีอุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือต่างๆเตรียมไว้อย่างเพียงพอ					
6. งานบริการผู้ป่วนอกมีการแนะนำขั้นตอนบริการที่ชัดเจน และมีระยะเวลาในการให้บริการที่เหมาะสม					
7. งานบริการผู้ป่วยนอกมีเอกสารเผยแพร่หรือข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้บริการ					
ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้					
8. แพทย์สามารถอธิบายลักษณะของโรค มีความเชี่ยวชาญในการรักษา สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง					
9. แพทย์ออกตรวจรักษาตรวจตรงตามเวลาที่นัดหมาย					
10.พยาบาล ให้ความช่วยเหลือท่านได้ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ ในระหว่างท่านรอรับบริการ					
11.พยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ท่านเกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับแผนการรักษา					
12.เจ้าหน้าที่อื่นๆ สามารถให้แนะนำเมื่อท่านสอบถามข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับขึ้นตอนการรับแผนกผู้ป่วยนอก					

คำถาม	ระดับความพึงใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย					
13. แพทย์มีความตั้งใจในการตรวจรักษาโรคของท่าน					
14. แพทย์ยินดีตอบคำถามเมื่อท่านมีข้อสงสัย					
15. แพทย์ตอบข้อซักถามได้ชัดเจนตามที่ท่านมีข้อสงสัย					
16. แพทย์สามารถให้การตรวจรักษาท่านอย่างทันท่วงที					
17. พยาบาลมีความเต็มใจในการบริการท่าน					
18. พยาบาลยินดีตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีข้อสงสัย					
19. พยาบาลให้บริการท่านอย่างทันท่วงที					
20. ท่านได้รับบริการที่รวดเร็ว และตรงต่อเวลาที่กำหนด					
21. ท่านได้รับคำแนะนำขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน					
22. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ให้บริการท่านอย่างทันท่วงที ไม่รอคอยนาน					
ด้านการสร้างความมั่นใจ					
23. แพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี					
24. แพทย์ให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพ มีการแนะนำและการเอาใจใส่ในขณะที่ทำการตรวจ					
25. พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี					
26. พยาบาลให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพ มีการแนะนำ และการเอาใจใส่ในขณะที่รอรับการตรวจ					
27. เจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี					
28. เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพมีการแนะนำ และการเอาใจใส่ในขณะที่รอรับการตรวจ					

คำถาม	ระดับความพึงใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
ด้านการเข้าใจความรู้สึก					
29. แพทย์ผู้ตรวจรักษาท่าน ดูแลเอาใจใส่ด้วยความสุภาพ					
30. แพทย์สอบถาม และสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจในขณะตรวจ					
31. แพทย์ให้การดูแลตรงตามความต้องการ และปัญหาสุขภาพของท่าน					
32. พยาบาลให้บริการท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่					
33. พยาบาลสอบถามและสนใจรับฟังปัญหาสุขภาพของท่านอย่างตั้งใจ					
34. พยาบาลมีความเข้าใจในความต้องการของท่าน เมื่อท่านร้องขอความช่วยเหลือ					
35. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ให้บริการท่านด้วยความดูแลเอาใจใส่ด้วยความสุภาพ					
36. เจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีความเข้าใจ ความต้องการและปัญหาของท่าน พร้อมให้คำแนะนำที่ดี					
37. ท่านได้รับบริการ ที่มีระยะเวลารอคอยที่เหมาะสมไม่เป็นที่น่าพอใจ					

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

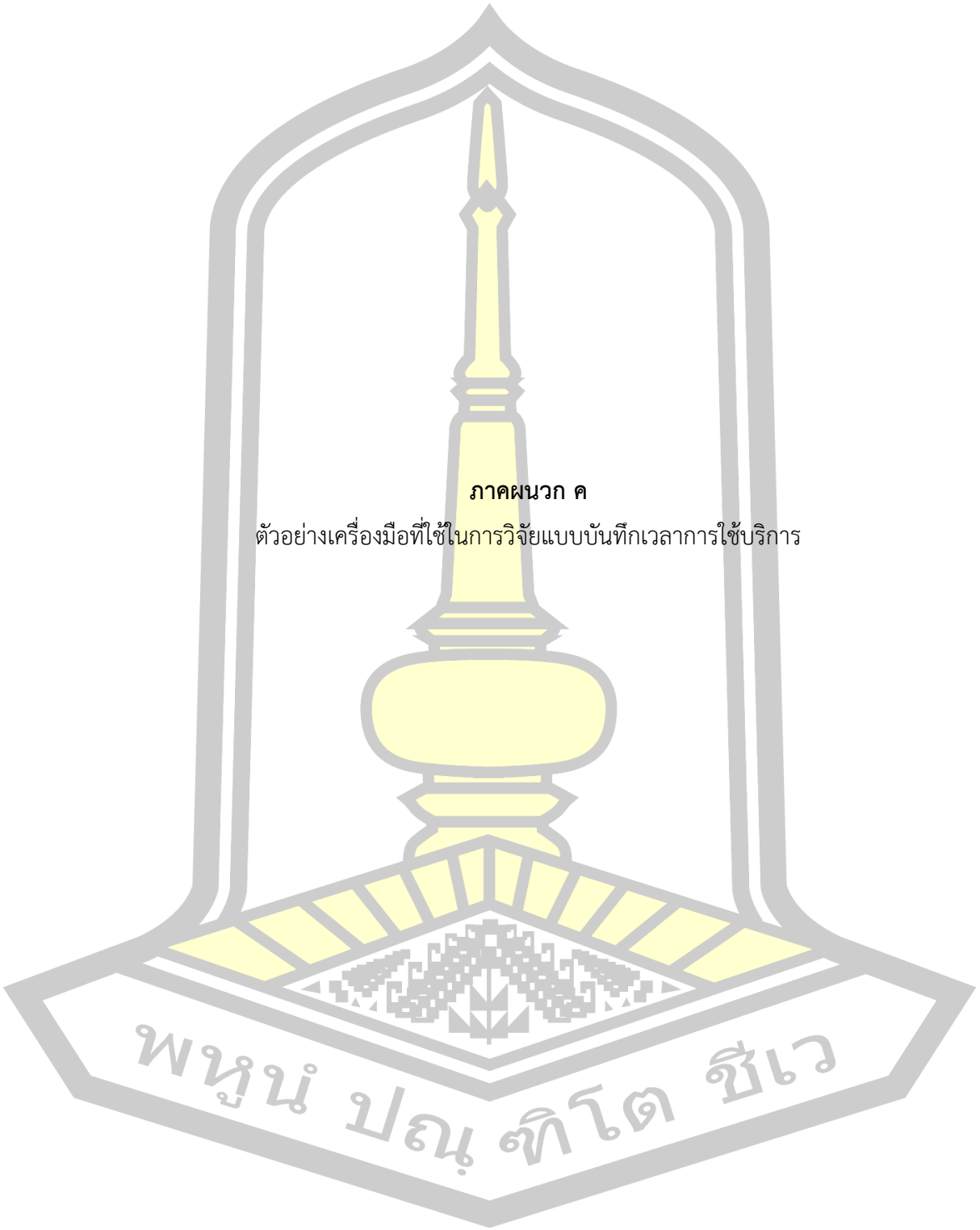
ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

ผู้วิจัย

พหูน ปณฺ ฑิโต ชีเว

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบบันทึกเวลาการใช้บริการ



แบบบันทึกเวลาการใช้บริการ

คำชี้แจง

1. ลงเวลาเริ่มต้นและเวลาสิ้นสุด และเวลาโดยรวมโดยใช้หน่วยเป็นนาที

2. ระบุเวลาที่ล่าช้า (Delay time) ซึ่งหมายถึง ช่วงเวลาที่รอคอยจากการเปลี่ยนกิจกรรมหนึ่งไปสู่กิจกรรมต่อไป โดยใช้หน่วยเป็นนาที

แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก			
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.			
รายการบันทึก	เวลาเริ่มต้น	เวลาสิ้นสุด	รวมเวลา
1. รอพบเจ้าหน้าที่คัดกรอง : ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงได้รับบัตรคิว และรอคัดกรองเบื้องต้น			
2. พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง : ตั้งแต่ผู้ป่วยพบพยาบาลเพื่อคัดกรองจนแล้วเสร็จ			
3. ไปห้องบัตร : : ตั้งแต่ผู้ป่วยคัดกรองเสร็จจนถึงยื่นใบนัดให้เจ้าหน้าที่ห้อง บัตร			
4. ลงทะเบียน : ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นใบนัด จนถึงเจ้าหน้าที่ลงทะเบียนประวัติข้อมูล			
5. ตรวจสอบสิทธิ์: ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ ลงทะเบียนประวัติเพื่อตรวจสอบสิทธิ์			
6. ค้นบัตร : ตั้งแต่ เจ้าหน้าที่รับใบนัด ไปค้นบัตร จนถึงค้นบัตรเสร็จ			
7. รอรับบัตร : ตั้งแต่เจ้าหน้าที่รับบัตรผู้ป่วย ตรวจสอบสิทธิ์ ค้นบัตร จนถึง นำมาเรียกชื่อผู้ป่วยเพื่อนำไปห้องตรวจ			
8. รับบัตรไปห้องตรวจโรค : ตั้งแต่ผู้ป่วยรับบัตรจากเจ้าหน้าที่ห้องบัตร จนถึงหน้าห้องตรวจโรค			
9. รอหน้าห้องตรวจ : ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นบัตรให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ จนได้เริ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย			
10. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย : ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิ ร่างกายจนแล้วเสร็จ			
11. รอเรียกซักประวัติ : ตั้งแต่ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกายจนแล้วเสร็จ จนถึงพยาบาลเรียกซัก ประวัติ ประเมินอาการ			

แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก			
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.			
รายการบันทึก	เวลาเริ่มต้น	เวลาสิ้นสุด	รวมเวลา
12. ซักประวัติ : ตั้งแต่พยาบาลเริ่มซักประวัติ จนถึงซักประวัติเสร็จ			
13. บันทึกข้อมูลผู้ป่วย : ตั้งแต่เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงใน OPD card จนถึงจัดลำดับการตรวจรักษา			
14. รอพบแพทย์ : ตั้งแต่ผู้ป่วยซักประวัติ ประเมินอาการเสร็จ จนถึงเจ้าหน้าที่เรียกรับบัตรพบแพทย์			
15. พบแพทย์ตรวจ : ตั้งแต่เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ตรวจ รักษา ให้คำแนะนำบันทึกข้อมูล ส่งต่อห้องตรวจเลือด ห้องยาและจุดหลังตรวจ			
16. ส่งไปเจาะเลือด : ตั้งแต่พยาบาลให้ใบเจาะเลือดกับผู้ป่วย จนถึงผู้ป่วยเดินไปถึงห้องเจาะเลือด			
17. รอเจาะเลือด : ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นใบเจาะเลือดจนถึงเจ้าหน้าที่ห้อง ตรวจเลือดเรียกเจาะเลือด			
18. เจาะเลือด : ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจาะเลือด จนเจาะเลือดเสร็จ			
19. รอรับผลเลือด : ตั้งแต่ผู้ป่วยเจาะเลือดเสร็จ จนถึงถูกเรียกรับผล เลือด			
20. รับผลเลือดไปห้องตรวจโรค : ตั้งแต่ผู้ป่วยรับใบผลเจาะเลือดจากเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเลือด จนถึงนำไปให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจแพทย์			
21. รอพยาบาลบันทึกผลเลือด : ตั้งแต่ผู้ป่วยนำใบผลเลือดให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ จนถึงพยาบาลเริ่มบันทึกผลเลือด			
22. พยาบาลบันทึกผลเลือด : ตั้งแต่พยาบาลหน้าห้องตรวจโรคเริ่ม บันทึกผลเลือด จนบันทึกเสร็จ			
23. รอพบแพทย์ตรวจ : ตั้งแต่พยาบาลบันทึกผลเลือดเสร็จ จนถึงเจ้าหน้าที่เรียกรับบัตรพบแพทย์			
24. พบแพทย์ตรวจ : ตั้งแต่เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ตรวจ รักษา ให้คำแนะนำบันทึกข้อมูล ส่งต่อจุดหลังตรวจ			
25. รอพยาบาลหลังตรวจเสร็จ : ตั้งแต่แพทย์ตรวจรักษาเสร็จ จนถึงพบพยาบาลหลังตรวจเสร็จ			
26. พบพยาบาลหลังตรวจเสร็จ : ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นบัตรที่ตรวจเสร็จ จากแพทย์ จนถึงพยาบาลให้ คำแนะนำหลังการตรวจให้ใบนัด และใบสั่งยา			

แบบบันทึกเวลาการใช้บริการงานผู้ป่วยนอก			
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.			
รายการบันทึก	เวลาเริ่มต้น	เวลาสิ้นสุด	รวมเวลา
27. ไปห้องการเงิน : ตั้งแต่ผู้ป่วยพบ พยาบาลหลังการตรวจรักษาเสร็จ จนถึงไปห้องการเงิน			
28. รอชำระเงิน : ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นใบสั่งยา จนถึงเจ้าหน้าที่การเงินเรียกชำระเงิน			
29. ชำระเงิน : ตั้งแต่เจ้าหน้าที่การเงินคำนวณค่าใช้จ่าย ตรวจสอบสิทธิ์ เรียกชำระเงิน จนออก ใบเสร็จรับเงิน			
30. ไปห้องรับยา : ตั้งแต่ผู้ป่วยชำระ เงินเสร็จ จนถึงยื่นเอกสารหน้าห้องจ่ายยา			
31. รอรับยา : ตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นเอกสาร หน้าห้องยา จนถึงเภสัชกรเรียกรับยา			
32. รับยา : ตั้งแต่เภสัชกรเรียกรับยา ให้คำแนะนำจนถึง ผู้ป่วยได้รับยาจากเภสัชกร			

รวมเวลารอรับบริการทั้งหมด ..... นาที

ผู้บันทึกข้อมูล .....

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถามความพึงพอใจการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาม จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินกิจกรรม (กลุ่มสหวิชาชีพ) 9 ข้อ

2. ท่านเป็นบุคคลสำคัญที่มีคุณสมบัติและได้รับเลือกให้เป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลวิจัยครั้งนี้ จึง ใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดอ่านคำจำกัดความการวิจัย คำแนะนำในแต่ละส่วนก่อนตอบแบบสอบถาม

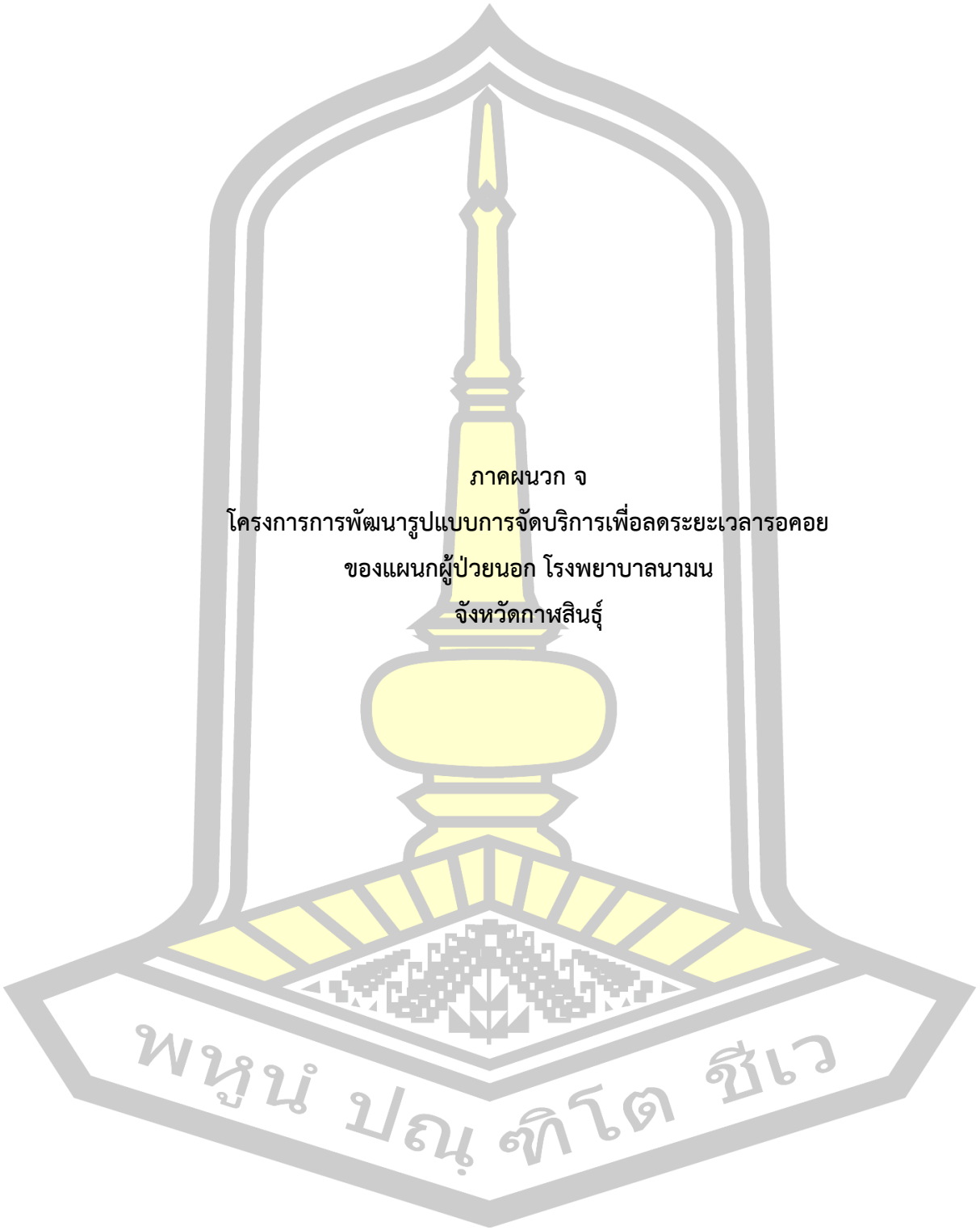
3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อให้คำตอบของท่านสามารถใช้เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

4. ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

คำถาม	ระดับความพึงใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
ส่วนที่ 1					
ตำแหน่ง.....					
ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ					
1. การเข่าร่วมประชุม เรื่อง การลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					
2. การเข่าร่วมคนหาปญหา วิเคราะห์สาเหตุปญหา เรื่อง การลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					
3. การเข้าร่วมวางแผนแก้ไข ลดระยะ เวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					
4. ท่านได้เขาร่วมการวิเคราะห์ปญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรม					
5. ท่านได้แสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินโครงการกิจกรรมการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					
6. ท่านมีสวนร่วมในการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					
7. ท่านได้ติดตามผลการดำเนินโครงการการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					
8. ท่านมีสวนในการสรุปแนวทางการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					
9. ท่านมีสวนร่วมในการคืนขอมูลการลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก					

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว



ภาคผนวก จ

โครงการการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย

ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน

จังหวัดกาฬสินธุ์

lab.

โรงพยาบาลนามน
เลขที่รับ ๑๕๐
วันที่ ๓๐ เม.ย. ๖๖
เวลา ๑๖.๑๐

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /๑๒๐๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร รหัสนิสิต ๖๔๐๑๑๔๘๑๐๒๙ ซึ่งเป็นนิสิตระดับ ปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.พัดชา หิรัญวัฒนกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการศึกษาและดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ แพทย์หญิงวชิราภรณ์ สอระสัน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน
☐ เพื่อโปรดทราบ
☐ เพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ
เห็นควรแต่งตั้ง ๑. แพทย์หญิงวชิราภรณ์ แพทย์
๒. ดร. พยาบาล

๑๙ เม.ย. ๖๖
๒๐ เม.ย. ๖๖

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายกฤษฎา วรรณจักร โทรศัพท์ ๐๖๓-๗๓๘๘๘๗๑

Lab

lab

โรงพยาบาลนามน
เลขที่รับ ๒๖๔๔
วันที่ ๒๔ เม.ย. ๖๖
เวลา ๑๖.๐๐

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /๒๖๐๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร รหัสนิสิต ๖๔๐๑๑๔๘๑๐๒๙ ซึ่งเป็นนิสิตระดับ ปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.พัดชา หิรัญวัฒนกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการศึกษาและดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางศศิธร กำทองดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา บัวเรือง)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน
☐ เพื่อโ...
☐ เพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ
เห็นควรแจ้ง.....ก...ทดนิด.๒๙ ทพพ๔

จุติ๕๗

๒๔ เม.ย.๖๖.

๒๐ เม.ย.๖๖

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายกฤษฎา วรรณจักร โทรศัพท์ ๐๖๓-๗๓๘๘๘๗๑

lab

๑๑๖

โรงพยาบาลนามน
เลขที่รับ ๐๖๔๗
วันที่ ๓๐ เม.ย. ๖๖
เวลา ๑๖.๐๕

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /๒๐๐๑

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร รหัสนิสิต ๖๔๐๑๑๔๘๑๐๒๙ ซึ่งเป็นนิสิตระดับ ปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.พัดชา หิรัญวัฒนกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการศึกษาและดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่าบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ ดร.อรรถวิทย์ เนินชัด เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

สสน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน
☐ เพื่อโปรดทราบ
☐ เพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ
เห็นควรแจ้ง ง. เกณฑ์ ๗ แพทย์
๒ เกษตรฯ ๑
สุดารัตน์
๓๑ เม.ย ๖๖.
ส ๓๐ ๖๖๑.๐๗/๖๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายกฤษฎา วรรณจักร โทรศัพท์ ๐๖๓-๙๓๘๘๘๙๑

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

๑๑๖

โรงพยาบาลม้องชัย
เลขรับ 564
วันที่ 19 เม.ย. 66
เวลา 09.00 น.

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /๑๑๔๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม้องชัย อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร รหัสนิสิต ๖๔๐๑๑๔๘๑๐๒๙ นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.พัดชา หิรัญวัฒนกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาและดำเนินการวิจัย

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาแล้วเห็นว่า โรงพยาบาลม้องชัย อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความเหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องในการวิจัยครั้งนี้ ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้ นายกฤษฎา วรรณจักร ทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิจัย เพื่อที่นิสิตจะนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีรัตน์ ยิ่งยืน)
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

นางสาวโสริยา วิเชียรเพริศ
เจ้าพนักงานธุรการ

(นางปิยาภัณ์ สุวรรณ์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม้องชัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายกฤษฎา วรรณจักร โทรศัพท์ ๐๖๓-๗๓๘๘๘๗๑

lab,

โรงพยาบาลนามน
เลขที่รับ ๑๕๖๑
วันที่ ๒๔ เม.ย. ๖๖
เวลา ๑๖.๒๕ น.

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘ /๒๒๘๐

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการจัดทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน อำนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร รหัสนิสิต ๖๔๐๑๑๔๘๑๐๒๙ นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี รศ.ดร. สงคราม ชัยย์ ลีทองดีศกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.พัดชา หิรัญวัฒนกุล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาและดำเนินการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นายกฤษฎา วรรณจักร เข้าใช้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของท่านเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพชรินทร์ บุ้งทอง)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

☐ เพื่อโปรดทร
☐ เพื่อโปรดพิจารณาสั่งการ
เห็นควรแจ้ง.....

รู้ผลแล้ว
๐๕ เม.ย. ๖๖.

๑๐ เม.ย. ๖๖

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นายกฤษฎา วรรณจักร โทรศัพท์ ๐๖๓-๗๓๘๘๘๑

lab

ภาคผนวก ฉ

เอกสารการจัดประชุมโครงการ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ
เพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน
จังหวัดกาฬสินธุ์

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ๐๔๓-๘๖๗-๐๕๖

ที่ กส ๐๐๓๒.๓๐๓/๐๐๑๒๑ วันที่ ๑๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตจัดประชุมเพื่อทบทวนรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ สังกัด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้จัดโครงการวิจัย เรื่อง **การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์** มีความประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน และการทบทวนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลารอคอยที่ล่าช้า และมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน ตามขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ในการนี้เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย จึงขออนุญาตจัดขออนุญาตจัดประชุมเพื่อทบทวนรูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี ๒๕๖๖ ในวันที่ **๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ในช่วงเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.** ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ.....
(นายกฤษฎา วรรณจักร)
นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

☑ อนุญาต
☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ลงชื่อ
(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ๐๔๓-๘๖๗-๐๕๖

ที่ กส ๐๐๓๒.๓๐๓/๐๐๑๒๒ วันที่ ๑๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี ๒๕๖๖

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่าย / ผู้รับผิดชอบงานในการดูแลผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ สังกัด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้จัดโครงการวิจัย เรื่อง **การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์** มีความประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน และการทบทวนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลารอคอยที่ล่าช้า และมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน ตามขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ในการนี้เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย จึงขอเรียนเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลด ระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี ๒๕๖๖ ในวันที่ **๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.** ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพียงกัน

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

ผู้ร่วมประชุม

๑. งานเวชระเบียน
๒. ผู้รับผิดชอบจุดคัดกรองผู้ป่วย
๓. เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก
๔. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๕. กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ
๖. การเงิน

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ๐๔๓-๘๖๗-๐๕๖

ที่ กส ๐๐๓๒.๓๐๓/๐๐๑๓๑ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุม เพื่อจัดทำแผนการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี ๒๕๖๖

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่าย / ผู้รับผิดชอบงานในการดูแลผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ สังกัด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้จัดโครงการวิจัย เรื่อง **การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์** มีความประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน และการทบทวนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลารอคอยที่ล่าช้า และมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน ตามขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ในการนี้เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย จึงขอเรียนเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อเตรียมความพร้อม เพื่อจัดทำแผนการดำเนินการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี ๒๕๖๖ ในวันที่ **๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.** ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพียงกัน

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

ผู้ร่วมประชุม

๑. งานเวชระเบียน
๒. ผู้รับผิดชอบจุดคัดกรองผู้ป่วย
๓. เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก
๔. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๕. กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ
๖. การเงิน

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ๐๔๓-๘๖๗-๐๕๖ ต่อ ๑๐๕

ที่ กส ๐๐๓๒.๓๐๓ /๐๐๑๓๙ วันที่ ๑๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังระบบการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอก

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่าย / ผู้รับผิดชอบงานในการดูแลผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ สังกัด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้จัดโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์ เพื่อเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน และทบทวนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลารอคอยที่ล่าช้าและมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน ตามขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ในการนี้ ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยจึงขอเชิญคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อติดตามสรุปปัญหาแนวทางการดำเนินการก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก วันที่ **๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.** ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพียงกัน

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

ผู้ร่วมประชุม

๑. งานเวชระเบียน
๒. ผู้รับผิดชอบจุดคัดกรองผู้ป่วย
๓. เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก
๔. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๕. กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ
๖. การเงิน
๗. เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความสนใจ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ๐๔๓-๘๖๗-๐๕๖ ต่อ ๑๐๕

ที่ กส ๐๐๓๒.๓๐๓ /๐๐๑๔๗ วันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่าย / คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ สังกัด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้จัดโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์ เพื่อเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน และทบทวนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลารอคอยที่ล่าช้าและมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน ตามขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ในการนี้ ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยจึงขอเชิญคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ วันที่ **๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ในช่วงเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.** ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพียงกัน

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

ผู้ร่วมประชุม

๑. งานเวชระเบียน
๒. ผู้รับผิดชอบจุดคัดกรองผู้ป่วย
๓. เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก
๔. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๕. กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ
๖. การเงิน
๗. เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความสนใจ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ๐๔๓-๘๖๗-๐๕๖ ต่อ ๑๐๕

ที่ กส ๐๐๓๒.๓๐๓ /๐๐๑๕๗ วันที่ ๒๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนจากผลการดำเนินงานการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / หัวหน้าฝ่าย / คณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ด้วย นายกฤษฎา วรรณจักร ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ สังกัด กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ได้จัดโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์ เพื่อเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน และทบทวนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อค้นหาสาเหตุที่เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระยะเวลารอคอยที่ล่าช้า และมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน ตามขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก

ในการนี้ ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยจึงขอเชิญคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนจากผลการดำเนินงานการพัฒนาการจัดรูปแบบการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก วันที่ **๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ในเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.** ณ ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพียงกัน

(นายจารึก ประคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน

ผู้ร่วมประชุม

๑. งานเวชระเบียน
๒. ผู้รับผิดชอบจุดคัดกรองผู้ป่วย
๓. เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก
๔. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
๕. กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ
๖. การเงิน
๗. เจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความสนใจ

ภาคผนวก ช

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)โครงการ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอย ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะเวลาในการดำเนินงาน เมษายน พ.ศ. 2566 - สิงหาคม พ.ศ. 2566

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1 1. จัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนามน จังกาฬสินธุ์ ปี 2566 **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อศึกษาบริบทของการให้บริการโรงพยาบาลนามน สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหาอุปสรรค์ และแนว ทางที่ใช้ในการเพื่อทบทวน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความต้องการแก้ไข้หรือปรับปรุง	ศึกษาบริบทสถานการณ์และปัญหาที่พบในพื้นที่เรื่องรูปแบบการพัฒนาการการลดเวลารอคอยของผู้รับบริการที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลนามน	**ระยะเวลา** 19 เมษายน พ.ศ. 2566 **สถานที่** ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน **เครื่องมือ** แผนปฏิบัติการวิจัย **อุปกรณ์** - สมุดจดบันทึก - คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ **งบประมาณ** - 1000 บาท	1. ได้ทราบบริบทสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาที่เกิดขึ้นผลกระ ทบในส่วนต่างๆที่ก่อให้เกิดอุปสรรค์และรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน 2. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยสามารถเตรียมข้อมูลก่อนการดำเนิน การวิจัยได้	1. ทราบข้อมูลบริบทของโรงพยาบาลนามน สถานการณ์ที่เกิดในปัจจุบัน ข้อปัญหาอุปสรรค และรูปแบบในการพัฒนาการ	- ผู้วิจัย - พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยนอก - คณะกรรมการ PCT

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ต่อ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ/อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกกรมที่ 2 2. จัดประชุมเพื่อจัดทำแผนการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดเวลารอคอยของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อชี้แจงข้อมูลสถานการณ์และปัญหาในพื้นที่ 2. เพื่อคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย 3. เพื่อแต่งตั้งคณะทำงาน 4. เพื่อมีเครื่องมือใช้ดำเนินงาน รูปแบบการพัฒนาดำเนินงาน	1. ผู้วิจัยประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงาน 2. ผู้วิจัยอธิบายเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อดำเนินการวิจัย 3. แต่งตั้งคณะทำงานในการพัฒนารูปแบบการการลดเวลาระยะรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการ 4. ออกแบบเครื่องมือ และตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบพัฒนาการดำเนินงาน ในการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ	**ระยะเวลา** 26 เมษายน พ.ศ. 2566 **สถานที่** ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน **เครื่องมือ** - **อุปกรณ์** 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. โปรเจ็คเตอร์นำเสนอ 4. กระดาษ **งบประมาณ** - 1000 บาท	1.ทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาในพื้นที่ 2. ได้กลุ่มเป้าหมาย 3.แต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินการทำงาน 4. ดำเนินการเสนอเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย และวิธีการใช้เครื่องมือในการวิจัย	1. ผู้วิจัยมีข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาในพื้นที่ 2..มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัย 3. มีคณะทำงาน 4. มีเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญใช้ในการดำเนินงานวิจัย	- ผู้วิจัย - พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยนอก - คณะกรรมการ PCT

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<u>กิจกรรมที่ 3</u> 3. โครงการเฝ้าระวังการบริการที่เป็นเลิศ ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารอคอยในของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อดำเนินการตามแผนแผนการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	1. ดำเนินการตามแผนการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2. ดำเนินกิจการตามโครงการที่ได้วางแผนไว้ - ประชุมเพื่อสร้างข้อตกลง หารือแนวทางปฏิบัติเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	**ระยะเวลา** 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 **สถานที่** ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน **เครื่องมือ** - **อุปกรณ์** 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. โปรเจ็คเตอร์ ให้ความรู้ 4. กล้องถ่ายภาพ **งบประมาณ** - 1000 บาท	1. ดำเนินการตามแผนการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2. ได้ทราบข้อตกลงและปรึกษาหารือแนวทางปฏิบัติเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	1. แผนงานโครงการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. ดำเนินการตามแผนการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ 3. มีรูปแบบที่นำไปใช้พัฒนางานที่ชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	- ผู้วิจัย - พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยนอก - คณะคณะทำงานในกระบวนการลดระยะเวลารอคอย - กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<u>กิจกรรมที่ 4</u> 4. ประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกรูปแบบใหม่ โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อดำเนินการตามแผนแผนการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	- ประชุมเพื่อสร้างข้อตกลง หารือแนวทางปฏิบัติเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	**ระยะเวลา** 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 **สถานที่** ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน **เครื่องมือ** - **อุปกรณ์** 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. โปรเจ็คเตอร์ ให้ความรู้ 4. กล้องถ่ายภาพ **งบประมาณ** - 1000 บาท	1. ดำเนินการตามแผนการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2. ได้ทราบข้อตกลงและปรึกษาหารือแนวทางปฏิบัติเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	1. แผนงานโครงการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. ดำเนินการตามแผนการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ 3. มีรูปแบบที่นำไปใช้พัฒนางานที่ชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	- ผู้วิจัย - พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยนอก - คณะคณะทำงานในกระบวนการลดระยะเวลารอคอย - กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ/อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 5 5. ดำเนินการติดตามและประเมินผลติดตามการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผน รูปแบบพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	1.ผู้วิจัยร่วมสังเกตทุกกิจกรรมในการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงานดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 3.ประเมินผลการดำเนินงาน 4.นิเทศสรุปผลการดำเนินงาน	**ระยะเวลา** กรกฎาคม - สิงหาคม 2566 **สถานที่** ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน **เครื่องมือ** -แบบบันทึกระยะเวลารอคอยในแต่ละกิจกรรม -แบบประเมินความพึงพอใจ -แบบบันทึกการประชุม **อุปกรณ์** 1.สมุดจดบันทึก 2.ปากกา 3.กล้องถ่ายภาพ **งบประมาณ** - 2000 บาท	1. ได้รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2. ได้ผลการดำเนิน งานตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาตามรูปแบบการดำเนินงาน 3. ทราบปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน ทุกขั้นตอน 4. ได้ผลสรุปการดำเนินงาน	1. มีรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2. มีผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 3. ทราบปัญหา และอุปสรรค์ได้รับการปรับปรุงแก้ไข	- ผู้วิจัย - พยาบาลผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยนอก - คณะคณะทำงานในกระบวนการลดระยะเวลารอคอย - กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 6 การสะท้อนผลเพื่อการสะท้อนให้เห็นปัญหาและอุปสรรค และรายงานผลการดำเนินงานตามแผน รูปแบบพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อรายงานผลการดำเนินงานตามแผน รูปแบบพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก	1. ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงาน ตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์ 2. รายงานผลการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงานตามแผน รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์ 3. ประชุมถอดบทเรียน คณะผู้ร่วมวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนการดำเนินงาน ตามรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์	**ระยะเวลา** 8 สิงหาคม พ.ศ. 2566 **สถานที่** ห้องประชุมขวัญนามน โรงพยาบาลนามน **เครื่องมือ** -แผนการดำเนินงานวิจัย - แบบสรุปผลการดำเนินงาน **อุปกรณ์** 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. กล้องถ่ายภาพ **งบประมาณ** - 2000 บาท	1. ได้ผลการสะท้อนถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์ 2. ได้ทราบข้อมูลผลของเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์ 3. ได้ร่วมถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน รูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์	1. มีผลการสะท้อนถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามแผน รูปแบบพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อการลดระยะเวลารอคอย 2. มีข้อมูลผลของการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน 3. มีข้อมูลการถอดบทเรียนจากการดำเนิน งานตามรูปแบบของการพัฒนาการดำเนินงาน ปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น	- ผู้วิจัย - พยาบาลผู้รับผิด ชอบงานดูแลผู้ ป่วยนอก - คณะกรรมการ PCT - คณะทำงานในกระบวนการลดระยะเวลารอคอย

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายกฤษฎา วรรณจักร
วันเกิด	วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 78 หมู่ 2 ตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักเทคนิคการแพทย์ ชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลนามน 183 หมู่ 7 ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2551 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2558 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (เทคนิคการแพทย์) คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว