



รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

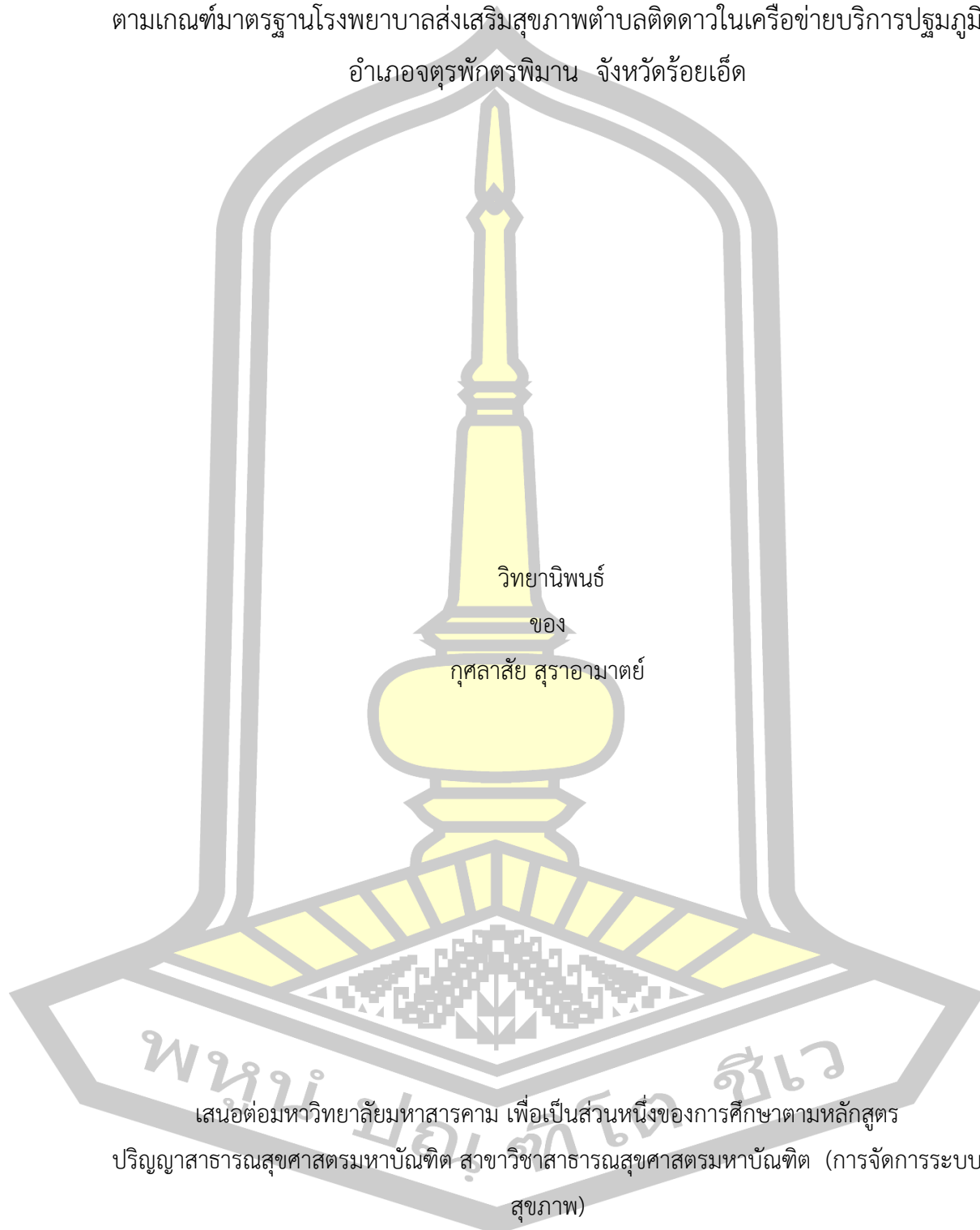
วิทยานิพนธ์
ของ
กุศลาสัย สุราอามาศย์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ปีการศึกษา 2560

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

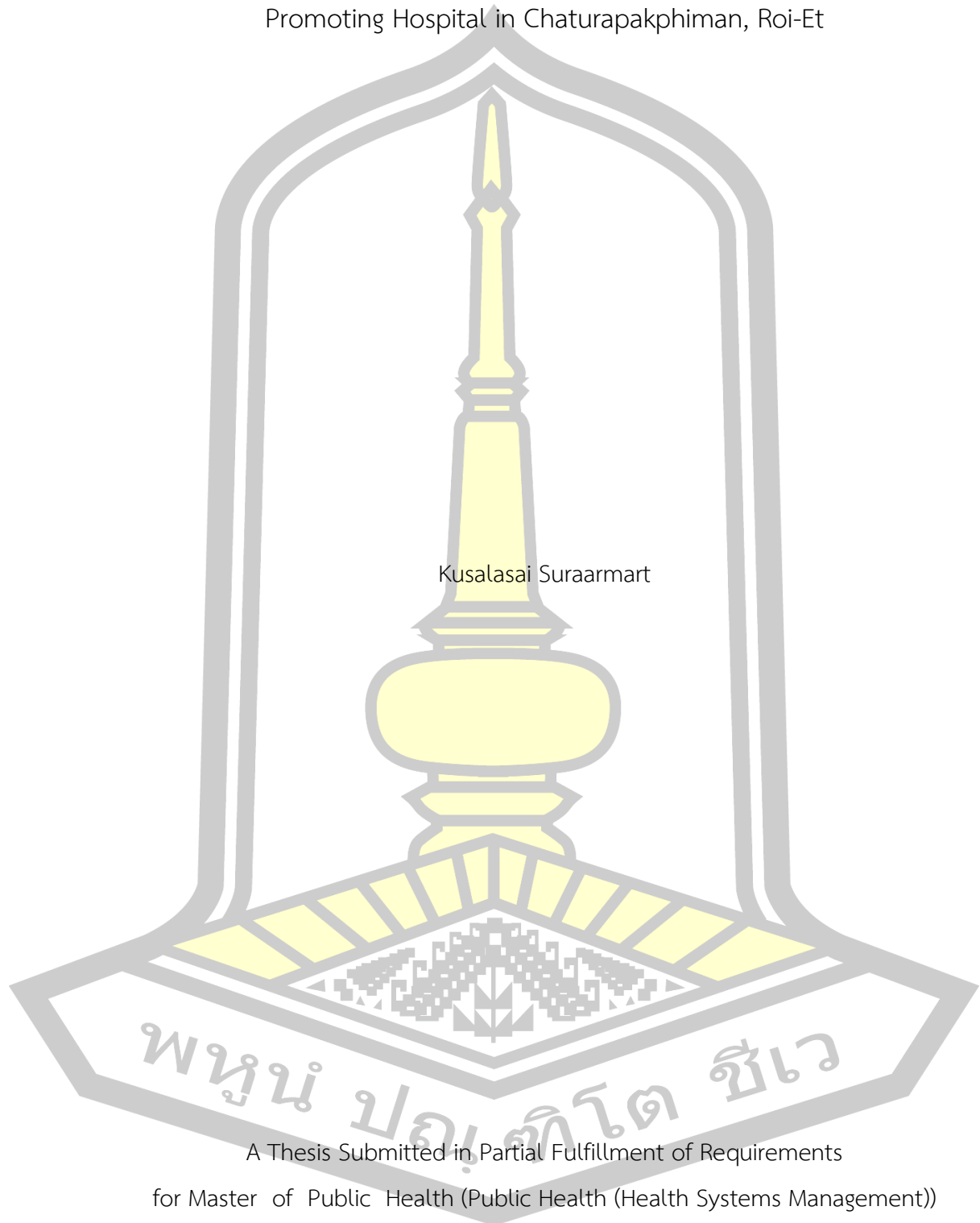


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบ
สุขภาพ)

ปีการศึกษา 2560

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Quality Improvement Model for Laboratory Standard in Sub-district Health
Promoting Hospital in Chaturapakphiman, Roi-Et



Kusalasai Suraarmart

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health (Health Systems Management))

Academic Year 2017

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวกุศลาสัย สุราอมาตย์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. วีรติ ปานศิลา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. เสฐียรพงษ์ ศิวินา)

กรรมการ

(อ. ดร. สันติสิทธิ์ เขียวเงิน)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. สุทิน ชนະบุญ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. วิทยา อยู่สุข)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผศ. ดร. กฤษณ์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	กุศลาสัย สุราอามาตย์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ ดร. เสฐียรพงษ์ ศิวินา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ)
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหนึ่งในกิจกรรมที่จำเป็น ที่ต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เพื่อให้เกิดความมั่นใจต่อการใช้บริการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถาม และประเมินตนเอง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ประกอบด้วยขั้นตอน 7 ขั้นตอนได้แก่ 1) การแต่งตั้งคณะทำงาน 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การดำเนินงานตามแผน 5) สังเกตการดำเนินงาน 6) คัดข้อมูลและเปรียบเทียบผล และ 7) สรุปและถอดบทเรียน และพบว่าภายหลังการดำเนินงาน ในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเพิ่มจากร้อยละ 42.80 เป็นร้อยละ 91.40 การมีส่วนร่วมคะแนนเพิ่มจากร้อยละ 25.70 เป็นร้อยละ 65.70 และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (mean =4.05, SD.=0.32) ภายหลังการพัฒนา

พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ติดตามทุกแห่ง

โดยสรุปกระบวนการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ การ
กำหนดนโยบายจากประธานเครือข่ายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทีมสหวิชาชีพ และ
การมีระบบกำกับ นิเทศ ติดตามของทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม, ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์
และสาธารณสุข



TITLE	Quality Improvement Model for Laboratory Standard in Sub-district Health Promoting Hospital in Chaturapakphiman, Roi-Et		
AUTHOR	Kusalasai Suraarmart		
ADVISORS	Associate Professor Songkramchai Leethongdee , Ph.D. Satianpong Siwina , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health (Health Systems Management)
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2017

ABSTRACT

Laboratory analysis in the Sub-district Health Promoting Hospital-SHPH is one of the necessary activities. It was called the quality standard of the SHPH (5 Stars Rating) to ensure the quality of service in the office. This action research aimed to developing models of quality improvement in medical care and public health laboratories in SHPH network of Chaturapakphiman district, Roi-Et province. The 35 targets group was selected as the key informants. Both quantitative and qualitative data were collected by observing interview and questionnaire including self-assessment questions. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. It was applying content analysis method for qualitative data analysis.

The study indicated that the development process consists of 7 steps: 1) Appointment of task force committee 2) Situational analysis 3) Formulation of action plan 4) Plan Implementation 5) Observation 6) Data Retrieval and Comparison 7) Summary and Lesson learned. After the operation, it was found that the participant's knowledge scores in practice were increased from 42.80% to 91.40%. Participation's level was increased from 25.70% to 65.70% and the satisfaction of the process was at

the high level (mean = 4.05, SD = 0.32). Additionally, all SHPHs were passed with regards to the criterion of the 5 stars rating standard.

In summary, the key significantly success of this process comprised of 1) clearly and direction of policy from the top administrators, 2) participation of a multidisciplinary team and 3) the effectively of monitoring and supportive system among the network.

Keyword : 5 stars rating of Sub-district Health Promoting Hospital, Quality improvement in Primary care Medical care and public health laboratories standard



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก รองศาสตราจารย์.ดร.สงครามชัย ลีทองดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวคิดที่เป็นประโยชน์ พร้อมทั้งได้ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์มีกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด นางสาวจันทร์ วัชรกิตติ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และนายประเนียร วงศ์อำมาตย์ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ และให้นำแนะนำ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาท วิชาความรู้ในด้านวิชาการ ขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นผู้ให้กำลังใจมาโดยตลอด คุณค่าและประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบบูชามอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

กุลลาสัย สุราอำมาตย์

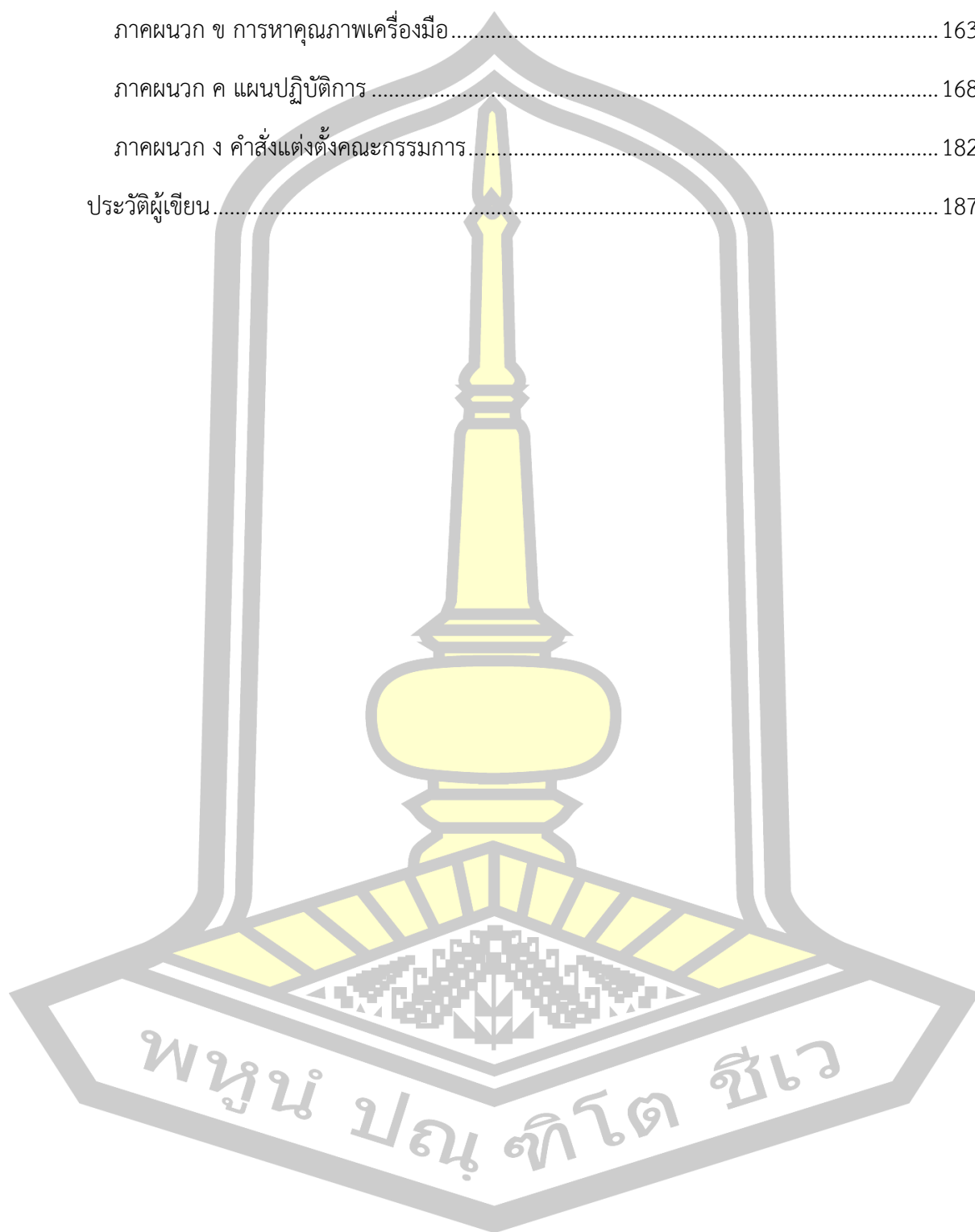
พนุน ปณุ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ณ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูป.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	7
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	8
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	8
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	11
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว.....	11
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555.....	26
2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพ.....	36
2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม.....	53
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ.....	57
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR).....	59
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	66

2.7.1 งานวิจัยในประเทศ	66
2.7.2 งานวิจัยต่างประเทศ	69
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	72
3.1 รูปแบบการวิจัย	72
3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย	73
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	74
3.4 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล	75
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	77
3.6 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	79
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	81
3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	82
3.9 จริยธรรมในการวิจัย	82
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	83
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	83
4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	84
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	84
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	124
5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย	124
5.2 สรุปผลการวิจัย	125
5.3 อภิปรายผล	133
5.4 ข้อเสนอแนะ	136
บรรณานุกรม	137
ภาคผนวก	143

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	144
ภาคผนวก ข การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	163
ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติการ.....	168
ภาคผนวก ง คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ.....	182
ประวัติผู้เขียน.....	187



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	ร้อยละการประเมินตนเองด้านห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	87
ตาราง 2	จำนวน และร้อยละของประชากรจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	90
ตาราง 3	จำนวน และร้อยละระดับความรู้โดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	92
ตาราง 4	จำนวน และร้อยละของความรู้จำแนกรายข้อต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	92
ตาราง 5	จำนวน และร้อยละการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์.....	95
ตาราง 6	จำนวน และร้อยละการมีส่วนร่วมจำแนกรายข้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	95
ตาราง 7	แสดงประเด็นปัญหาในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว.....	101
ตาราง 8	วิเคราะห์กระบวนการ การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว.....	110
ตาราง 9	ระดับความรู้ และการมีส่วนร่วมโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา	111

ตาราง 10	ระดับความพึงพอใจรายชื่อต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	112
ตาราง 11	ระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว.....	114
ตาราง 12	เปรียบเทียบระดับคะแนนผลการประเมินตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพ ห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	115
ตาราง 13	ผลการประเมินตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และ สาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว ภายหลังการพัฒนา	116
ตาราง 14	เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด	119
ตาราง 15	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) ของแบบทดสอบความรู้.....	164
ตาราง 16	ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของการมีส่วนร่วม ในการพัฒนา	166



สารบัญรูป

	หน้า
รูป 1 รายละเอียดข้อมูลของการบริหารดี.....	16
รูป 2 รายละเอียดข้อมูลประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม	18
รูป 3 รายละเอียดข้อมูลบุคลากรดี.....	19
รูป 4 รายละเอียดข้อมูลบริการดี.....	20
รูป 5 รายละเอียดข้อมูลประชาชนมีสุขภาพดี.....	21
รูป 6 เงื่อนไขที่จำเป็นในการสร้างความพอใจ.....	38
รูป 7 เงื่อนไขที่เพียงพอในการสร้างความพอใจ.....	39
รูป 8 ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพของจुरาน.....	40
รูป 9 ความสัมพันธ์ด้านไตรศาสตร์คุณภาพของจुरาน	41
รูป 10 การบริหารคุณภาพโดยการหมุนวงล้อ PDCA.....	43
รูป 11 กรอบแนวคิดในการวิจัย	71
รูป 12 แผนที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.....	85
รูป 13 รูปแบบในการรูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.....	123

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากการที่องค์การอนามัยโลกได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care : PHC) เมื่อปี ค.ศ. 1978 โดยกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์หลักเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ได้ประกาศไว้ ณ เมือง Alma-Ata คือ เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 (Health for All by the Year 2000) และต่อมาองค์การสหประชาชาติได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาขึ้นใหม่โดยอาศัยกรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ (Dimensions) ของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ซึ่งจะใช้เป็นทิศทางทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายน ปี 2015 ถึงเดือนสิงหาคม 2030 ครอบคลุมระยะเวลา 15 ปี โดยประกอบไปด้วย 17 เป้าหมาย ในส่วนของการพัฒนาระบบสุขภาพนั้นมีการกำหนดไว้ในเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของบริการสุขภาพปฐมภูมิว่า หมายถึงการบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นซึ่งจัดให้กับบุคคลและครอบครัวในชุมชนอย่างถ้วนหน้า โดยอาศัยองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับและมีราคาที่เหมาะสมและชุมชนสามารถจ่ายได้ โดยเน้นการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก และยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพปฐมภูมินี้เป็นจุดเชื่อมของระบบบริการสุขภาพของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนและครัวเรือน เป็นบริการขั้นแรกของการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ทั้งนี้เป้าประสงค์หลักของนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าคือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Equity in Health) ให้กับประชาชนโดยใช้ยุทธศาสตร์บริการสุขภาพปฐมภูมิทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้า และเป็นกลไกหลักในการเชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชน (นครชาติ เผื่อนปฐม, 2554)

การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย หรือการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถือเป็นหน่วยบริการพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความสำคัญ มีการกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศ จัดได้ว่าเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งจะมีการให้บริการที่หลากหลาย ผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม

และป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพรวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม สำหรับการบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิด้านบริการทดสอบหรือตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็น ที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นบริการที่กำหนดในเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.) โดยได้กำหนดมาตรฐานการให้บริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำการทดสอบทางห้องปฏิบัติการใน 5 รายการทดสอบ ได้แก่การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ และการตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น โดยในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมานมีการตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วจำนวน 26,100 ครั้ง ตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะจำนวน 900 ครั้ง ตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ 356 ครั้ง และตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น จำนวน 300 ครั้ง (โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2560) โดยการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นการดำเนินการทดสอบเพื่อค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยเบื้องต้น (Early diagnostic) และติดตามอาการของกลุ่มผู้ป่วยด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น รวมทั้งการเก็บส่งตรวจจากผู้ป่วยและขนย้ายไปยังห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์มากกว่าได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งในรายการที่ทำการทดสอบเจ้าหน้าที่ผู้ทำการตรวจวิเคราะห์จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการทดสอบพร้อมทั้งจะต้องทำการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ให้ได้มาตรฐานเพื่อที่จะได้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2557a)

ในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้นจะต้องมีกระบวนการการบริหารคุณภาพ (Quality Management) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ ตั้งแต่การวางแผน (Quality Plan) การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ (Quality Control) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) และมีระบบการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) เพื่อให้มั่นใจว่าการตรวจวิเคราะห์ดำเนินการภายใต้สภาวะควบคุมตามที่กำหนดในการตรวจวิเคราะห์นั้นจะต้องมีการควบคุมคุณภาพมาตรฐานทั้งกระบวนการเพื่อให้ประชาชนที่ใช้บริการตรวจรับการรักษาหรือตรวจสุขภาพได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพราะผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีมาตรฐานเดียวกันจะทำให้ผู้ใช้ข้อมูลสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยรักษาโรคได้อย่างถูกต้อง และส่งผลให้การรักษาได้อย่างทันทั่วถึง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการต่อไป (สภาเทคนิคการแพทย์, 2555)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจึงต้องมีการนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพมาใช้ในการควบคุมการปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดเกี่ยวกับระบบ ISO 15189 หรือแม้กระทั่งแนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 และสำหรับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการกำหนดมาตรฐานเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนา โดยในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการกำหนดนโยบายการพัฒนางานบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยการใช้มาตรฐานคือ “ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)” เพื่อมุ่งหวังให้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง มีการพัฒนาคุณภาพที่จำเป็นและเหมาะสม (Essential Requirements) อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีระบบการติดตามประเมินผลเพื่อนำผลการประเมินไปจัดทำแนวทางพัฒนาให้มีระบบบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ได้มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและเชื่อถือได้ (Technically Valid Results) เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ โดยมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขนี้มีการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็นมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในที่สุด (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2557b)

ในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นส่วนหนึ่งในยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ ที่มุ่งเน้นจะยกระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้ได้มาตรฐาน โดยให้มีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ซึ่งประกอบไปด้วยทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ระบบการบริหาร บริหารดี เป็นการนำองค์กรและการจัดการดี ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมภิบาล มีแผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ มีระบบรายงานกระบวนการที่สำคัญ ส่วนที่สอง ประกอบด้วย ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ได้มาถึงปัญหาของชุมชนและ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลการบริการ ความร่วมมือ ความพึงพอใจ ส่วนที่สามประกอบด้วยบุคลากรดี มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ สร้างความผาสุก ความพึงพอใจ มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ มีการเสริมพลังประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง ส่วนที่สี่ คือ ประกอบด้วยบริการดี มีการจัดบริการครอบคลุมประเภทและประชาชนทุกกลุ่มวัย จัดบริการตามปัญหาชุมชน ในและนอกสถานบริการ และส่วนสุดท้าย คือประชาชนสุขภาพดี เป็นการประเมินผลการทำงาน ทั้งในบทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง ด้วยพฤติกรรม 5 อ. 2 ส.

และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด รวมทั้งการมีนวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ ซึ่งมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) นี้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2660 ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด จำนวน 9,750 แห่ง และต้องมีการดำเนินการเพื่อให้ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ทุกแห่ง ภายใน 5 ปี หรือภายในปี 2565 เพื่อนำไปสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน (โสภณ เมฆธน, 2559)

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) โดยมีการระบุในเกณฑ์การประเมินส่วนที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี ระบบงานที่ 1.3.3.2 ระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ซึ่งตามเกณฑ์นั้นการประเมินจะประกอบไปด้วยทั้งหมด 8 ส่วนด้วยกัน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 หมวดของบุคลากร ส่วนที่ 2 สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 วัสดุน้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ส่วนที่ 4 ขั้นตอนก่อนการทดสอบ ส่วนที่ 5 ขั้นตอนการทดสอบ ส่วนที่ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ ส่วนที่ 7 ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย และส่วนที่ 8 คือการรายงานผลการทดสอบตามเกณฑ์การประเมิน โดยผลการประเมินจะต้องมีระดับคะแนนมากกว่า 80% ขึ้นไปจึงจะถือว่าผ่านการประเมิน ซึ่งในส่วนของคะแนนในหมวดที่ 1 นั้นมีคะแนนทั้งหมด 282 คะแนน ซึ่งคิดเป็น 30 % ของคะแนนทั้ง 5 หมวด และในด้านระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น มีคะแนน 107 คะแนนคิดเป็น 37.94 % ของหมวดที่ 1 ซึ่งถือว่าเป็นคะแนนที่มากในการที่จะช่วยให้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีการพัฒนาระบบงานเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดตั้งเป้าหมายในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดจำนวน 229 แห่ง จะต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อให้ผ่านการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวโดยในปีเป้าหมายคือ เริ่มพัฒนาในปี พ.ศ. 2560 โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 10 คิดเป็นประมาณ 27 แห่ง ในปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 20 คิดเป็นประมาณ 56 แห่งในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 50 คิดเป็นประมาณ 116 แห่ง ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 80 คิดเป็นประมาณ 174 แห่ง และในปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวร้อยละ 100 คิดเป็น 299 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2560)

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดจำนวน 12 แห่ง มีเป้าหมายการพัฒนาโดยเริ่มในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 10 คิดเป็น 1 แห่ง ในปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวร้อยละ 20 คิดเป็น 3 แห่งในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวร้อยละ 50 คิดเป็น 6 แห่ง ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 80 คิดเป็น 10 แห่ง และในปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องผ่านการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ร้อยละ 100 คิดเป็น 12 แห่ง ซึ่งภาพรวมของการประเมินตนเองโดยใช้เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ทั้ง 5 หมวดพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอจตุรพักตรพิมานผ่านการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจำนวน 1 แห่งคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลางซึ่งได้คะแนน 92.00 % ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหลือจะมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 75-84 คะแนน (โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2560)

ด้านระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) นั้น ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 12 แห่งในอำเภอจตุรพักตรพิมานผ่านการประเมินจำนวน 2 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลางซึ่งมีคะแนน 82.25% และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิ้นฟ้า คิดเป็นร้อยละ 80.50 ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหลือมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 40-70% คะแนนผลการประเมินตนเองตามรายหมวดพบว่าภาพรวมของการประเมินตนเองในส่วนของระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคะแนนสูงสุดในส่วนของขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัยได้คะแนน 91.67% ลำดับที่ 2 ได้แก่สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงานได้คะแนน 80.08% และลำดับที่ 3 ได้แก่ขั้นตอนก่อนการทดสอบได้คะแนน 78.33% ในส่วนของคะแนนการประเมินตนเองไม่ผ่านสามลำดับแรกได้แก่การรายงานผลการทดสอบได้คะแนน 38.75% ลำดับที่สองคือการประกันคุณภาพการทดสอบได้คะแนน 39.42 % และสุดท้ายคือหมวดของบุคลากรได้คะแนน 57.50 % ตามลำดับ (โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลการวิจัยในด้านการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งในด้านคุณภาพ และระบบ บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากส่วนที่หนึ่งด้านความไม่ต่อเนื่องของ นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้บริหารที่ขาดความชัดเจน ขาดการบูรณา การ ขาดความยั่งยืน ขาดการสนับสนุนต่อผู้ปฏิบัติ ทำให้เกิดปัญหาการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่ขาด ความเข้าใจ ส่วนที่สองพบว่าเกิดจากปัญหาในด้านขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ การสนับสนุนที่หลากหลายและความเข้มแข็งของการขับเคลื่อนนโยบายที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า แนวทางการพัฒนาที่ไม่ใช่แบบเดียวกันทั้งหมด ทำให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ประสบผลสำเร็จ จึงต้องมีการปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบ บริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนที่สามในด้านบุคลากรยังพบว่าขาดการสนับสนุนในการผลิต และพัฒนากำลังคนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ ปัญหาขาดการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ บุคลากร ความไม่พร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ที่สนับสนุน ส่วนที่สี่ปัญหาด้านขาดการสนับสนุนความ ร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัญหาเครือข่าย วิชาชีพที่จะร่วมกันสร้างคุณค่า ค่านิยมในการดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งปัญหา สถานการณ์การเงินการคลังที่ยังไม่ค่อยดีและไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และสุดท้ายส่วนที่ห้าคือปัญหา ด้านการผสมผสานองค์ความรู้ สุขภาพสาขาต่างๆ ในการจัดบริการสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาหาแนว ทางการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับด้านการบริหารจัดการ (นครชาติ เผื่อนปฐม, 2554)

เช่นเดียวกับผลงานวิจัยของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ที่ยังไม่บรรลุตามเป้าประสงค์เท่าที่ควร ส่วนที่หนึ่งเนื่องจากสถานการณ์การเงิน การคลังไม่ค่อยดี ส่วนที่สองขาดการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในการวางแผน ผลิตและพัฒนาบุคลากรในพื้นที่จากท้องถิ่นมีน้อย ส่วนที่สามนโยบายระดับประเทศยังไม่สอดคล้อง กับความพร้อมขององค์กรระดับพื้นที่ ส่วนที่สี่การพัฒนาบุคลากรยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และ ส่วนสุดท้ายส่วนที่ห้าความคาดหวังของประชาชนสูงเกินกว่าความจำเป็นในการรับบริการสุขภาพใน ปัจจุบัน ประชาชนบางส่วนมีค่านิยมในการดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองได้น้อยเป็นต้น (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2553)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงมีแนวคิดในการที่จะพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพ ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ตอบสนองต่อ ความต้องการในการให้บริการแก่ประชาชน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการรับบริการและจะ

ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลของการพัฒนาจะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

1.2 คำถามในการวิจัย

กระบวนการในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไปของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัย

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.2 เพื่อศึกษาขั้นตอนและกระบวนการการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ได้ทราบปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.2 ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.3 ได้รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.4 ได้ข้อเสนอแนะจากการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีมาตรฐานและยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา

ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 12 แห่ง ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผือ
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองหงส์
- 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกล่าม
- 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำใส
- 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแดง
- 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง
- 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสังข์
- 8) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่องคำ
- 9) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอี้อง
- 10) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิ้นฟ้า

11) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู่น้อย

12) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีโคตร

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวนทั้งหมด 94 คน

1.5.3 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 35 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยการกำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมในการวิจัยโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.5.4 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม – เดือนพฤษภาคม 2561 โดยดำเนินการศึกษาในชั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัยในเดือนมกราคม 2561 และดำเนินการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์จนถึงเดือนพฤษภาคม 2561

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจัดบริการทั้งในด้านทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งประกอบไปด้วยทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ระบบการบริหารดี ประสานงานดี บุคลากรดี บริการดี และส่วนสุดท้าย คือประชาชนสุขภาพดี

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) โดยมีการระบุในเกณฑ์การประเมินส่วนที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี ระบบงานที่ 1.3.3.2 ระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ซึ่งตามเกณฑ์นั้นการประเมินจะประกอบไปด้วยทั้งหมด 8 ส่วนด้วยกัน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 หมวดของบุคลากร ส่วนที่ 2 สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ส่วนที่ 4 ขั้นตอน

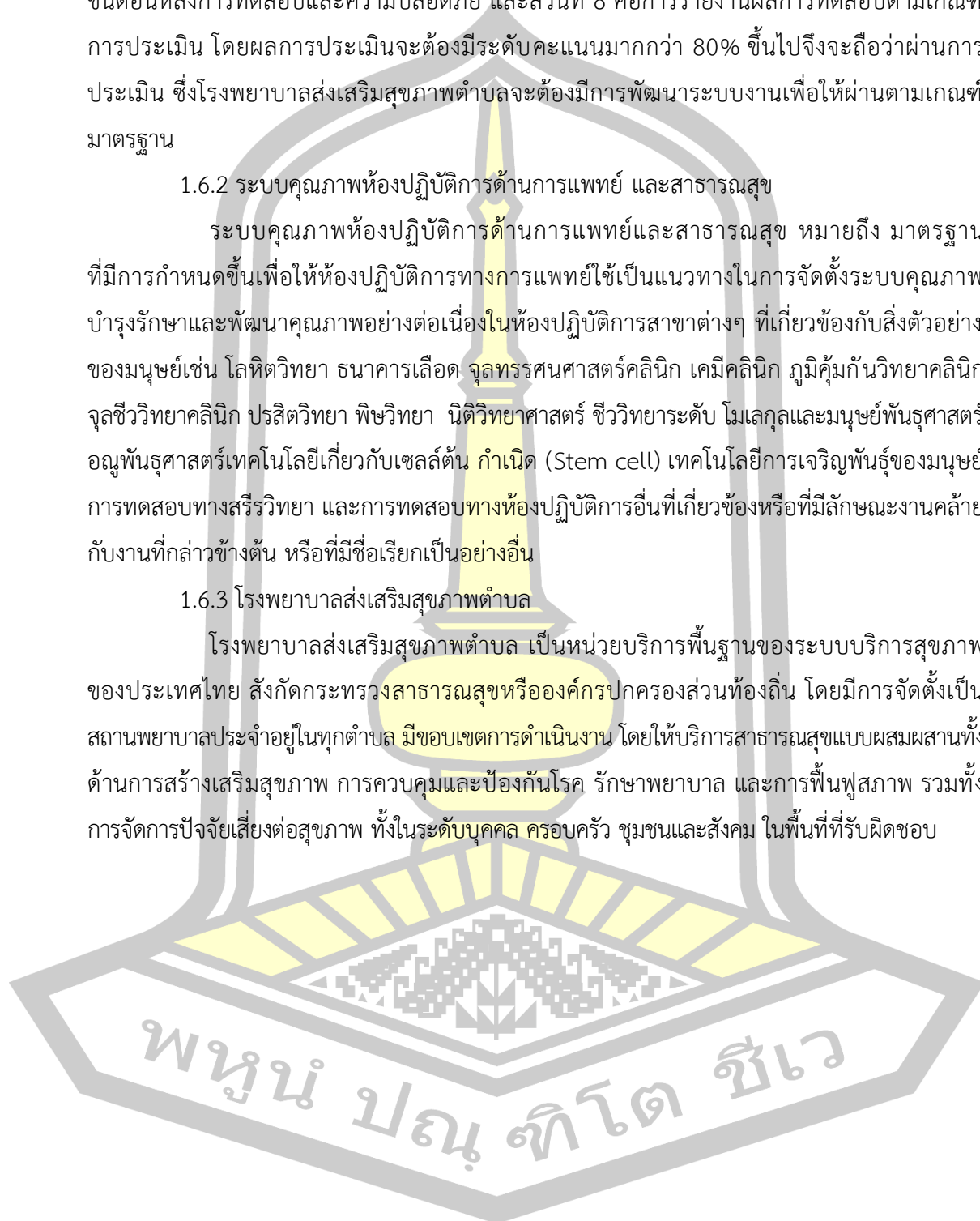
ก่อนการทดสอบ ส่วนที่ 5 ขั้นตอนการทดสอบ ส่วนที่ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ ส่วนที่ 7 ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย และส่วนที่ 8 คือการรายงานผลการทดสอบตามเกณฑ์การประเมิน โดยผลการประเมินจะต้องมีระดับคะแนนมากกว่า 80% ขึ้นไปจึงจะถือว่าผ่านการประเมิน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีการพัฒนาระบบงานเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

1.6.2 ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข

ระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง มาตรฐานที่มีการกำหนดขึ้นเพื่อให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการจัดตั้งระบบคุณภาพบำรุงรักษาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในห้องปฏิบัติการสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งตัวอย่างของมนุษย์เช่น โลหิตวิทยา ธนาคารเลือด จุลทรรศนศาสตร์คลินิก เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาคคลินิก จุลชีววิทยาคคลินิก ปรสิตวิทยา พืชวิทยา นิติวิทยาศาสตร์ ชีววิทยาระดับ โมเลกุลและมนุษย์พันธุศาสตร์ อนุพันธุศาสตร์เทคโนโลยีเกี่ยวกับเซลล์ต้น กำเนิด (Stem cell) เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ การทดสอบทางสรีรวิทยา และการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่มีลักษณะงานคล้ายกับงานที่กล่าวข้างต้น หรือที่มีชื่อเรียกเป็นอย่างอื่น

1.6.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลประจำอยู่ในทุกตำบล มีขอบเขตการดำเนินงาน โดยให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารรวมถึงได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพ
- 2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ (Approach) มีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการ ปฐมภูมิในรูปแบบของเครือข่ายบริการโดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการรวมทั้งการบริหารจัดการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กรเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพ การจัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ) และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณ กองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน (DHS) และ

อาศัยการมีส่วนร่วมของสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ไปใช้ในการทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมีความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560)

โดยมาตรฐานประกอบด้วย 5 ส่วน ต่อไปนี้คือ บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดีจึงเป็นที่มาของคำว่า รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี)

ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยแต่ละส่วนหมายถึง

M คือ Masteryการมีภาวะผู้นำในทุกระดับ มีการให้ความสำคัญและให้น้ำหนักคะแนนในเกณฑ์ คุณภาพส่วนที่ 1 สูง คือ เรื่องการบริหารงานที่ดี การนำองค์กรและการจัดการดี เช่น ผู้บริหารทุกระดับ กำหนดทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน ต้องมีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) คณะกรรมการสุขภาพตำบลโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องทำงานร่วมกับ รพ.สต. เพื่อจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน เป็นต้นถ้าส่วนนี้ไม่สำเร็จอาจทำให้การพัฒนาในส่วนอื่นไม่สำเร็จตามมาได้

O คือ Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เกณฑ์คุณภาพในส่วนที่ 3 รพ.สต. มีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรมงานวิจัย ที่ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สุขภาพดีเป็นต้น

P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกณฑ์คุณภาพในส่วนที่ 4 เน้น ให้มีการจัดบริการที่จำเป็นเหมาะสม (Essential care) ให้สอดคล้องกับปัญหาชุมชน (ODOP) ครอบคลุมทุก ประเภทและกลุ่มวัย

H คือ Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เกณฑ์คุณภาพในส่วนที่ 2 การประสานเครือข่ายได้ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความอ่อนน้อมถ่อมตนทำให้การทำงานราบรื่น

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพอันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์และมีเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

โดยมีความคาดหวังว่าประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5 ดาว 5 ดี) ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย คือ

1. ประชาชนได้รับบริการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดีมีส่วนร่วมสามารถจัดการเรื่องระบบบริการการเงิน โครงสร้าง สถานที่และอุปกรณ์รวมถึงระบบสนับสนุนทำให้หน่วยบริการทำงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
2. หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง
3. บุคลากรที่ให้บริการมีเพียงพอเหมาะสม มีศักยภาพ และมีความสุขในการให้บริการ รวมถึงมีกลไกทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งมีความสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้
4. ประชาชนจะได้รับบริการที่ดีตอบสนองกับปัญหาในพื้นที่การบริการในและนอกหน่วยบริการ มีครบถ้วนตามความจำเป็น ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูควบคุมโรคและการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย
5. ประชาชนมีสุขภาพดีมีกลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีการติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพเพื่อนำไปพัฒนานวัตกรรมการจัดการความรู้ไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

เนื้อหาของมาตรฐานในแต่ละส่วนมีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 บริหารดี

ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา แต่การมีภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญเช่นกัน แม้ไม่ได้เป็นผู้บริหารก็ตาม เช่น สามารถประสานงาน ผู้บริหาร ภาคีเครือข่ายให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จเป็นต้น หรือที่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและมีช่องทางการสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจสามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้นำของภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์มีการติดตามผลการทำงาน มีการให้ความสำคัญกับข้อร้องเรียนมีการจัดระบบรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการแก้ไข มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมายระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคมโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพดูแลกัน ในชุมชนให้มีสุขภาพดี

นอกจากนี้ระบบการบริหารจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเงิน อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เช่น การป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) เภสัชกรรม/คัมครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาล แม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนา เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่ม ศักยภาพการให้บริการในหน่วยบริการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับ การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

รายละเอียดข้อมูลในส่วนของการบริหารดี มีดังนี้

ส่วนที่ 1 บริหารดี ประกอบด้วยหมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี ได้แก่

1.1 การนำองค์กรและธรรมาภิบาล

1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหาร

1.1.1.1 มีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) และ

ระดับตำบล

1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอดทิศทาง

1.1.1.3 การกำกับดูแล

1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน

1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินงาน

1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม

1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม

1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่สำคัญ

1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ

1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์

1.2.1.2 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์

1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี

1.3.2 การจัดการ อาคาร สถานที่ สภาพแวดล้อม

1.3.3 การจั้ระบบบริการสนับสนุน

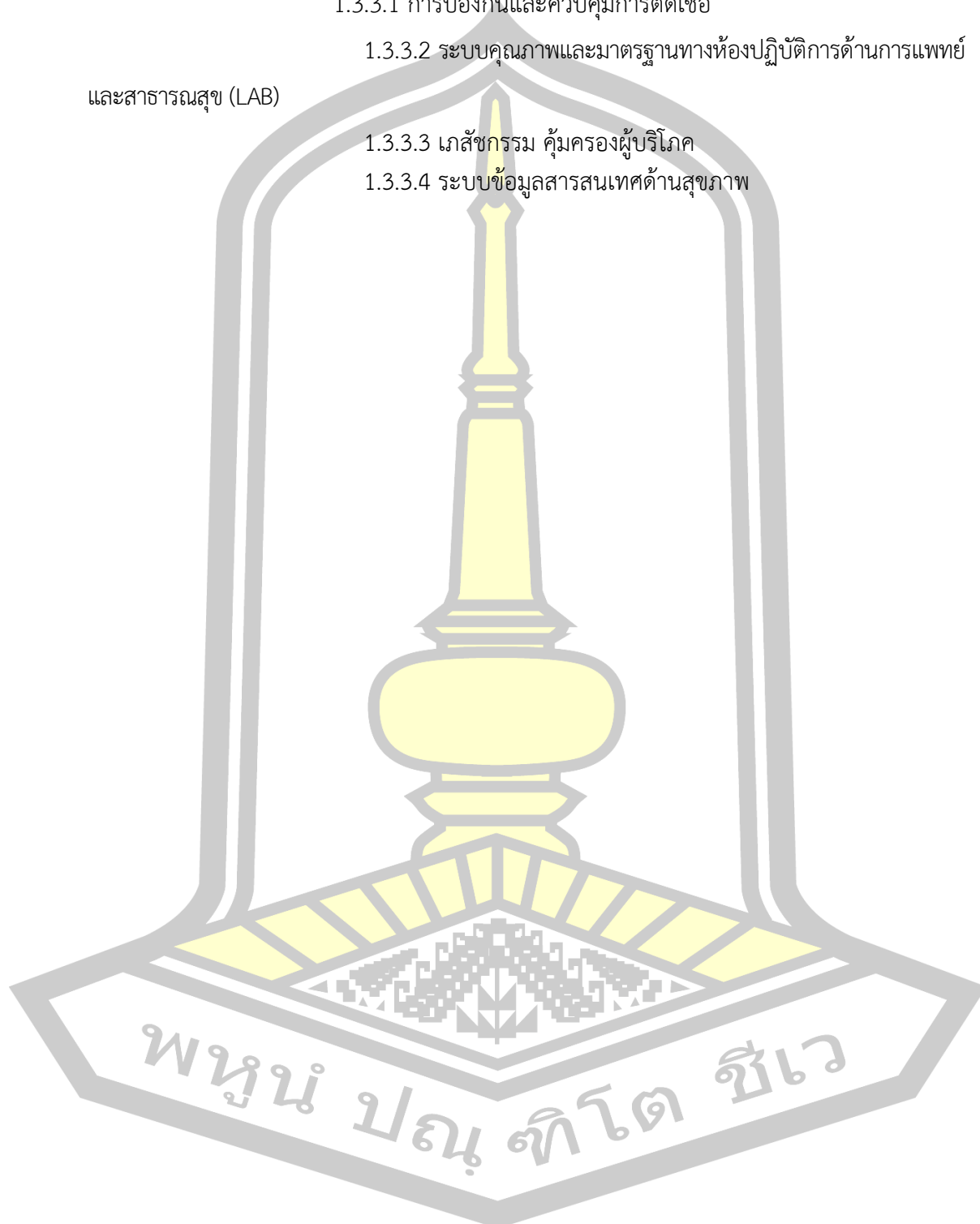
1.3.3.1 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

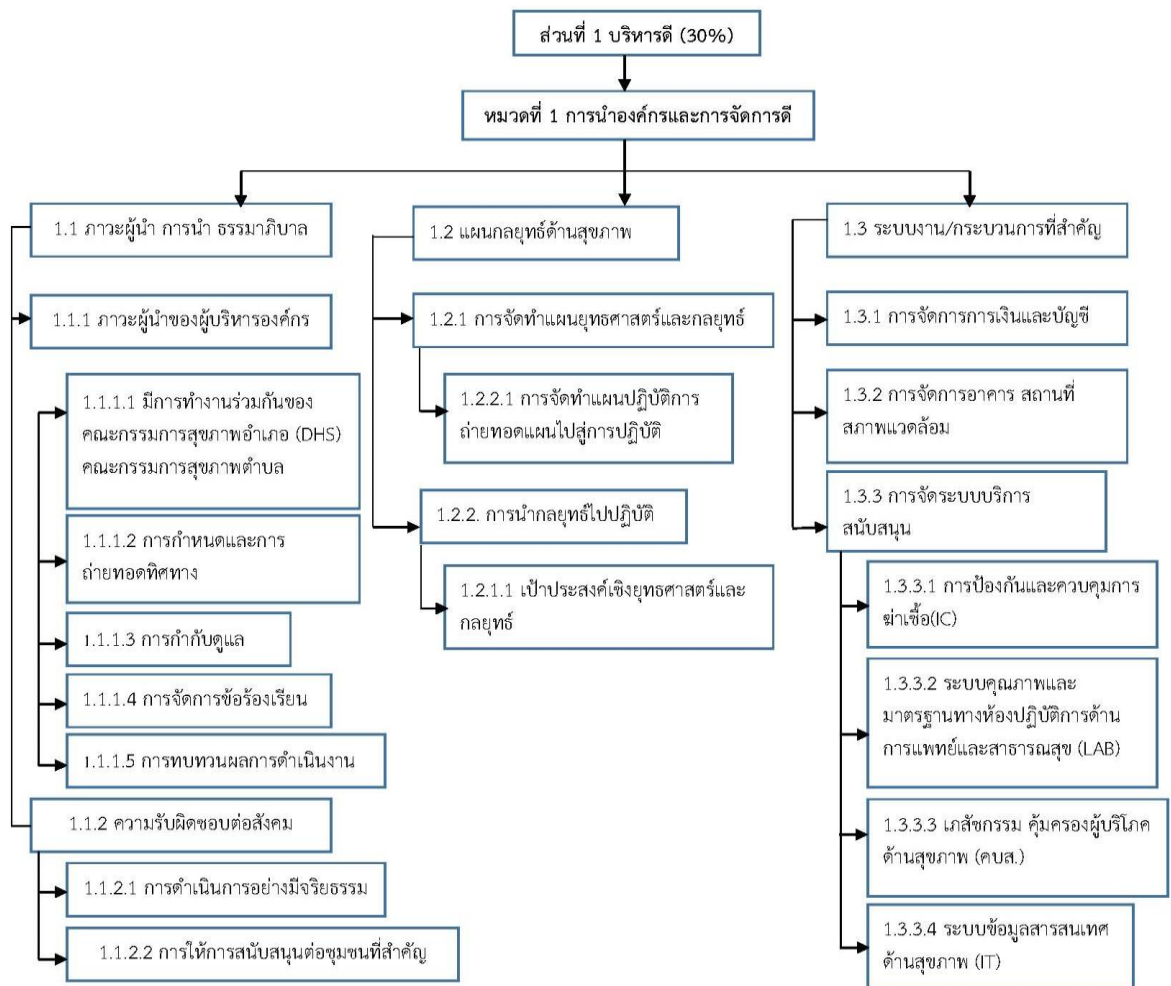
1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์

และสาธารณสุข (LAB)

1.3.3.3 เกสัชกรรม คุ้มครองผู้บริโภค

1.3.3.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ





ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560)

รูป 1 รายละเอียดข้อมูลของการบริหารดี

ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่ายต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่ายและภาคีเครือข่าย มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับ ชุมชนและสร้างความร่วมมือร่วมกันคิดค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผน โครงการแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำร่วมกันแก้ปัญหาารวมถึงประเมินผลและเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งผลให้ ประชาชนมีสุขภาพดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน

นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้วการประสานภายใน คปสอ. หรือ รพ.สต. มี แนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมเหมาะสมตามบริบท ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม ประกอบด้วยหมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชาชนเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่

2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
ฐานข้อมูลผู้รับบริการ

2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย

2.2.1 คปสอ

2.2.2 รพ.สต.ในเครือข่าย

2.3 ประสานงานนอกและภาคีเครือข่าย

2.3.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชนนอกเครือข่าย

2.3.2 อปท.

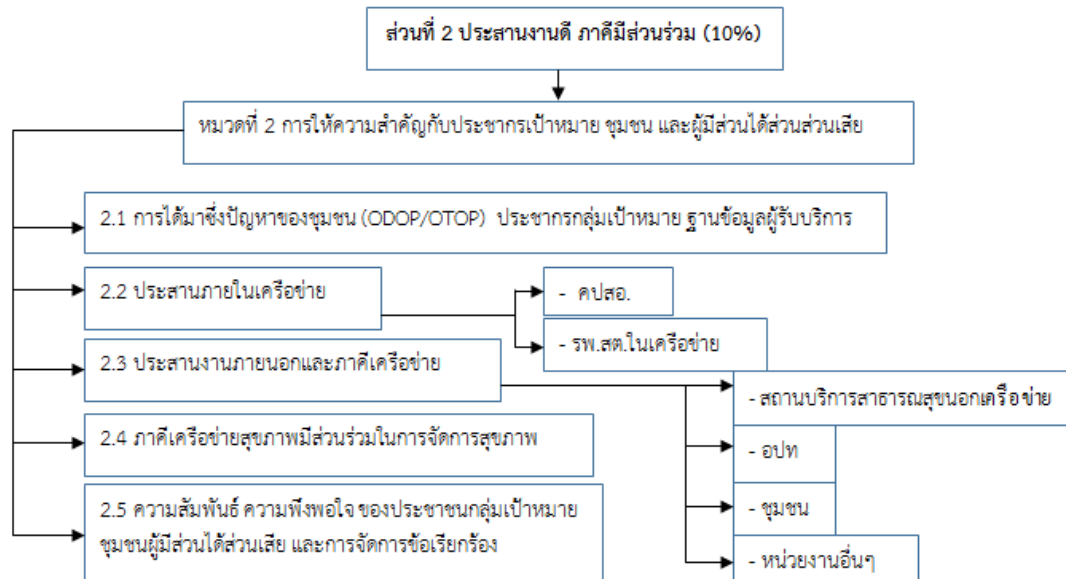
2.3.3 ชุมชน

2.3.4 หน่วยบริการอื่นๆ

2.4 ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจของประชาชนเป้าหมายชุมชน ผู้มีส่วนได้
ส่วนเสียและการจัดการข้อร้องเรียน

พหุ ประเด็น ชีว



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560)

รูป 2 รายละเอียดข้อมูลประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 บุคลากรดี

เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีควรมีการวางแผนเรื่องอัตรากำลังสำรวจส่วนขาดวางแผนการสรรหา บุคลากรให้ตรงตามความต้องการ มีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการพัฒนาคุณภาพบุคลากร สร้างแรงจูงใจ สร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้รางวัล ประเมินผลอย่างเป็นธรรม การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจ อันเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี แล้วเจ้าหน้าที่ต้องมีความสุขในการทำงานด้วยและเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพยั่งยืน ในการพัฒนาบุคลากรรวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้

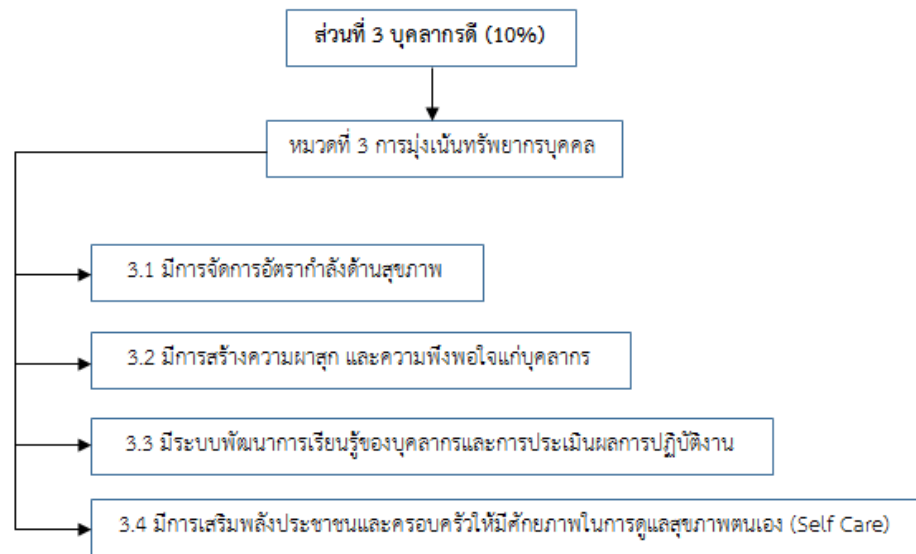
3. บุคลากรดี ประกอบด้วย หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ได้แก่

- 3.1 มีการจัดการอัตรากำลังด้านสุขภาพ
- 3.2 การสร้างความผูกพันและความพึงพอใจแก่บุคลากร
- 3.3 ระบบการพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากร และการประเมินผลการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติงาน

- 3.4 ประชาชนและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self

care)



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560)

รูป 3 รายละเอียดข้อมูลบุคลากรดี

ส่วนที่ 4 บริการดี

หน้าที่สำคัญของ รพ.สต. คือการจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับมีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

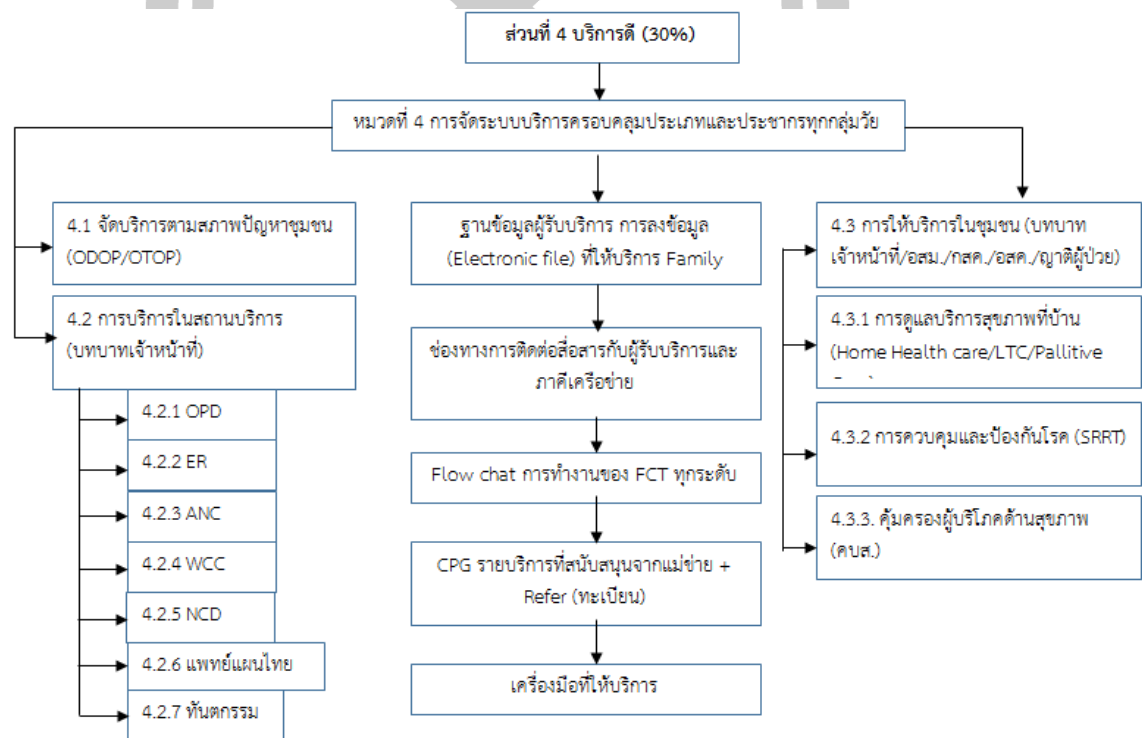
การพัฒนางานเชิงรับในสถานบริการ รพ.สต.เป็นหน่วยบริการด่านหน้า สามารถให้บริการที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมป้องกัน ฟันฟู และทุกกลุ่มวัยได้แก่การบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การฝากครรภ์คลินิกส่งเสริม สุขภาพเด็กกึ่งการฟันฟูโดยแพทย์แผนไทยหรือกายภาพบำบัด และงานทันตกรรม มีเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้สำหรับการให้บริการประชาชน

การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยติดเตียงผู้พิการ การควบคุมโรคระบาด การคุ้มครองผู้บริโภค ในการบริการต้องมีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงอาศัย Clinical Practice Guidelines (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นแนวทางการให้บริการ และสามารถปฏิบัติได้จริง สร้างช่องทางการสื่อสาร ระบบให้คำปรึกษาแบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถเพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ มีการบันทึกข้อมูลบริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เก็บรักษาในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย

4. บริการดี ประกอบด้วย หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภท และประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้แก่

- 4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)
- 4.2 การบริการในสถานบริการ เช่น OPD ER ANC WCC NCD แผนไทย
- 4.3 การบริการในชุมชน
 - 4.3.1 การดูแลสุขภาพที่บ้าน และ Palliative care
 - 4.3.2 การควบคุมและป้องกันโรค
 - 4.3.3 คุ่มครองผู้บริโภครด้านสุขภาพ

ทันตกรรม



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560)

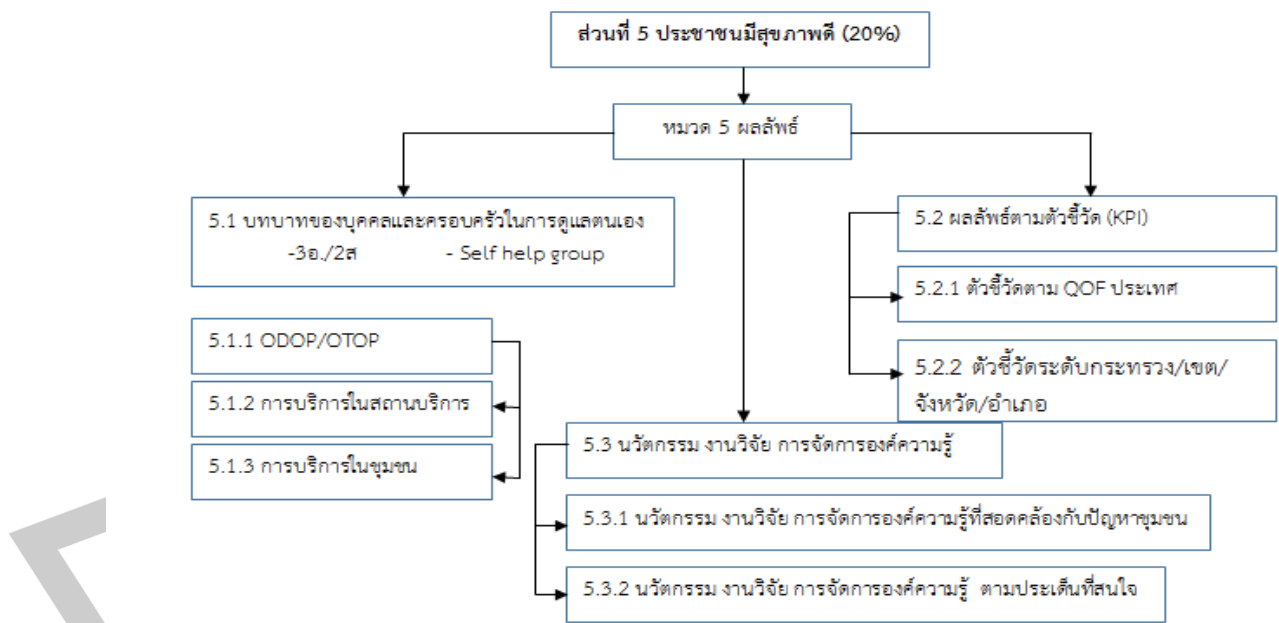
รูป 4 รายละเอียดข้อมูลบริการดี

ส่วนที่ 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

สุดท้ายผลลัพธ์ในการทำงานคือ ประชาชนมีสุขภาพดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้รวมถึงร่วมกันดูแลกัน ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้รับบริการด้านสุขภาพครบถ้วนเหมาะสม มีการติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลกลางคือ HDC

และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สร้างนวัตกรรม งานวิจัยสอดคล้องกับปัญหาชุมชน เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

5. ประชาชนมีสุขภาพดี ประกอบด้วยหมวดที่ 5 ผลลัพธ์ ได้แก่
- 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (self care)
 - 5.1.1 การบริการในสถานบริการ
 - 5.1.2 การบริการในชุมชน
 - 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด
 - 5.2.1 ตัวชี้วัดระดับประเทศ
 - 5.2.2 ตัวชี้วัดระดับกระทรวง/เขต/จังหวัด/อำเภอ
 - 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้
 - 5.3.1 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน
 - 5.3.2 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ตามประเด็นที่สนใจ



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560)

รูป 5 รายละเอียดข้อมูลประชาชนมีสุขภาพดี

โดยในเกณฑ์การประเมินส่วนที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี ระบบงานที่ 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ ระบบที่ 1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน ระบบงานที่ 1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) เป็นการประเมินการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ เนื่องจากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีการเปิดตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจำนวน 5 การทดสอบได้แก่ การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ) การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) และการเก็บตัวอย่าง Rectal swab ซึ่งเกณฑ์ในการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) มีดังนี้

1. ด้านบุคลากร

1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ โดยผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จาก รพ.พี่เลี้ยง หรือผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน รพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม

1.2 ผู้ที่ผ่านการอบรมจะต้องมีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ในรพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของรพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 5 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน

1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และต้องมีคำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงาน ต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน

1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง.วิทยาศาสตร์การแพทย์ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิซึ่งต้องมีคำสั่งแต่งตั้ง และมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book

2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน

สถานที่ปฏิบัติงานรวมถึงพื้นที่จัดเก็บตัวอย่าง พื้นที่ปฏิบัติงานทดสอบพื้นที่จัดเก็บเอกสาร พื้นที่พัก ซึ่งต้องควบคุมสภาวะแวดล้อมและความปลอดภัยทั้งต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้องการไหลเวียนของงาน ต้องคำนึงถึงความสะอาด ปลอดภัยไม่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพควรกำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมการเข้าออกของบุคคลภายนอก

2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ห้องทำงานจากพื้นที่ปฏิบัติการ พื้นที่ตรวจปัสสาวะควรเป็นส่วนไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ

2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม โดยพื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรงจับโยกไม่ได้

3. วัสดุน้ำยาและเครื่องมือทดสอบ

3.1 วัสดุน้ำยา

3.1.1 มีระบบการเลือกการจัดซื้อ การเบิกจ่ายการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้าจ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกันกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง

3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุของน้ำยาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ โดยมีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา

3.2 เครื่องมือทดสอบ

3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือโดยทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคาเป็นต้น เครื่องปั่น Hct ควรีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มีเสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน

3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือ ซึ่งแผนในการสอบเทียบเครื่องมือ สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ. สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต.เองก็ได้ แต่ต้องรวมนาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย

3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ ส่วนนาฬิกาจับเวลาสอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำได้เองมีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง

3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว

3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ

3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน

3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ

3.4.1 มีแถบวัด Sugar, Protein ในปัสสาวะไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา

3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)

3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และ มีการใช้นาฬิกาจับเวลา

3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว)

3.6 การตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)

3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ

3.6.2 บันทึกรการตรวจสอบแปรงถ่าน/ฟิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้ฟิวส์ ให้มีฟิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง

3.6.3 capillary tube สำหรับใช้ตรวจ Hct ต้องไม่หมดอายุ

3.6.4 มีดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพ

พร้อมใช้

4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ

4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิด ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และวิธีการเก็บรักษาตัวอย่างกรณีไม่ได้ตรวจทันที

4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วนได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย อายุเพศผู้ส่งตรวจ รายการตรวจโดยกรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ที่มีการส่งตรวจโดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จตัวเองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ

4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือดภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น

4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่างและผู้เก็บตัวอย่าง

5. ขั้นตอนการทดสอบ

5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ ซึ่งคู่มือการตรวจวิเคราะห์/ การเก็บสิ่งส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์และต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา/ชุดตรวจที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ

5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด

6. การประกันคุณภาพการทดสอบ

6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ โดยควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหากควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วยไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC

6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีที่ตรวจอาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้งต้องมีแผนรองรับ

6.3 กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายในหรือการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผล ดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมี บันทึกไว้เป็นหลักฐานและต้องมีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ

7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย ต้องปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง

7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการมีป้ายฆ่าเชื้อโรค

7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการเช่น กรณีเลือดหก เข็มทิ้งปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น

8. การรายงานผลการทดสอบ

8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติต้องมี work sheet การทดสอบปัสสาวะบันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT น้ำตาลและ โปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจใช้ชุดตรวจ lot number อะไรหมดอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบ รับรองรายงานผล

8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วน เช่น ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผล และลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน

8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเก็บสำเนาผลการตรวจอย่างน้อย 5 ปี

8.4 มีทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

สรุปมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ในส่วนของการปฏิบัติงานด้านห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มาตรฐานรพ.สต.ติดดาวเป็นมาตรฐานที่มีความเหมาะสมที่สุดเพื่อใช้ในการพัฒนา เนื่องจากมีความครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในส่วนของระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการใน รพ.สต. และในส่วนของ การตรวจวิเคราะห์ทาง

ห้องปฏิบัติการนั้น มุ่งเน้นในการพัฒนาทั้งในด้านของ ทรัพยากรบุคคลให้มีความรู้ ความสามารถในการตรวจวิเคราะห์ มุ่งเน้นทั้งในด้านอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือในการตรวจวิเคราะห์ รวมถึงการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ในทุกขั้นตอนของการตรวจวิเคราะห์ ทั้งในขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ และขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง แม่นยำ เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555

ในปี พ.ศ. 2542 สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ขึ้นเป็นครั้งแรก โดยใช้มาตรฐาน ISO/IEC Guide 25 เป็นพื้นฐานหลัก ต่อมาจากเสียงสะท้อนจากสมาชิกของสมาคมฯ ในการประชุมวิชาการประจำปี เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2543 เรียกร้องให้มีการจัดทำมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ฉบับใหม่ โดยใช้สาระสำคัญของ ISO/FDIS 15189 ฉบับปี ค.ศ. 2000 เป็นหลัก ประกอบด้วยมาตรฐาน ISO 9001 ฉบับปี ค.ศ. 2000 มาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ฉบับบูรณาการ พ.ศ. 2543 และมาตรฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2544 จึงเป็นแนวทางให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จัดตั้งระบบคุณภาพ บำรุงรักษา และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 ประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 23 ตุลาคม 2547 ได้มีการแยกอำนาจการควบคุมการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ออกจากอำนาจของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ และให้มีสภาเทคนิคการแพทย์ทำหน้าที่ส่งเสริมการประกอบวิชาชีพ กำหนดและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพและควบคุมมิให้มีการแสวงหาผลประโยชน์ โดยมีขอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันก่อให้เกิดภัยและความเสียหายแก่ประชาชนสภาเทคนิคการแพทย์ได้พิจารณาตามพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 กำหนดวัตถุประสงค์ในมาตรา 7(2) ให้มีการควบคุมกำกับดูแล และกำหนดมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ จึงมีมติให้นำมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2547 มาใช้เป็นมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ และถ่ายโอนภาระงานรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ จากสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทยให้ดำเนินการโดยสภาเทคนิคการแพทย์ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ได้ปรับปรุงให้ครอบคลุม ครบถ้วนทันสมัยตามพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 “วิชาชีพ เทคนิคการแพทย์” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เพื่อให้ได้สิ่งตัวอย่างทางการแพทย์ และการดำเนินการโดยวิธีทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการตรวจ ทดสอบ วิเคราะห์ วิจัยและการรายงานผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย การติดตามการรักษา การพยากรณ์โรค และการป้องกันโรคหรือเพื่อการ

ประเมินภาวะสุขภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 นี้ กำหนดขึ้นเพื่อให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ใช้เป็นแนวทางในการจัดตั้งระบบคุณภาพ บำรุงรักษาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในห้องปฏิบัติการสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งตัวอย่างของมนุษย์ เช่น โลหิตวิทยา ภูมิคุ้มกัน ธนาคารเลือด โลหิตวิทยาและจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก เคมีคลินิก ภูมิคุ้มกันวิทยาคลินิก จุลชีววิทยาคลินิก ประสาทวิทยา พิษวิทยา นิติวิทยาศาสตร์ ชีววิทยาระดับโมเลกุลและมนุษย์พันธุศาสตร์ อนุพันธุศาสตร์ เทคโนโลยีเกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ การทดสอบทางสรีรวิทยา และการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่มีลักษณะงานคล้ายกับงานที่กล่าวข้างต้นหรือที่มีชื่อเรียกเป็นอย่างอื่น (วิภาคฯ จันทรธมล, 2558)

2.2.1 การควบคุมกระบวนการทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

1. สถานที่ สภาวะแวดล้อมและความปลอดภัย

สถานที่ปฏิบัติงาน รวมถึงพื้นที่จัดเก็บตัวอย่าง พื้นที่ปฏิบัติงานทดสอบ พื้นที่จัดเก็บเอกสาร พื้นที่พัก ซึ่งต้องควบคุมสภาวะแวดล้อมและความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ และผู้เกี่ยวข้องการไหลเวียนของงาน ต้องคำนึงถึงความสะอาดปลอดภัยไม่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพควรกำหนดเป็นพื้นที่ควบคุมการเข้าออกของบุคคลภายนอก

1.1 พื้นที่ปฏิบัติงาน

1.1.1 จัดให้มีพื้นที่ปฏิบัติงานพอเพียง สะดวกในการปฏิบัติงาน สภาวะแวดล้อมเหมาะสมไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพของการทดสอบ

1.1.2 มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพของกระบวนการตรวจวิเคราะห์เช่น มีแหล่งพลังงาน/กระแสไฟฟ้า นำแสงสว่าง เสียง การระบายอากาศทิศทางการไหลเวียนอากาศ การควบคุมอุณหภูมิห้อง

1.1.3 ควบคุมการเข้าออกและควบคุมการใช้พื้นที่ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพ

1.1.4 มีการออกแบบและ/หรือบริหารจัดการการไหลเวียนของงานเพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยพิจารณาถึงความเสี่ยงหรืออันตรายจากการปฏิบัติงานที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ และบุคคลภายนอกที่มาติดต่ออาจได้รับ มีวิธีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.1.5 มีพื้นที่พักสำหรับผู้ปฏิบัติงาน แยกจากพื้นที่ปฏิบัติการทดสอบ

1.1.6 แยกพื้นที่ปฏิบัติงาน หรือแยกกิจกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติในพื้นที่เดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพ เช่นงานธนาคารเลือด งานเพาะเลี้ยงเชื้อ เป็นต้น

1.2 ติดตาม ควบคุม และบันทึก สภาวะแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของการทดสอบ เช่น อุณหภูมิที่เก็บรักษาตัวอย่าง ความชื้น เสี่ยงคลื่นความถี่ กระแสไฟฟ้า เป็นต้น

1.3 กำหนดสถานที่ที่ใช้ในการจัดเก็บตัวอย่างให้เหมาะสม แยกออกจากส่วนปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ เป็นสัดส่วนเพื่อรักษาสิทธิของผู้รับบริการ สะดวกสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพของตัวอย่างและการแพร่เชื้อ เช่น พื้นที่เจาะเลือด พื้นที่จัดเก็บเสมหะ พื้นที่ชุดเชื้อรา เป็นต้น พื้นที่จัดเก็บตัวอย่างดังกล่าวควรเตรียมอุปกรณ์/เตรียมการกรณีฉุกเฉิน

1.4 มีสถานที่เก็บสไลด์ บล็อกชิ้นเนื้อ เชื้อจุลชีพ เครื่องมือย้ายวิเคราะห์ วัสดุวิทยาศาสตร์ เอกสาร ข้อมูล คู่มือบันทึกคุณภาพและรายงาน

1.5 มีการรักษาพื้นที่ปฏิบัติงานให้สะอาดเรียบร้อยอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

1.6 มีวิธีจัดเก็บและทำลายสารอันตรายขยะติดเชื้อจากห้องปฏิบัติการ มีชุดจัดเก็บขยะติดเชื้อฉุกเฉิน (Spill kit) และมีวิธีการป้องกันการติดเชื้อการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อม

ข้อสังเกต : มีการฝึกอบรมบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องเป็นกรณีพิเศษตามความจำเป็น

1.7 มีแนวทางการป้องกันและระงับอัคคีภัย

1.8 มีวิธีการแจ้งเหตุ หรือแจ้งข้อมูลเพื่อการปฏิบัติงานหรือเพื่อความปลอดภัยภายในห้องปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ

1.9 มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการปฏิบัติตนปลอดภัย การแก้ไข และป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจติดตามและการบันทึกมีการอบรมให้ความรู้ด้านความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการให้กับบุคลากรทุกระดับ รวมทั้งการปฐมนิเทศบุคลากรเข้าปฏิบัติงานใหม่ และ/หรือนักศึกษาฝึกงาน

1.10 มีกิจกรรมการตรวจติดตามระบบความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีบันทึกและรายงานผลต่อผู้บริหารองค์กรเพื่อการพัฒนาความปลอดภัยลดความเสี่ยง และป้องกันการเกิดซ้ำ

2.2.2 การประกันคุณภาพกระบวนการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1. การควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ ต้องมีระบบประกันคุณภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าการตรวจวิเคราะห์ดำเนินการภายใต้สถานะควบคุมตามที่กำหนด

1.1 มีการจัดทำระบบควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ (Internal Quality Control : IQC) ครอบคลุมทุกรายการตรวจวิเคราะห์เพื่อการทวนสอบ (Verification) กระบวนการวิเคราะห์

1.1.1 สารควบคุม (Quality Control Materials) ต้องทำปฏิกิริยาใกล้เคียงกับตัวอย่างตรวจ ความถี่ของการใช้สารควบคุม กำหนดตามวงรอบการทำงาน และโอกาสเสี่ยงในความแปรปรวน คลาดเคลื่อนที่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ใช้ผลวิเคราะห์

1.1.2 ระดับความเข้มข้นของสารควบคุม ต้องครอบคลุมช่วงค่าวิเคราะห์ที่ใช้ งาน สอดคล้องกับการใช้งานเชิงคลินิก

1.1.3 การใช้สารควบคุมจากแหล่งไม่ใช่ผู้ผลิตเครื่องมือหรือวิธีการหรือน้ำยา กำหนดไว้ ต้องระวังในการอ่านและแปลผล

1.2 ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความเข้าใจระบบควบคุมคุณภาพเกณฑ์การตัดสินผลการควบคุมคุณภาพภายใน ข้อมูลเชิงเทคนิคและเกณฑ์การตัดสินทางการแพทย์

1.2.1 มีระบบติดตามผลการควบคุมคุณภาพภายในอย่างสม่ำเสมอต่อเนืองด้วยข้อมูลที่เป็นกราฟหรือรูปแบบที่สะดวกต่อการติดตามแนวโน้มความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน เพื่อเตรียมการแก้ไขและป้องกัน ก่อนการทำการทดสอบตัวอย่างผู้ป่วย

1.2.2 มีระบบที่มั่นใจว่าไม่มีการรายงานผลวิเคราะห์เมื่อผลการควบคุมคุณภาพภายในไม่ผ่านเกณฑ์ มีการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างผู้ป่วยซ้ำเมื่อทำการแก้ไขสาเหตุของความคลาดเคลื่อนแล้ว รวมทั้งย้อนกลับไปพิจารณารายงานผลวิเคราะห์ที่ออกไปแล้วนับตั้งแต่การควบคุมคุณภาพภายในรอบก่อนหน้า

1.3 มีบันทึกการติดตามและการแก้ไขเมื่อผลการควบคุมคุณภาพภายในไม่อยู่ในเกณฑ์

1.4 มีการบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมคุณภาพ เช่น ข้อมูลสารควบคุมคุณภาพ ผลการควบคุมคุณภาพ

2. การเข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter Laboratory Comparison) เช่นการทดสอบความสามารถระหว่างห้องปฏิบัติการ (Proficiency Testing: PT) การประเมินคุณภาพระหว่างองค์กร (External Quality Assessment Schemes: EQAS)

2.1 ห้องปฏิบัติการต้องทำการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างจากโครงการด้วยวิธีการเดียวกับที่ปฏิบัติต่อตัวอย่างผู้ป่วย ทำการตรวจวิเคราะห์โดยผู้ที่อยู่ในหน้าที่ประจำการในระหว่างตรวจวิเคราะห์ต้องไม่สื่อสารกับห้องปฏิบัติการอื่นเกี่ยวกับโครงการ หรือผลวิเคราะห์ไม่ส่งตัวอย่างให้ห้องปฏิบัติการส่งต่อทำการวิเคราะห์แทน

2.2 ติดตามผลการประเมินระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ ผู้ปฏิบัติงานร่วมกันวิเคราะห์ผล และปฏิบัติการแก้ไขเมื่อได้ผลอยู่นอกเกณฑ์ โครงการทดสอบความสามารถระหว่างห้องปฏิบัติการ

ข้อสังเกต : โครงการสอบเทียบผลวิเคราะห์ระหว่างห้องปฏิบัติการได้แก่ EQAS ระดับสากล หรือ ระดับประเทศที่สอดคล้องตามข้อกำหนดของมาตรฐาน ISO/IEC 17043:2010 ควรเลือกโครงการที่มีกระบวนการครอบคลุมขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์และหลังการวิเคราะห์ และผลสะท้อนถึงสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย (หากเป็นไปได้)

2.3 กรณีที่ไม่มีโครงการ EQA /PT สำหรับรายการวิเคราะห์นั้น ต้องมีกลไกการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlaboratory Comparison) อย่างน้อย 3 แห่ง เช่น การแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการอื่นที่ใช้หลักการวิเคราะห์เหมือนกัน หากเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการที่ใช้หลักการวิเคราะห์ต่างกันต้องมีวิธีการเปรียบเทียบเพื่อทวนสอบค่าที่ได้ในเชิงคลินิก ได้แก่ รายงานผลอยู่ในเกณฑ์ตัดสินใจค่าผิดปกติ หรือปกติ ตามค่าอ้างอิงตัวอย่างที่ใช้ในการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อาจใช้สารมาตรฐานหรือตัวอย่างที่วิเคราะห์ และรู้ผลแล้ว ครอบคลุมค่าปกติ และค่าผิดปกติ (ควรมีข้อมูลอาการทางคลินิกประกอบ) หรือตัวอย่างจากโครงการ EQA /PT กำหนดความถี่ในการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ และมีการติดตามผลการเปรียบเทียบระหว่างห้องปฏิบัติการและร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องและบันทึกไว้ ผลการเปรียบเทียบระหว่างห้องปฏิบัติการต้องคำนึงถึงวิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ วัสดุน้ำยา ที่ใช้ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อรายงานผล

2.4 ระบบการวิเคราะห์ต้องสอบกลับได้ (Traceable) ถึงค่ามาตรฐานสากล (SI unit) โดยมีการเปรียบเทียบค่าความถูกต้องของวัสดุอ้างอิงที่ใช้ถึงระดับสากลหรือระดับประเทศ หรือค่าอ้างอิงอื่นๆ กรณีทำไม่ได้อาจใช้ผลจากการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ หรือใช้วัสดุอ้างอิงที่มีใบรับรองคุณลักษณะ หรือ มีข้อมูลอ้างอิงจากผู้ผลิต หรือใช้มาตรฐานหรือวิธีการทดสอบที่กำหนดขึ้นอย่างชัดเจนเป็นที่ตกลงยอมรับโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ จัดทำเอกสารระบุรายละเอียดของน้ำยา วิธีปฏิบัติการวิเคราะห์ หรือระบบวิเคราะห์โดยมีค่าสอบกลับได้ (Traceability) จากผู้ผลิต

2.5 การเปรียบเทียบวิธีวิเคราะห์ / เครื่องมือ กรณีที่ใช้วิธีการวิเคราะห์หลายวิธี หรือใช้เครื่องมือหลายเครื่องเพื่อให้บริการในรายการทดสอบชนิดเดียวกัน ในสถานที่เดียวกันหรือในองค์กรเดียวกัน ต้องมีกลไกการเปรียบเทียบผลเพื่อทวนสอบ โดยใช้ค่าวิเคราะห์ที่สะท้อนค่าในช่วงที่ตรวจวิเคราะห์ในผู้ป่วยเชิงคลินิกและเก็บบันทึกการเปรียบเทียบนั้นไว้ดำเนินการแก้ไขทันทีหากพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเปรียบเทียบผล และมีบันทึกหรือรายงานปัญหาและการแก้ไข กำหนดระยะเวลาการทวนสอบนี้ตามความเหมาะสมกับคุณลักษณะของวิธีการทดสอบหรือเครื่องมือที่ใช้

2.2.3 ขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

มีระเบียบปฏิบัติระเบียบวิธีการ/กิจกรรมขั้นตอนก่อนการวิเคราะห์เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด

1. คู่มือใช้บริการและจัดเก็บตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 มีคู่มือใช้บริการและจัดเก็บตัวอย่าง ที่จัดทำเป็นเอกสารควบคุมตามระบบเอกสารคุณภาพของห้องปฏิบัติการแจกจ่ายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ ข้อมูลในคู่มือระบุสถานที่ห้องปฏิบัติการรายการทดสอบที่ให้บริการ รวมถึงรายการทดสอบที่ส่งต่อไปยังห้องปฏิบัติการอื่น ระยะเวลาทำการวิธีการจัดเก็บตัวอย่าง ชนิด ปริมาณ ข้อจำกัดของตัวอย่างส่งตรวจ วิธีการและสภาวะนำส่ง วิธีวิเคราะห์ที่ใช้ ค่าอ้างอิง/ค่าปกติ และระยะเวลาทดสอบ เกณฑ์การปฏิเสธตัวอย่าง ค่าวิกฤต วิธีการรายงานผล

1.2 มีรายละเอียด เกี่ยวกับชนิดและปริมาณของตัวอย่าง วิธีวิเคราะห์ ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเก็บตัวอย่าง การเก็บรักษาและการนำส่งตัวอย่าง การรับ-ปฏิเสธตัวอย่าง ตัดฉลาก ระยะเวลาการรายงานผล และระบุถ้าต้องการผลด่วน

1.3 มีหลักฐานการทบทวนรายละเอียดในคู่มือการจัดเก็บตัวอย่าง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขในสาระสำคัญ

1.4 ระเบียบวิธีการรับทำการวิเคราะห์ตัวอย่างที่ขอส่งตรวจด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์

1.5 มีการอธิบาย หรือแนะนำการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนการจัดเก็บตัวอย่าง เช่น การงดอาหาร

ข้อสังเกต : ห้องปฏิบัติการที่ไม่ได้ปฏิบัติการในขั้นตอนจัดเก็บตัวอย่างหรือนำส่งตัวอย่างเอง ต้องมีระบบตรวจสอบสภาพเมื่อรับตัวอย่าง เพื่อให้มั่นใจว่าตัวอย่างมีการจัดเก็บและนำส่งอย่างถูกต้อง

2. การนำส่งตัวอย่าง ประกอบด้วย

2.1 ใบนำส่งตัวอย่าง หรือใบส่งตรวจในระบบสารสนเทศต้องมีข้อมูลเพียงพอเพื่อการชี้แจงผู้ป่วยและผู้ขอให้ตรวจ รวมทั้งให้ข้อมูลทางคลินิก เช่น ชื่อนามสกุล หรือรหัสผู้ป่วย เพศ อายุ การวินิจฉัยของแพทย์ในเบื้องต้น เป็นต้น รวมทั้งผู้ส่งตรวจ สถานที่ส่ง หรือต้องการให้ส่งรายงานในกรณีที่ใบส่งตรวจระบุไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วนห้องปฏิบัติการต้องประสานไปยังผู้ส่งตรวจโดยตรง

2.2 มีการชี้แจง ตัวอย่างและใบส่งตรวจให้สามารถสอกลับไปยังผู้ป่วยแต่ละคนได้ กรณีที่เป็นคดี ต้องมีบันทึกยินยอม หรือยืนยันตัวอย่างจากเจ้าของตัวอย่าง

2.3 ตัวอย่างที่แบ่งมาต้องสามารถสอกลับไปยังตัวอย่างเริ่มต้น (Primary Sample) ได้

2.4 ควบคุมวิธีการนำส่งตัวอย่างภายในเวลาและอุณหภูมิที่เหมาะสม รวมทั้งความปลอดภัยต่อผู้นำส่ง และสิ่งแวดล้อมและครอบคลุมการนำส่งห้องปฏิบัติการรับส่งต่อ

ข้อสังเกต: ใบนำส่งตัวอย่างต้องระบุชื่อการทดสอบที่ขอให้ตรวจชัดเจนและห้ามนำเวชระเบียนผู้ป่วยมาใช้เป็นใบนำส่งตัวอย่าง เพื่อการปกป้องข้อมูลความลับผู้ป่วยที่อาจถูกเผยแพร่และเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ไม่เกี่ยวข้อง

3. การรับและเก็บรักษาตัวอย่างประกอบด้วย

3.1 กำหนดหลักเกณฑ์ การรับหรือการปฏิเสธตัวอย่างมีบันทึกหลักฐานระบุรายละเอียดของปัญหากรณีที่สภาพตัวอย่างไม่เป็นไปตามเกณฑ์

3.2 กำหนดแนวปฏิบัติในการรับตัวอย่างกรณีเร่งด่วน-ฉุกเฉิน

3.3 กำหนดบุคลากรทำหน้าที่ตรวจสอบใบส่งตรวจและตัวอย่างเริ่มต้น

3.4 มีระบบลงทะเบียนรับตัวอย่างในสมุดบันทึก หรือในระบบสารสนเทศ หรือระบบอื่นๆ ระบุเวลา วัน เดือน ปี ชนิดตัวอย่างและผู้รับตัวอย่าง

3.5 มีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่างก่อนการวิเคราะห์ ไว้ในช่วงเวลาและสภาวะที่เหมาะสม เพื่อนำมาวิเคราะห์หรือเพิ่มรายการทดสอบได้อย่างมีคุณภาพ

3.6 หากพบปัญหาในการซึบตัวอย่างเริ่มต้น หรือสารที่จะวิเคราะห์ไม่คงตัว และไม่สามารถเก็บตัวอย่างใหม่ได้ หรือมีความสำคัญมากขึ้นวิกฤติ ห้องปฏิบัติการอาจนำตัวอย่างเริ่มต้นมาทดสอบได้แต่ยังไม่รายงานผลจนกว่าผู้ขอส่งตรวจหรือผู้เก็บส่งตรวจสามารถซึบให้ถูกต้องยอมรับได้ และบันทึกผู้รับผิดชอบเก็บส่งตรวจไว้เป็นหลักฐานเพื่อทวนสอบไปยังใบส่งตรวจได้

3.7 มีการทบทวนปริมาณตัวอย่างที่ต้องการใช้สำหรับการตรวจวิเคราะห์ เป็นระยะ เพื่อแจ้งให้ผู้จัดเก็บตัวอย่างส่งในปริมาณที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์

4. ขั้นตอนการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

4.1 วิธีวิเคราะห์

4.1.1 ใช้วิธีวิเคราะห์ที่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับหรืออ้างอิงในเอกสารทางวิชาการระดับสากล หรือระดับประเทศหากใช้วิธีวิเคราะห์ที่กำหนดขึ้นเองหรือวิธีที่ไม่ใช้วิธีสากล หรือวิธีที่มีการดัดแปลง ต้องมีข้อมูลผ่านการสอบทวน (Validation) เทียบเคียงกับวิธีที่สากลยอมรับในขณะนั้น บันทึกผลการสอบทวนและการสอบกลับนั้นไว้ และจัดทำคู่มือวิธีปฏิบัติการวิเคราะห์อย่างครบถ้วน ข้อมูลการสอบทวน (Validation) ได้จากผู้ผลิต หรือผู้พัฒนาวิธีวิเคราะห์ ข้อมูลต้องแสดงถึงความเที่ยงตรง ถูกต้อง แม่นยำ สามารถระบุความคลาดเคลื่อน ความจำเพาะ ความไว ช่วงวิเคราะห์ และความสอดคล้องกับอาการทางคลินิกได้ ข้อมูลสอดคล้องตามข้อ 3.2.5 ข้อมูลการสอบกลับ (Verification) ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันได้ว่าเหมาะสมกับการใช้งานในงานบริการ

4.1.2 มีการทบทวนวิธีวิเคราะห์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและบันทึกการทบทวนนั้นไว้

4.1.3 มีการทบทวนค่าอ้างอิงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และหรือห้องปฏิบัติการเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์หากพบว่าค่าอ้างอิงไม่เหมาะสมกับกลุ่มประชากร ต้องมีการปฏิบัติการแก้ไขตามความจำเป็น

4.1.4 แจกวิธีวิเคราะห์ที่ใช้แก่ผู้ใช้บริการรวมทั้งชนิดและปริมาณของตัวอย่างที่ต้องการ

4.1.5 ถ้ามีการเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์ต้องแจ้งผู้ใช้บริการเป็นลายลักษณ์ก่อนเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์

ข้อสังเกต: วิธีการแจ้งผู้ใช้บริการอาจทำได้หลายวิธีตามความเหมาะสมของแต่ละสถานที่ เช่น จดหมายข่าวส่งทางไปรษณีย์ หรือแจ้งในใบรายงานผลเป็นต้น

4.2 คุณลักษณะของแต่ละวิธีวิเคราะห์ต้องเหมาะสมสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การใช้งาน และตามความต้องการของผู้ใช้บริการ

4.3 มีคู่มือวิธีการปฏิบัติงานหรือระเบียบปฏิบัติ ณ จุดปฏิบัติงาน อาจมีแผ่นป้ายย่อวิธีทำงานซึ่งอ้างอิงและสอดคล้องกับคู่มือวิธีการปฏิบัติงาน และแผ่นป้ายย่อดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของเอกสารควบคุมคู่มือวิธีการปฏิบัติงานอาจเป็นทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งของข้อแนะนำการใช้หรือเอกสารประกอบชุดน้ำยาโดยผู้ผลิต หากมีการเปลี่ยนแปลงน้ำยาทดสอบหรือวิธีการทดสอบต้องมีการตรวจสอบรายงานผลและความเหมาะสมในการใช้งาน และมีการแก้ไขคู่มือวิธีการปฏิบัติงานให้สอดคล้องตามการใช้งานจริง รวมทั้งแจ้ง / อธิบาย / สื่อสารให้ผู้ใช้บริการรับทราบ

ข้อสังเกต: คู่มือวิธีการปฏิบัติงานอาจจัดทำอยู่ในรูปแบบข้อมูลคอมพิวเตอร์ซึ่งอธิบายรายละเอียดวิธีปฏิบัติงาน โดยมีการระบุหัวข้อเรื่องรหัสเอกสาร และการชี้บ่งอื่นๆ รวมทั้งมีระบบการควบคุมเอกสารเช่นเดียวกับเอกสารที่เป็นกระดาษหัวข้อในคู่มือปฏิบัติการ ได้แก่ วัตถุประสงค์ การตรวจวิเคราะห์หลักการ วิธีการ ชนิดตัวอย่าง การเตรียมผู้ปวย ภาชนะจัดเก็บตัวอย่างสารกันเลือดแข็ง เครื่องมือ วัสดุ น้ำยาที่ใช้ สภาวะและความปลอดภัยในขณะทำการวิเคราะห์สอบเทียบเครื่องมือ ขั้นตอนดำเนินการ การควบคุมคุณภาพ สาร/สิ่งรบกวนปฏิกิริยา (เช่น ไขมันในเลือด Hemolysis, Bilirubinemia, ยา เป็นต้น) การคำนวณผล ช่วงค่าอ้างอิง จุดตัดสินใจเชิงคลินิกค่าวิกฤติ การแปลผล เอกสารอ้างอิง

ข้อสังเกต: หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่รับผิดชอบต่อความถูกต้องของเนื้อหาทางวิชาการของคู่มือ วิธีการปฏิบัติงาน และ เป็นฉบับปัจจุบันรวมทั้งเป็นผู้ทบทวนวิธีวิเคราะห์ดังกล่าวด้วย

5. ขั้นตอนหลังการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

5.1 กำหนดผู้มีอำนาจในการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ และ/หรือ รับรองผลการวิเคราะห์ กำหนดวิธีการตรวจสอบความสอดคล้องกับรายงานผลวิเคราะห์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ การรับรองรายงานผลการวิเคราะห์ เช่น ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย ความถูกต้องของข้อมูลผลการวิเคราะห์

5.2 เก็บตัวอย่างเริ่มต้น และตัวอย่างอื่นๆ หลังการวิเคราะห์ไว้ตามระยะเวลาและภาวะที่กำหนด ตามนโยบายของหน่วยงาน เพื่อทวนสอบหรือชี้แจงตัวอย่างหากเกิดปัญหาหรือนำมาวิเคราะห์ซ้ำได้หากต้องการกรณีที่มีการวิเคราะห์ซ้ำ ต้องควบคุมสภาวะที่จัดเก็บเพื่อมั่นใจว่าคุณสมบัติของตัวอย่างไม่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาที่กำหนด

5.3 ตัวอย่างที่เหลือจากการวิเคราะห์ ควรมีการทำลายอย่างถูกวิธีตามประเภทของตัวอย่างโดยบุคลากรที่ได้รับมอบหมายห้องปฏิบัติการตรวจสอบระบบเคลื่อนย้ายจัดเก็บ ทำลายขยะจากห้องปฏิบัติการเป็นระยะ

6. การรายงานผล ประกอบด้วย

6.1 มีวิธีการรายงานผลที่มั่นใจได้ว่ารายงานผลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน ทันเวลา

6.1.1 มีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนโดยระบุขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีการรายงานผู้รายงาน ผู้รับรายงาน รวมถึงการรายงานผลด่วน

6.1.2 รายงานผลโดยใช้คำศัพท์ การเรียกชื่อ และหน่วยที่เป็นสากลนิยม

6.1.3 กำหนดระยะเวลารายงานผล (Turnaround Time) สำหรับรายการทดสอบทุกชนิดโดยการหารือกับผู้ส่งตรวจ ระยะเวลารายงานผลต้องสะท้อนความจำเป็นทางคลินิก มีนโยบายกำหนดแนวปฏิบัติในกรณีที่ต้องรายงานผลล่าช้ากว่าระยะเวลารายงานผลที่กำหนดไว้ หรือการล่าช้าที่ได้รับจากเสียงสะท้อนของผู้ส่งตรวจต้องนำมาใช้ติดตามบันทึกและทบทวนวิธีการรายงานผล และปฏิบัติการแก้ไขตามความจำเป็น

6.1.4 เพื่อให้การรายงานผลตอบสนองต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการต้องกำหนด “ค่าวิกฤติ” หรือ “ช่วงของค่าวิกฤติ” โดยทำความเข้าใจกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ

ข้อสังเกต: รายการ ค่าวิกฤติ กำหนดในรายการวิเคราะห์ที่หากเกิดความล่าช้าจะมีผลกระทบต่องาน บริการผู้ป่วย ควรกำหนดวิธีปฏิบัติด้วยการหารือกับผู้รับบริการ

6.1.5 วิธีการรายงานผลสำหรับกรณีผล “ค่าวิกฤติ” และต้องส่งรายงานผลฉบับสมบูรณ์ตามไปยังผู้ส่งตรวจโดยเร็วที่สุด มีบันทึกปฏิบัติการเกี่ยวกับรายงานผลค่าวิกฤติ รวมทั้ง วัน เวลา ผู้รายงานผล ผู้รับผล หากมีข้อผิดพลาดจากการรายงานผลถูกเดินเกิดขึ้นต้องบันทึกข้อผิดพลาดและนำมาเข้าที่ประชุมเพื่อทบทวนระบบคุณภาพ

6.1.6 กำหนดวิธีปฏิบัติในกรณีรายงานผลทางโทรศัพท์หรือทางระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้มั่นใจว่ารายงานผลได้ส่งถึงผู้ส่งตรวจที่ถูกต้อง กรณีรายงานผลทางโทรศัพท์ต้องส่งรายงานฉบับจริงตามไปโดยเร็วที่สุดโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

6.2 ใบรายงานผล

6.2.1 รายงานผลเป็นเอกสารตามกฎหมาย

6.2.2 มีรูปแบบใบรายงานผลที่เหมาะสม ต้องระบุสถานที่ห้องปฏิบัติการ กรณีส่งต่อต้องระบุห้องปฏิบัติการส่งต่อ ชื่อและที่อยู่ผู้ป่วย ชื่อและที่อยู่ผู้ส่งตรวจ วัน เดือน ปี เวลาที่จัดเก็บและรับตัวอย่างชนิดตัวอย่าง วิธีวิเคราะห์ ผลวิเคราะห์ ค่าอ้างอิง การแปลผล ข้อคิดเห็น / ข้อเสนอแนะ / ข้อควรระวัง / ข้อจำกัดในการใช้ผลวิเคราะห์ ผู้ทำการวิเคราะห์ ผู้ตรวจสอบ อนุมัติออกรายงานผล วัน เดือน ปี เวลา ที่ออกรายงาน หน้าที่จากจำนวนหน้าทั้งหมด (กรณีมีหลายหน้าต้องระบุชื่อผู้ป่วย ผู้ทำการวิเคราะห์ ผู้ตรวจสอบอนุมัติออกรายงานผลในทุกหน้า)

6.2.3 กรณีที่จำเป็นต้องวิเคราะห์ตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรับตัวอย่างที่กำหนด ต้องระบุสภาพปัญหาและข้อควรระวังในการแปลผลวิเคราะห์ของตัวอย่างนั้นในใบรายงานผล

6.2.4 เก็บรักษาสำเนา ข้อมูลรายงานผลให้สามารถเรียกกลับมาใช้งานได้ กำหนดช่วงเวลาในการเก็บรักษาข้อมูลตามระเบียบของหน่วยงาน

6.3 การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายงานผล (สภาเทคนิคการแพทย์, 2555)

6.3.1 กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติในวิธีการแก้ไขรายงานผล หากมีการแก้ไขรายงานผลต้องระบุวันเวลา (ตามความเหมาะสม) ระบุบุคคลผู้มีอำนาจเปลี่ยนแปลง ห้ามลบทิ้งให้ชัดเจนและเขียนผลที่แก้ไขไว้ข้างๆ และลงนามผู้เปลี่ยนแปลงกำกับ

6.3.2 กรณีใช้ระบบสารสนเทศในการรายงานผล ต้องมีวิธีการสอบกลับได้ถึงผู้ที่แก้ไขรายงานผล

ข้อสังเกต: ในกรณีที่ระบบคอมพิวเตอร์ไม่สามารถสอบกลับได้ถึงผู้แก้ไขรายงานผล ต้องมีการบันทึกผู้แก้ไขในเอกสารที่สามารถตรวจสอบได้

สรุปมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 เป็นมาตรฐานที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ในสถานบริการที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่นในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เป็นมาตรฐานที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีการให้บริการตรวจ

วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ใช้เป็นแนวทางในการจัดตั้งระบบคุณภาพเพื่อบำรุงรักษาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 นี้ กำหนดให้มีการควบคุมคุณภาพทุกขั้นตอนในกระบวนการตรวจวิเคราะห์ โดยมีการควบคุมคุณภาพทั้งในด้านบุคลากร สถานที่ สภาวะแวดล้อมและความปลอดภัย เพื่อให้การดำเนินงานทางด้านเทคนิคการแพทย์เป็นไปด้วยความถูกต้องและปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ในส่วนของขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์นั้นต้องมีระบบการประกันคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งการควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดตามมีลักษณะใกล้เคียงกันกับมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 แต่มีการปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานใน รพ.สต. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจว่าได้รับประโยชน์เต็มที่จากผลการตรวจวิเคราะห์ และทำให้แพทย์ผู้ใช้ข้อมูลในการวินิจฉัย และรักษาโรค ใช้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อหน่วยงานและผู้รับบริการ

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพ

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ

คุณภาพ คือ อะไร International Organization for Standardization (ISO) ในเอกสาร ISO 9000: 2000 ได้มีการนิยามความหมายของคุณภาพไว้ดังต่อไปนี้ คุณภาพ คือ “ระดับของคุณลักษณะที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าได้อย่างสมบูรณ์” ส่วนความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน กล่าวว่า คุณภาพ คือลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ

นอกจากนี้ยังมีผู้เชี่ยวชาญได้สรุปความหมายของคุณภาพออกเป็นข้อ ๆ เช่น วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2541) ได้รวบรวมความหมายคุณภาพดังนี้

1. คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมกับการใช้งาน (คำจำกัดความของจูราน Juran, 1986)
2. คุณภาพ หมายถึง เป็นไปตามความต้องการ หรือเป็นไปตามที่กำหนดไว้ “คุณภาพเป็นเรื่องที่ได้มาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลย” (Quality is Free) (คำจำกัดความของคลอสบี้ Crosby, 1979)
3. คุณภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของลูกค้า

4. คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะต่าง ๆ ทั้งหมดของผลิตภัณฑ์ (สินค้า) หรือบริการ ซึ่งแสดงถึง ความสามารถในการสนองความต้องการที่กำหนดไว้ (คำจำกัดความของคุณภาพตามมาตรฐานสากล ISO 8402 1994)

ความหมายของคุณภาพ สุทัศน์ นาคะพรหม ได้รวบรวมความหมายของคุณภาพไว้ดังนี้ (สุทัศน์ นาคะพรหม, 2554)

จوران (Juran) คุณภาพ หมายถึง สิ่งที่ดีตรงและเหมาะสมกับการใช้งาน (Fitness to Use) และเป็นสิ่งที่พึงพอใจต่อลูกค้า มี 2 ประการ ดังนี้

1. คุณภาพ หมายถึง คุณสมบัติของผลผลิตที่ได้ตามความต้องการและเป็นสิ่งที่พึงพอใจของลูกค้า การเพิ่มยอดขาย

2. ปราศจากความไม่มีประสิทธิภาพ ไร้อบกพร่อง ไม่กลับมาทำใหม่ ลดการสูญเสีย ลดของเสีย ลดการตรวจสอบ ลดการร้องเรียนของลูกค้า เพิ่มประสิทธิภาพการส่งมอบ

ครอสบี คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะและประโยชน์ของการใช้งาน โดยรวมของผลิตภัณฑ์ที่จะทำให้สามารถตอบสนองการใช้งานได้ เหมาะสมสำหรับการใช้งานสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการ ส่วนประกอบทั้งหมดของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ทั้งด้าน การตลาด วิศวกรรม การผลิต และการซ่อมบำรุง ที่ตรงกับความคาดหวังและความต้องการของลูกค้า สอดคล้องกับมาตรฐานซึ่งเป็นที่ต้องการและคาดหวังของลูกค้า (กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2547)

กัตถัญญู หิรัญญูสมบุรณ์ (2542) ได้ให้ความหมายคุณภาพโดยการที่ผลิตภัณฑ์ จะมีคุณภาพที่ดีจะต้องมีลักษณะต่อไปนี้

1. การปฏิบัติงานได้ (Performance) ผลิตภัณฑ์ต้องสามารถใช้งานได้ตามที่กำหนดไว้

2. ความสวยงาม (Aesthetics) ผลิตภัณฑ์ต้องมีรูปร่าง ผิวสัมผัส กลิ่น รสชาติ สีสนที่ ดึงดูดใจลูกค้า

3. คุณสมบัติพิเศษ (Special Features) ผลิตภัณฑ์ควรมีลักษณะพิเศษที่โดดเด่นแตกต่างจากผู้อื่น

4. ความสอดคล้อง (Conformance) ผลิตภัณฑ์ควรมีลักษณะพิเศษที่สอดคล้องกับการใช้งาน

5. ความปลอดภัย (Safety) ผลิตภัณฑ์ควรมีความเสี่ยงอันตรายในการใช้น้อยที่สุด

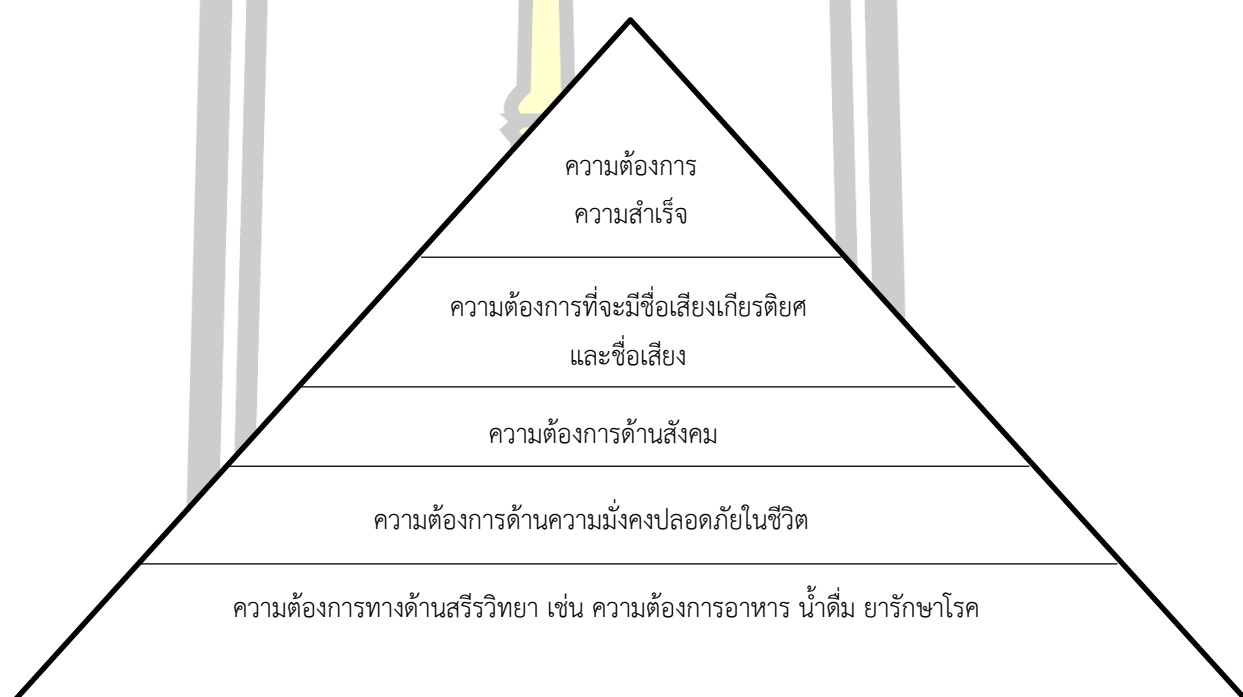
6. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ผลิตภัณฑ์ควรใช้งานได้อย่างสม่ำเสมอ

7. ความคงทน (Durability) ผลิตภัณฑ์ควรมีอายุใช้งานที่ยาวนานในระดับหนึ่ง

8. คุณค่าที่รับรู้ (Perceived Quality) ผลิตภัณฑ์ควรสร้างความประทับใจและมีภาพพจน์ที่ดีในสายตาลูกค้า

9. การบริการหลังการขาย (Service After Sale)

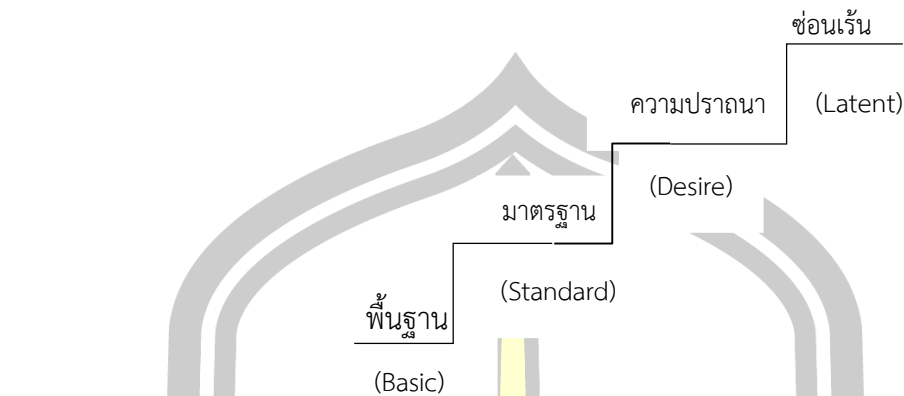
กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ (2547) ได้กล่าวถึงนิยามของ “คุณภาพ” ไว้ว่า คือ การสร้างความพอใจต่อลูกค้า ดังนั้นประเด็นที่มีความสำคัญมากในการบริหารคุณภาพคือทำอย่างไร จึงจะทำให้ผู้ผลิตได้ทราบ ว่าลูกค้ามีความพึงพอใจหรือไม่ ซึ่งจะพบว่า “ความพึงพอใจ” เป็นผลจากการตอบสนองต่อความต้องการ (Want หรือ Requirement) อันจะเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น (Necessary and Sufficient Condition) ของความพึงพอใจ “เงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการตอบสนองต่อความต้องการ คือ “ความจำเป็น (Needs)” ของลูกค้าโดยความได้รับการกำหนดเป็นลำดับชั้น (Hierarchy of Needs) ซึ่งสามารถกล่าวในทฤษฎีลำดับชั้น (Maslow, 1943) และเงื่อนไขที่เพียงพอสำหรับการตอบสนองต่อความคาดหวัง (Expectation)” ซึ่งความคาดหวังนี้จะแบ่งเป็นระดับ ดังรูป



ที่มา: กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ (2547)

รูป 6 เงื่อนไขที่จำเป็นในการสร้างความพอใจ

จะเห็นได้ว่าจากการที่ลูกค้ามีความจำเป็นตามลำดับชั้นและภายใต้แต่ละความจำเป็น ลูกค้ามีความคาดหวังหลายระดับ ทำให้ลูกค้ามีความต้องการไม่สิ้นสุดซึ่งจะทำให้คุณภาพมีความหมายเพียงจันต รูป 7 จำเป็นต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตรงต่อความต้องการของลูกค้าเสมอ



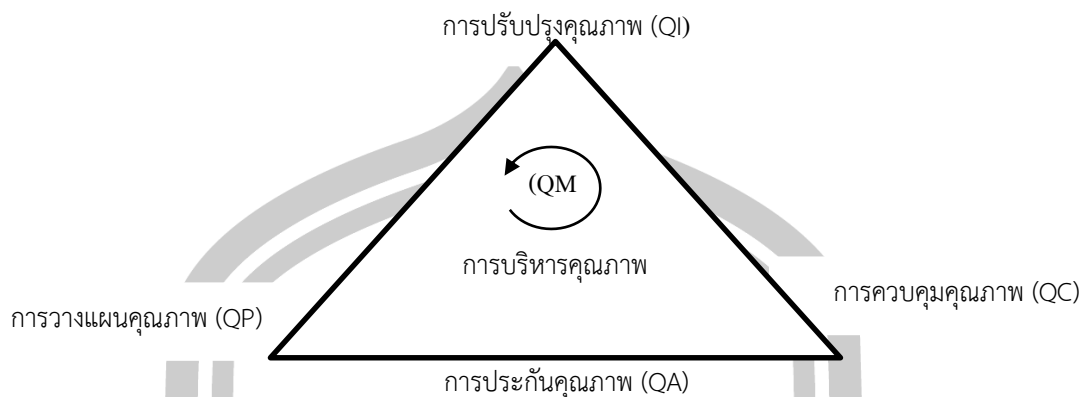
ที่มา: กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ (2547)

รูป 7 เงื่อนไขที่เพียงพอในการสร้างความพอใจ

การแข่งขันที่สูงขึ้นในธุรกิจทำให้เกิดวิกฤตการณ์ในการบริหารธุรกิจมีผลทำให้แต่ละองค์กรต้องการ “ความมีระบบ” ของการบริหารคุณภาพโดยแนวทางในการบริหารคุณภาพนี้ จะต้องเป็นการกำหนดแนวความคิดด้านคุณภาพ (Way of Thinking about Quality) ซึ่งทำให้บุคลากรทุกสายงานในทุกระดับของ องค์กร (Hierarchy) เริ่มตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูง (CEO) จนถึงพนักงานทั้งในสำนักงานและโรงงานมีส่วนร่วม ในการบริหารงานคุณภาพซึ่งจูรานได้คิดค้นการบริหารคุณภาพตามแนวทางดังกล่าว จูรานได้เรียกศาสตร์ในการบริหารคุณภาพนี้ว่า “ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพ (The Quality Trilogy)” หรือ “ไตรศาสตร์ของจูราน (The Juran Trilogy)”

ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพ

Juran ได้กล่าวถึงนิยามของการบริหารคุณภาพไว้ว่า “การบริหารคุณภาพ (Quality Management: QM) หมายถึง กระบวนการในการชี้แจงและบริหารกิจกรรมต่างๆ ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินการเพื่อสามารถบรรลุจุดประสงค์ด้านคุณภาพขององค์กร ซึ่งเป็นกระบวนการในการชี้แจงและการบริหารกิจกรรมประกอบไปด้วย 3 กระบวนการหลัก ๆ คือ การวางแผนคุณภาพขององค์กร (QP) การควบคุมคุณภาพ (QC) และการประกันคุณภาพ (QA) หมายถึงการสร้างความสำเร็จอันไม่เกิดแก่ลูกค้า (กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2547)



ที่มา: กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ (2547)

รูป 8 ไตรศาสตร์ด้านคุณภาพของจูราน

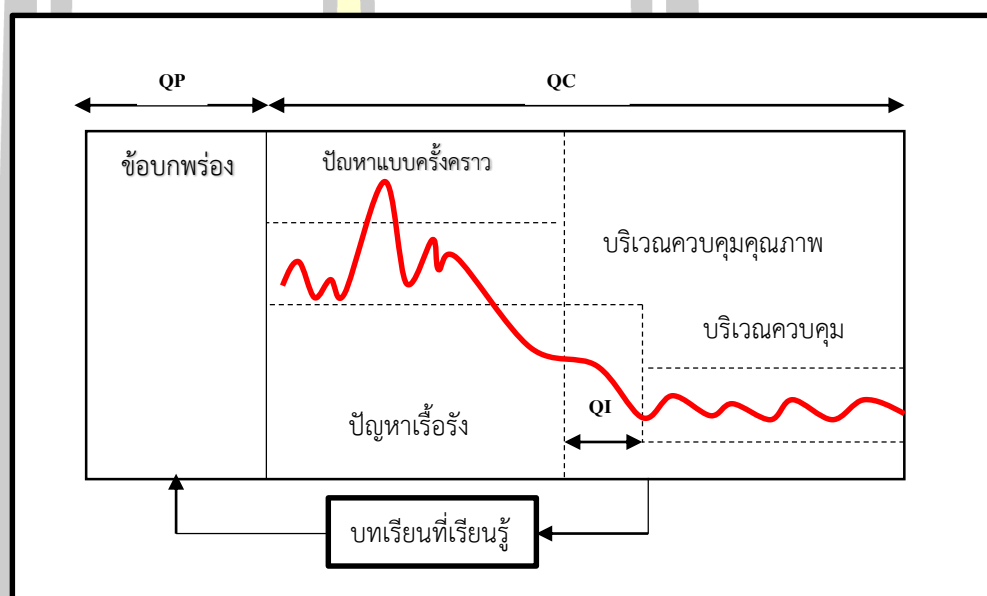
การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning: QP) หมายถึง การกำหนดซึ่งเป้าหมายที่จะบรรลุสู่ความคาดหวังของลูกค้าที่กำหนดแล้วทำการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดต่อวิธีการที่จะทำให้เกิดความมั่นใจว่าผลจากวิธีการดังกล่าวทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจ

การควบคุมคุณภาพ (Quality Control: QC) การควบคุมคุณภาพ หมายถึง การเฝ้าพินิจผลกระบวนการ เพื่อจะทำการเปรียบเทียบกับความคาดหวังของลูกค้าถ้าหากพบว่า ผลการดำเนินการตามกระบวนการมิได้เป็นไปตามความคาดหวังที่ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความไม่พอใจแล้วจะต้องค้นหาสาเหตุของความไม่พอใจดังกล่าวเพื่อจะแก้ไขให้ถูกต้อง

การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement: QI) การปรับปรุงคุณภาพ หมายถึง การคาดการณ์ความคาดหวังใหม่ของลูกค้าสำหรับผลิตภัณฑ์เดิม หรือการค้นหาความจำเป็นของลูกค้าสำหรับการพิจารณาผลิตภัณฑ์ใหม่แล้วทำการวางแผนใหม่ ตลอดจนการควบคุมใหม่เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายใหม่

การประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) การประกันคุณภาพ หมายถึง การดำเนินการใด ๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อลูกค้าภายใต้แนวความคิดของไตรศาสตร์ด้านคุณภาพนี้ กระบวนการบริหารคุณภาพ จะเริ่มต้นจากการวางแผนคุณภาพโดยจะคาดหวังว่าคุณภาพควรจะอยู่ที่ระดับหนึ่งภายใต้การออกแบบ ระบบคุณภาพและเรียกสาเหตุของปัญหาจากระบบที่ออกแบบนี้ว่า “สาเหตุของปัญหาเรื้อรัง (Chronic Waste)” ซึ่งจะมีคุณสมบัติ คือสามารถคาดการณ์ได้ภายหลังจากการวางแผนคุณภาพสิ้นสุดลงจะต้องดำเนินการภายใต้การควบคุมคุณภาพเป็นลำดับต่อมา กล่าวคือ จะเป็นการดำเนินการที่พยายามให้คุณภาพ เป็นไปตามเป้าหมายคุณภาพที่วางแผน

ไวและเรียกสภาวะของกระบวนการแบบนี้ว่า “สภาวะเสถียร” โดยจะทำการกำจัด “ปัญหาแบบครั้งคราว (Sporadic Spike)” ซึ่งคุณสมบัติของปัญหาแบบนี้คือไม่สามารถคาดการณ์ได้ภายใต้สภาวะเสถียร จะทำให้สามารถคาดการณ์สมรรถนะของกระบวนการที่ควรจะเป็นได้ การปรับปรุงคุณภาพจึงถูกนำมาใช้เพื่อดำเนินการแก้ไขและยกระดับของคุณภาพขึ้นจากเดิม ซึ่งลักษณะการดำเนินการแบบนี้ จะมีการนำบทเรียนที่ได้รับมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนคุณภาพต่อไป ซึ่งจูลรานได้แสดงความสัมพันธ์ของไตรศาสตร์ด้านคุณภาพนี้ ดังรูป



ที่มา: กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ (2547)

รูป 9 ความสัมพันธ์ด้านไตรศาสตร์คุณภาพของจูลราน

การบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Total Quality Management: TQM) ดังที่ กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ (2547) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จไว้ว่า “เป็นการบริหารธุรกิจเพื่อให้ได้กำไรอย่างเป็นธรรม โดยผ่านการสร้างความพึงพอใจให้กับบุคลากรทุกฝ่ายที่มีส่วนได้เสียกับธุรกิจ (Stake Holder)” ซึ่งในการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จนั้นจะไม่มีรูปแบบแน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าวัฒนธรรมขององค์กรนั้นๆ เป็นอย่างไร ซึ่งในการจัดการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จให้สำเร็จนั้นจะมีประสิทธิภาพเต็มที่ตามแต่ละองค์กรเท่านั้นไม่สามารถเลียนแบบกันได้ ดังนั้นก่อนที่จะดำเนินการกำหนดตัวแบบในการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จจะต้องทำการเข้าใจถึงวัฒนธรรมองค์กรของตนเสียก่อน โดยสังเกตจากความคิด (Think) การปฏิบัติ (Practice) ความเชื่อ (Believe) และความคิดเห็น (Opinion) ของคน ในองค์กรเสียก่อน อยากรัก

ตามถึงแม้การบริหารแบบTQM นี้จะมีตัวแบบแตกต่างกันออกไปตามแต่ละองค์กร แต่ทั้งนี้การบริหารจะต้องอยู่ภายใต้ 3 ประชญาและ 4 หลักการกล่าวคือ

ปรัชญาของการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ

1. ความมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกฝ่ายในทุกระดับทั่วทั้งองค์กร (Company Wide)

2. ความมีระบบ (Systematic)

3. การตัดสินใจด้วยข้อเท็จจริง (Scientific)

หลักการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ

1. การบริหารเนที่ลูกค้า (Customer Oriented Management)

2. ความเป็นเลิศด้านทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Excellence)

3. ความเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์ (Product Leadership)

4. ความเป็นเลิศด้านการบริหาร (Management Excellence)

2.5.2 แนวคิดในการจัดการคุณภาพ

แนวคิดในการจัดการคุณภาพ

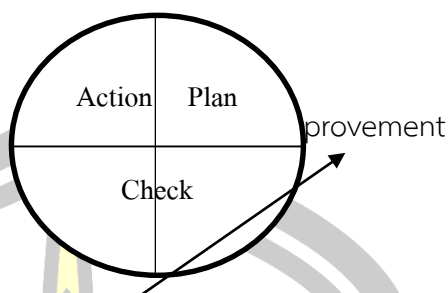
แนวคิดการจัดการคุณภาพ (Deming's Circle หรือ PDCA-Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงานอย่างมีระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอด แนวคิดนี้ผู้ที่นำมาเผยแพร่ที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นคนแรกคือ Dr. Deming เมื่อ ค.ศ. 1950 โดยแนวคิดการบริหารนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การจัดทำและวางแผน (Plan) คือการทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนหัวข้อควบคุม (Control Point) แล้วกำหนดกิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆ ที่ต้องการปรับปรุง โดยตั้งเป้าหมายที่ต้องการจะบรรลุพร้อมทั้งกำหนดวิธีการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย

2. การปฏิบัติตามแผน (Do) คือการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้และเฝ้าติดตามความคืบหน้าเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือผลลัพธ์นั้น ๆ

3. การติดตามประเมินผล (Check) คือการตรวจสอบว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามวิธีการทำงานตามมาตรฐานหรือไม่ และตรวจสอบค่าวัดต่างๆ ว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานและยังอยู่ในเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

4. การกำหนดมาตรการปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่ไม่เป็นไปตามแผน (Act) คือ การปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นหรือปรับมาตรฐานการทำงานใหม่



ที่มา: กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ (2547)

รูป 10 การบริหารคุณภาพโดยการหมุนวงล้อ PDCA

การบริหารคุณภาพโดยการหมุนวงล้อ PDCA จะเป็นตัวจักรหลักที่จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรประสบผลสำเร็จ และจะถูกนำไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ หรือทุกหน่วยงานในองค์กร โดยเรื่องวิทย เกษสุวรรณ ได้สรุปแนวคิดในการจัดการคุณภาพไว้ดังนี้ แนวคิดการจัดการคุณภาพของเดมมิง (William Edward Deming) (เรื่องวิทย เกษสุวรรณ, 2545)

เดมมิงได้ให้คำแนะนำในการจัดการคุณภาพ ซึ่งเป็นคำแนะนำที่ทำให้เกิดการต้องเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก คำแนะนำดังกล่าวคือหลักการจัดการคุณภาพ 14 ข้อ (14 Point for Management) ประกอบด้วย

1. จงจัดตั้งเป้าหมายปรับปรุงคุณภาพสินค้าและบริการที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Create Consistency of Purpose for Continual Improvement of Product and Service) ผู้บริหารทุกระดับ ต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับองค์กร ลูกค้า การให้บริการและวิธีการปรับปรุงคุณภาพต้องแน่ใจว่าพนักงานเข้าใจวิสัยทัศน์และปฏิบัติตามได้ด้วย

2. จงยอมรับปรัชญาใหม่ๆ เพื่อให้องค์กรมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ (Adopt The New Philosophy for Economic Stability) โดยเฉพาะปรัชญาที่ทำให้เกิดการอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขัน เช่นยอมรับการเปลี่ยนแปลงรับนวัตกรรมและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอย่างเต็มที่

3. จงเลิกใช้การตรวจคุณภาพ เป็นวิธีการที่ทำให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพ (Cease Dependency on Inspection to Achieve Quality) เพราะการตรวจสอบคุณภาพยิ่งทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าลดค่าใช้จ่าย และสร้างปัญหามากกว่าลดปัญหา เหตุผลก็คือประการแรกการตรวจคุณภาพไม่ได้ดีไปกว่ากิจกรรมอื่นบางทีก็ปล่อยให้สินค้าบกพร่องหลุดรอดไปได้ ประการที่สองการตรวจคุณภาพจะดูที่อาการไม่ใช่สาเหตุ ประการที่สามการตรวจคุณภาพไม่ได้สร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่ลูกค้า ประการที่สี่การตรวจคุณภาพมักสร้างปัญหาให้กับระบบปฏิบัติการทำงานไปोकันเพื่อรอ

ตรวจคุณภาพทำให้เสียเวลามาก ประการที่ห้าการตรวจคุณภาพทำให้เกิดการปดภาระเพราะสาเหตุที่มาจาก การแยกปฏิบัติกับผู้ตรวจสอบคุณภาพออกจากกัน

4. จงยุติการดำเนินธุรกิจโดยการตัดสินกันที่ราคาเพียงอย่างเดียว (End The Practice of Awarding Business on Price Tag Alone) เป็นหลักที่เน้นการประเมินต้นทุนทั้งหมด ทุกครั้งที่ซื้อวัตถุดิบหรือชิ้นส่วนการผลิตจากภายนอก เพราะสินค้าราคาต่ำมักมีคุณภาพต่ำซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต้นทุนรวม เพิ่มจากค่าใช้จ่ายในการตรวจคุณภาพ การเกิดของเสีย การทำงานซ้ำ การเก็บสินค้าคงคลังทดแทนของเสีย และทำให้พนักงานไม่สบายใจ ผู้บริหารต้องระบุและประเมินผลกระทบตลอดจนคิดต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการซื้อวัตถุดิบ หรือชิ้นส่วนการผลิตจากผู้ป้อนวัตถุดิบที่เสนอราคาต่ำทุกครั้งทั้งนี้ต้องเลือกรายการที่ใหญ่คุณภาพสูงสุด

5. จงปรับปรุงระบบการผลิต การบริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Improve Constantly and ForEver The System of Production and Service) ผู้บริหารจะต้องสร้างระบบที่สามารถผลิตสินค้าและบริการได้อย่างมีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอโดยจะต้องศึกษาและหาทางกำจัด การสูญเสียตลอดจนความแปรปรวนที่เกิดขึ้นทั้งหมดในระบบ

6. จงจัดให้มีการฝึกอบรมในขณะทำงาน (Institute Training on The Job) องค์กรส่วนมากมองว่า การฝึกอบรมจำเป็นเฉพาะตอนแรกที่พนักงานเข้ามาทำงานแต่พอหลังจากนั้นก็เข้าใจผิดว่าไม่จำเป็นต้องมีการอบรม เป็นการเรียนรู้ไม่มีวันสิ้นสุดการสนับสนุนให้พนักงานปรับปรุงคุณภาพในการทำงานจำเป็นต้องมีการ ฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจใหม่ๆ แก่พนักงาน อาทิ มาตรฐานการทำงานเครื่องมือและเทคนิคทางสถิติ กระบวนการแก้ปัญหาในการทำงาน

7. จงสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น (Adopt and Institute Modern Methods of Supervision and Leadership) การจัดการคุณภาพต้องเปลี่ยนบทบาทของหัวหน้างานจากการสั่งการ และคาดหวังว่าลูกน้องจะทำตามที่สั่ง การเป็นครูเป็นโค้ชและเป็นผู้อำนวยความสะดวกซึ่งคอยสนับสนุนการให้ลูกน้องแก้ไขปัญหาเอง การปฏิบัติต่อลูกน้องเช่นนี้จะทำให้ลูกน้องมีความสำคัญมีบทบาทในการปรับปรุงคุณภาพและเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการทำงานเป็นทีม

8. จงขจัดความกลัวให้หมดไป (Drive Out Fear) เดิมมีถึงว่าความกลัว เป็นอุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพ เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและความอยู่รอดขององค์กร ความกลัวมีผลทำให้พนักงานไม่กล้าถามปัญหาไม่กล้าบอกจุดอ่อนที่ตนเองไม่รู้ สาเหตุที่คนกลัวความรวมมือกันเพราะกลัวการถูกบังคับ การกลัวความล้มเหลวทำให้คนไม่กล้าท้าทายการกระทำที่เป็นอยู่ ไม่กล้านำเอาเทคนิคใหม่เข้ามาใช้หลายคนกลัวการเปลี่ยนแปลง เพราะการเปลี่ยนแปลง บังคับให้เขาต้องไปใช้วิธีการใหม่แทนที่วิธีเดิมที่เคยรู้และมีความสะดวกสบายแม้วิธีเดิมจะเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพก็ตาม การขจัดความกลัวนี้ผู้บริหารต้องสร้าง สภาพแวดล้อมให้คนกล้าถาม กล้ารายงาน ปัญหา กล้านำเอาความคิดใหม่ๆ มาใช้ ผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นว่าวิธีการใหม่ ๆ เป็นโอกาสก้าวไปสู่

ความสำเร็จมากกว่าใช้วิธีการเดิม ๆ ที่เน้นความปลอดภัยความมั่นคงแต่กำลังให้ประโยชน์น้อยลง
ทุกขณะ

9. จงทำลายสิ่งกีดขวางความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (Break Down Barriers Between Departments and Individuals) องค์กรหลายแห่งทนอยู่กับความล้มเหลว เพราะมองปัญหาจำกัดอยู่แคบบางสายงานไม่สนใจฝ่ายอื่น องค์กรจึงมักทำงานได้ดีเฉพาะบางฝ่ายแต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงองค์การได้ทั้งหมดต้องแก้ไขด้วยการสร้างทีมรวมกันระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อขยายความสามารถในการทำงานออกไป ทีมจะช่วยให้มองเห็นปัญหาใหญ่ ๆ ช่วยให้รับรู้ปัญหากว้างขึ้นทำให้มีการศึกษาปัญหาและหาทางแก้ไขรวมกันต่อไป

10. ขจัดการใช้คำขวัญการติดโปสเตอร์ และป้ายแนะนำ (Eliminate The Use of Slogans, Poster, and Exhortations) เพราะข้อความที่ใช้อาจเป็นการดูถูกพนักงานมากกว่าจะกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ จริงๆ แลว คนส่วนมากอยากทำงานให้ดีแต่ปัญหาส่วนใหญ่มาจากข้อจำกัดของระบบการทำงานที่เป็นอยู่ เพราะฉะนั้นแทนที่จะดูถูกพนักงานผู้บริหารควรหาวิธีการทำงานที่ดีให้เครื่องมือที่ดีและฝึกอบรมพนักงาน

11. จงเลิกใช้มาตรฐานการทำงานและตัวเลขโควตา (Eliminate Work Standards and Numerical Quotas) เพราะการใช้มาตรฐานตัวเลขอาจทำให้พนักงานไม่เห็นด้วยและหาทางตอรองเพื่อไหลตมาตรฐานหรือถ้าหากกำหนดมาตรฐานไวสูงไปคนก็จะกลัวและท้อแท้ ประการสำคัญมาตรฐานมีเหตุผลที่ดีหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพเพราะการกำหนดตัวเลขมาตรฐานเอาไว้จะดึงความสนใจคนออกไปจากการปรับปรุงคุณภาพ คนจะพุ่งเป้าไปที่การทำตามมาตรฐานจนหมด

12. จงขจัดอุปสรรคที่ทำลายความภาคภูมิใจของพนักงาน (Remove Barriers that Rob The Hourly Worker of The Right to Pride in Workmanship) การเริ่มต้นจัดการคุณภาพจะมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการเป็นพนักงานที่ดีอยู่อย่างเนนออน และเป็นเรื่องละเอียดอ่อนผู้บริหารจะต้องค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคนี้และหาทางแก้ไขเพื่อให้มีการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเหมาะสม

13. จงจัดให้มีแผนการศึกษาและทำการฝึกอบรมให้แกพนักงาน (Institute a Vigorous Program of Education and Retraining) การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้พนักงานมีข้อมูลทันสมัยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงการออกแบบสินค้าเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิตเครื่องมือวิธีการใหม่ ๆ ตลอดจนเทคนิคที่เป็นทางเลือกอื่น นอกจากลงทุนในการให้การศึกษาและการฝึกอบรมแล้วต้องหาทางให้พนักงานได้รู้ว่าผู้บริหารมองพนักงานเป็นทรัพย์สินที่มีค่าและพยายามรักษาเอาไว้การลงทุนในการอบรมจึงเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงความผูกพันที่องค์กรมีต่อพนักงาน

14. กำหนดความผูกพันที่ยาวนานของผู้บริหารระดับสูงที่มีต่อการปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพในการผลิตไปตลอด (Define Top Management's Permanent Commitment to EverImproving Quality and Productivity) การกระทำของผู้บริหารระดับสูงจะเป็นตัวแสดงออกที่แท้จริงถึงการให้ความสำคัญต่อการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร ผู้บริหารระดับสูงต้องมีความผูกพันอย่างแท้จริงต่อการจัดการคุณภาพ ความผูกพันนี้สำคัญเพราะจะกระตุ้นให้ผู้บริหารระดับรองลงไปรวมทั้งพนักงานอื่นๆ ได้ทำตามองคกรที่ประสบความสำเร็จในการจัดการคุณภาพส่วนใหญ่ ผู้บริหารระดับสูงเช่นประธานและรองประธานบริษัทมักจะแสดงออกอย่างแข็งขันถึงความผูกพันต่อการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรโดยการมีส่วนร่วมและรับนวัตกรรม รวมทั้งผู้บริหารมักทำในสิ่งที่ตนสอนคนอื่นอย่างเปิดเผย

แนวคิดการจัดการคุณภาพของจูราน (Joseph M Juran)

แนวคิดของจูรานในเรื่องนี้ เป็นกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุความสำเร็จในการก้าวไปสู่คุณภาพที่เป็นสากล เขาเชื่อว่าสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทุกองค์กรและทุกสถานการณ์จึงมีลักษณะทั่วไป แต่จูรานเน้น ว่าก่อนที่จะทำตามกิจกรรมเหล่านี้ผู้บริหารต้องยอมรับเสียก่อนว่าความรับผิดชอบในการปรับปรุงคุณภาพเป็นของตนเอง สำหรับลำดับขั้นของความสำเร็จในการก้าวไปสู่คุณภาพที่เป็นสากลแบ่งออกได้ดังนี้

1. การพิสูจน์ถึงความจำเป็น (Proof of Need) ความสำเร็จขั้นแรก คือ การพิสูจน์ถึงความจำเป็น หมายถึงการรับรู้ความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง เช่น รู้ว่ามีบางอย่างผิดพลาดอยู่ในปัจจุบันที่จำเป็น ต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน ถ้าหากไม่แก้ไขจะเสียหายและความเสียหายนั้นมีมากกว่าค่าใช้จ่ายในการแก้ไข การรับรู้นี้ต้องเอาชนะความเคยชินต่อปัญหาที่กลายเป็นการยอมรับปัญหาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันไปแล้ว อาจทำได้โดยการชี้ให้เห็นถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้นติดต่อกัน และคิดออกมาเป็นจำนวนเงินซึ่งทำให้ทุกคนเข้าใจได้ง่าย โดยให้ฝ่ายสถิติหรือบัญชีเป็นผู้ใช้ตัวเลขสถิติต่าง ๆ

2. การระบุโครงการ (Project Identification) ความสำเร็จขั้นต่อมาเป็นการระบุโครงการเจาะจง ที่ทำให้เกิดการปรับปรุงขึ้นมา โครงการเป็นตัวแรงของความสำเร็จเพราะความสำเร็จเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเห็นประโยชน์จริง โครงการที่ดำเนินได้ตลอดจะเป็นเครื่องหมายของการเข้าใจถึงความจำเป็นในการปรับปรุงคุณภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกก้าวหน้าและเป็นการสะสมประสบการณ์ ซึ่งจูรานมองว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับการปรับปรุงคุณภาพทั้งองค์กร อย่างไรก็ตามผู้บริหารต้องเลือกโครงการด้วยความระมัดระวัง ควรสนใจโครงการที่มองเห็นได้ และให้ประโยชน์ตอบแทนสูงก่อน อาจวิเคราะห์โครงการโดยใช้วิธีการวิเคราะห์สาเหตุและผลตามหลักการวิเคราะห์ของพาเรโต (Pareto Analysis) ที่มีหลักว่าปัญหาส่วนใหญ่มาจากสาเหตุเพียงไม่กี่อย่าง ถ้าแก้ไขที่สาเหตุหลักๆ นี้ได้ก็จะเกิดการปรับปรุงคุณภาพ

3. การจัดองค์การเพื่อการปรับปรุง (Organizing for Improvement) สำเร็จขั้นต่อมาอีก เป็นการจัดองค์การโครงการ เริ่มจากความผูกพันของผู้บริหารระดับสูงต่อโครงการโดยการกำกับดูแลการริเริ่มโครงการให้ทิศทางและทรัพยากรที่จำเป็นแก่ทีมงานโครงการ ต่อมาเป็นการมอบหมายงานโครงการเฉพาะเจาะจงให้กับทีมงาน เมื่อมีความผูกพันเช่นนี้แล้วต่อไปก็เป็นการกำหนดระเบียบวิธีการในการปฏิบัติในรายละเอียดระบุเป้าหมายที่จะวัดความสำเร็จเป็นระยะ ๆ และต้องกำหนดวาระอะไรเป็นเงื่อนไขที่จะทำให้โครงการสำเร็จ

4. การเดินทางออกไปวินิจฉัย (Diagnostic Journey) ต่อมาก็เป็นช่วงของการเดินทางออกไปเพื่อทำการวินิจฉัยหมายถึง ทีมโครงการออกไปสำรวจปัญหา โดยไต่ย้อนจากอาการ ขึ้นไปสู่สาเหตุหลักของปัญหา ทีมโครงการต้องสังเกตอาการของปัญหาจากสาเหตุต่าง ๆ มีทั้งสาเหตุที่เป็นระบบ (Systematic Causes) สาเหตุเชิงสุ่ม (Random Causes) หรือสาเหตุที่เจาะจง (Purposeful) หรือความยุ่งยากที่เกิดโดยเจตนา (Willful Disruption) ต่อมาก็แยกออกมาวาระอะไรเป็นสาเหตุที่พนักงานปฏิบัติหรือผู้บริหารสามารถควบคุมได้

5. การลงมือแก้ไข (Remedial Action) ต่อมาทีมโครงการก็จะลงมือเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ที่สาเหตุของปัญหาคุณภาพต่าง ๆ ดังกล่าวในลำดับแรกสุดทีมต้องกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาขึ้นมาเสียก่อน และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด หลังจากนั้นก็จะลงมือทำตามทางเลือกนั้น ขณะที่ลงมือแก้ปัญหาทีมต้องช่วยกันคิด ด้วยว่าจะมีโครงการใดอีกบางที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาใหม่ ๆ ซ้ำอีก กระบวนการแก้ไขปัญหานั้น ต้องมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผยและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กันเพื่อให้เข้าใจหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการปรับปรุงคุณภาพโดยกระฉับ วิธีหนึ่งที่ช่วยให้การติดต่อสื่อสารดีขึ้นคือ การใช้ภาษาและคำพูดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การลงมือแก้ไขรวมไปถึงการแบ่งความรับผิดชอบในการปฏิบัติการเริ่มทดสอบและตรวจคุณภาพ ซึ่งตรงนี้ก็เป็นอย่างประเด็นหนึ่งที่จู่จันเห็นต่างจากเดิมมิ่ง เพราะจู่จันเห็นว่าการตรวจคุณภาพ เป็นความชั่วร้ายที่จำเป็น (Necessary Evil) ขณะที่เดิมมิ่งไม่เห็นด้วยกับวิธีการตรวจคุณภาพเลย ข้อสำคัญนั้นจู่จันเห็นว่าการลงมือแก้ไขปัญหาต้องแยกปัญหาสำคัญๆ 2-3 อย่าง (Vital Few Problems) ออกจากปัญหาเล็กน้อยแต่มีจำนวนมาก (The Trivial Many)

6. การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง (Resistance to Change) การเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงคุณภาพมักเกิดการต่อต้านเสมอๆ ตามปกติแล้ว การต่อต้านมีแรงผลักดันมาจากปัจจัยทางสังคมหรือวัฒนธรรมแต่บางทีการกลัวสิ่งที่ไม่รู้จักก็เป็นเหตุผลง่าย ๆ ที่ทำให้คนไม่สบายใจ ผู้บริหารควรคาดการณ์ถึงการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเอาไว้ก่อน และแก้ปัญหาโดยการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง คนที่ได้เข้ามาทำงานในโครงการ มักยอมรับผลลัพธ์ของโครงการและเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ ผู้บริหารต้องอาศัยเวลาในการเอาชนะการเปลี่ยนแปลงเพราะคนส่วนมากยอมรับการเปลี่ยนแปลงก็ต่อเมื่อเวลาผ่านไป

7. การรักษาระดับความก้าวหน้า (Holding onto Gains) การเอาชนะการต่อต้าน และการนำไปสู่ความสำเร็จนั้น ผู้บริหารจะเผชิญกับปัญหาอันสุดท้ายคือการหวนคืนไปสู่การปฏิบัติ และวิธีการแบบเก่าที่ด้อยกว่า ผู้บริหารจะได้รับประโยชน์จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดก็ต่อเมื่อทำให้เกิดสิ่งใหม่ และทำให้คุณภาพอยู่ในระดับสูงอยู่อย่างสม่ำเสมอ ผู้บริหารต้องเปลี่ยนการทำงานประจำแบบใหม่ โดยกำหนดมาตรฐานใหม่ ๆ เพิ่มการฝึกอบรมและพัฒนา จัดให้มีระบบการควบคุมที่สามารถส่งสัญญาณเตือนได้ตั้งแต่เนิ่นๆ ใช้เทคนิคทางสถิติ การใช้งานจรรยาบรรณกลับการใช้ระบบข้อมูลและกฎเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจ หลังจากที่ได้กำหนดมาตรฐาน คุณภาพใหม่ขึ้นมาแล้ว ผู้บริหารจะต้องเตรียมทำตามลำดับขั้นเหล่านี้ซ้ำอีก เพื่อให้บรรลุความสำเร็จทางด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการจัดการคุณภาพของครอสบี (Philip B Crosby)

ครอสบี มีความสามารถในการจัดทำโปรแกรมปรับปรุงคุณภาพเพื่อเพิ่มผลกำไร ซึ่งมีพื้นฐานมาจากหลักการจัดการคุณภาพที่สมบูรณ์ 5 ประการ (Five Absolutes of Quality Management) คือ

1. คุณภาพ หมายถึงการทำตามมาตรฐาน ไม่ใช่ความโก้เก๋ (Quality Means Conformance, Not Elegance)
2. ไม่มีปัญหาอะไรสำคัญเท่ากับปัญหาคุณภาพ (There is No Such Thing as A Quality)
3. ทำได้ถูกกว่าเสมอ ถ้าหากทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก (It is Always Cheaper to Do The Job Right The First Time)
4. ตัวชี้วัดผลงาน คือต้นทุนคุณภาพ (The Performance Indicator is The Cost of Quality)
5. มาตรฐานของผลงาน คือของเสียเป็นศูนย์ (The Performance Standard is Zero Defects)

หลักการที่ครอสบีเน้น ได้แก่การทำตามมาตรฐาน การแก้ไขปัญหาคุณภาพการ ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก และการยึดเป้าหมายของเสียเป็นศูนย์ ครอสบีได้ให้ความหมายคุณภาพไว้ดังนี้ คือ

1. คุณภาพ หมายถึงการทำตามมาตรฐาน (Conformance to Standards) พนักงานต้องรู้ว่า มาตรฐานของผลงานที่แท้จริงอยู่ตรงไหน และต้องคาดหวังว่าเขาจะทำได้ตามนั้น

2. คุณภาพมาจากการป้องกันของเสีย (Defect Prevention) ไม่ใช่แก้ไขของเสีย (Not Defect Correction) การเป็นผู้นำการฝึกอบรมและการมีวินัย เป็นสิ่งแรกที่จะทำให้เกิดการป้องกันของเสีย

3. คุณภาพในฐานะมาตรฐานการทำงานนั้นต้องปราศจากของเสีย (Defect-free) มีเพียงการปราศจากของเสียเท่านั้น ที่จะเป็มาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน

4. คุณภาพประหยัดเงิน (Saves Money) การทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก ทำให้ประหยัดต้นทุนในการแก้ไขการทำงานที่ไม่ดี

แนวทางการจัดโปรแกรมปรับปรุงคุณภาพของครอสปี มีอยู่ 14 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ให้ผู้บริหารมีความผูกพันต่อการจัดการคุณภาพอย่างชัดเจน (Make Clear Management's Commitment to Quality) วิธีการก็คือเขียนออกมาเป็นโยบายให้ชัด ให้มีลักษณะเป็คำมั่นสัญญามากกว่าจะเป็ข้อความสั้น ๆ เช่น ไขข้อความว่า “จะทำให้เหมือนกับเงื่อนไขที่กำหนดไว้ หรือสาเหตุที่เป็ตัวกำหนดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น เป็สิ่งที่เราและลูกค้าของเราต้องการจริง ๆ” หรือเขียนว่าจะมีวิธีการทำ อยางไรกับการไม่ทำตาม เขียนข้อความที่ชี้ให้เห็นการเป็ยงเบนออกไปจากนโยบายวาเป็อยางไร เขียนถึงการมอบอำนาจในการประเมินนโยบายซึ่งแยกออกมาตางหากจากผู้บริหารระดับสูง

ขั้นที่ 2 จัดตั้งทีมปรับปรุงคุณภาพโดยให้มีตัวแทนมาจากแต่ละฝ่าย (Set Up Quality Improvement Teams with Representatives from each Department) แตก่อนที่จะตั้งตัวแทนต้องให้ทุกคนในองการรู้สาระหลัก ๆ ของการจัดการคุณภาพเสียก่อน ซึ่งอาจวัดความรู้โดยไชแบบสอบถามซึ่งความรับผิดชอบของทีมควรมีดังต่อไปนี้

1. จัดวางโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพทั้งหมด
2. เป็ตัวแทนของแต่ละฝ่าย เมื่อมาอยู่ในทีม
3. เป็ตัวแทนของทีม เวลาที่ไปอยู่ที่ฝ่าย
4. นำเอาการตัดสินใจของทีมไปปฏิบัติในฝ่าย
5. คิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ

ขั้นที่ 3 กำหนดให้มีการวัดคุณภาพเพื่อแสดงปัญหาที่เป็อยู่ หรือเป็ปัญหาที่อาจเกิดได้ในอนาคต (Set in Place Quality Measurement to Provide a Display of Current and Potential Nonconformance Problems) การวัดควรจะให้เป็ไปตามวัตถุประสงค์และสะดวกต่อการปรับปรุงแก้ไข สวมมากฝ่ายควบคุมคุณภาพจะเป็ผู้วัดและรวบรวมขอร้องเรียนตางๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงระดับของการเป็ปัญหา เมื่อรวบรวมปัญหาได้แล้วก็ควรสื่อสารให้พนักงานเขาใจและนำไปไชเป็ประโยชน์ วิธีการสื่อสารก็ควรจะนำเสนอโดยไชหน่วยนับ เช่น จำนวนของเสียตอหน่วยหรือเปอร์เซ็นต์การเสียหายหรืออาจแสดงเป็แผนภาพแนวโน้มของความเสียหาย หรืออาจจำแนกออกตามระดับความรุนแรง จำแนกตามสาเหตุที่มาหรือจำแนกตามความรับผิดชอบสำหรับการแก้ไข

ขั้นที่ 4 กำหนดต้นทุนคุณภาพและอธิบายวิธีการใช้ต้นทุนคุณภาพ ในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการจัดการ (Determine The Cost of Quality and Explain How to Use it as a Management Tool) ครอสบีเห็นว่าต้นทุนคุณภาพควรมีไม่เกินร้อยละ 2.5 ของยอดขาย และวิธีลดต้นทุนคุณภาพที่ดีที่สุดคือการป้องกันไวลวงหนา

ขั้นที่ 5 ยกระดับการตระหนักถึงระดับคุณภาพ และความห่วงใยส่วนตัวต่อชื่อเสียงคุณภาพของบริษัทให้เกิดขึ้นกับพนักงานทุกคน (Raise The Level of Quality Awareness and The Personal Concern for The Company's Quality Reputation for All Employees) วิธีการทำได้สองทางพร้อมกัน ทางหนึ่ง ใช้การประชุมระหว่างผู้บริหารกับพนักงานเป็นประจำ เพื่อพูดคุยกันถึงปัญหาการไม่ทำตามเงื่อนไขคุณภาพ ส่วนอีกทางหนึ่ง ใช้การสื่อสารให้กระจายไปทั่วองค์กร เช่น การส่งจดหมายข่าว การจัดงานและการตีตบย้ำประกาศความรับผิดชอบนี้เป็นของทีมงานปรับปรุงคุณภาพ โดยมีที่ปรึกษามืออาชีพคอยให้ความช่วยเหลือ การเริ่มต้นโปรแกรมปรับปรุงคุณภาพควรไปอย่างช้า ๆ แต่ต้องต่อเนื่อง

ขั้นที่ 6 ลงมือแก้ปัญหาตามที่ยกมาในขั้นก่อน ๆ (Take Corrective Action on The Problems Raised in The Previous Steps) ครอสบีเสนอแนะให้แบ่งทีมแก้ปัญหาออกเป็น 4 ระดับให้ผู้บริหารทีมในแต่ละระดับประชุมกันเป็นประจำ เช่น ประชุมทุกวัน ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือนเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาสำคัญ ๆ ตามที่จัดลำดับเอาไว้

ขั้นที่ 7 วางแผนจัดโปรแกรมของเสียเป็นศูนย์ (Plan a Zero Defects Program) โดยครอสบีแนะนำให้จัดทำตามขั้นตอนดังนี้

1. แจงข่าวสารแก่หัวหน้างานทุกคนให้ทั่วถึงว่ากำลังมีการจัดทำโปรแกรมของเสียเป็นศูนย์
2. กำหนดว่าต้องใช้วัสดุอุปกรณ์อะไรบ้าง และให้ความมั่นใจแก่ทุกคนในเรื่องความมั่นคงในการทำงาน
3. เลือกวิธีการเริ่มต้นที่เหมาะสมที่สุดกับวัฒนธรรมองการ
4. ชี้แจงหน้าที่จะทำเพื่อให้โปรแกรมสำเร็จ
5. ออกแบบวิธีการที่จะสร้างการยอมรับเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ
6. จัดทำตารางกำหนดการในรายละเอียดและชักชวนให้กับคนที่เขามารับผิดชอบ

7. ระบุวิธีการกำจัดสาเหตุที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดและจัดทำแผนปฏิบัติ
แกนความคิดของโปรแกรมของเสียเป็นศูนย์ คือ ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรกและปัญหาที่ใหญ่ที่สุดมาจากการไม่ตั้งใจมากกว่าการไม่รู้ ครอสบีกล่าวว่า “ความผิดพลาดของมนุษย์มีสาเหตุจากการไม่ตั้งใจมากกว่าไม่รู้ การขาดความตั้งใจเกิด เมื่อคนคิดว่าความผิดพลาดเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าเราระวังปัญหานี้ให้ดีโดยให้สัญญากับตัวเราว่าจะให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรก เราจะก้าวไปข้างหน้าอย่างยิ่งใหญ่ด้วยการกำจัดของเสียที่เกิดจากการทำงานซ้ำ

จากของเหลือเศษและการซ่อมแซม ซึ่งทำให้ต้นทุนเราสูงขึ้นและลดโอกาสของแต่ละคนลงความสำเร็จเป็นการเดินทางไม่ใช่เป้าหมาย”

ขั้นที่ 8 ฝึกอบรมหัวหน้างานอย่างเข้มข้น เพื่อให้สามารถทำงานในส่วนที่รับผิดชอบตามกระบวนการปรับปรุงคุณภาพได้สำเร็จ (Train Supervisors Actively to Carry Out Their Part in The Total Quality Improvement Process) ครอสปีมองว่า หัวหน้างานเป็นสื่อที่นำการทำงานลงไปสู่ระดับล่างจึงจำเป็นต้องให้การฝึกอบรมแก่เขา หลักสูตรการฝึกอบรมควรเริ่มด้วยการกระตุ้นให้ตระหนักถึงคุณภาพก่อนเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ตามด้วยการฝึกอบรมในเรื่องเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมของเสียเป็นศูนย์อีก 4 สัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อให้หัวหน้างานเชื่อมั่นในหลักการของโปรแกรมและสามารถอธิบายวิธีการจัดของเสียแก่ผู้อื่นได้ ครอสปีเห็นว่าสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการเอาใจในเรื่องนี้คือคู่มือในการฝึกอบรม นอกจากนี้ครอสปียังแนะนำให้มีการ ฝึกอบรมซ้ำด้วย

ขั้นที่ 9 จัดงานวันของเสียเป็นศูนย์ (Hold a Zero Defects Day) เพื่อให้พนักงานรู้ด้วยตนเองว่าได้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นแล้วในองค์กร ซึ่งเป็นการแสดงความผูกพันต่อสาธารณะและการแสดงแบบแผนการทำงานของตนเอง พร้อมกับถือเป็นการฉลองไปด้วย ครอสปีเห็นว่าแม้วิธีนี้อาจดูขบขันไปบ้างแต่ก็แสดงให้เห็นถึงความผูกพันกับความคิดเรื่องคุณภาพนับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงลงมาถึงถึงพนักงาน

ขั้นที่ 10 กำหนดเป้าหมาย และกระตุ้นให้บุคคลและกลุ่มกำหนดเป้าหมายการปรับปรุงคุณภาพ (Goal Setting and Encouraging Individuals and Groups to Set Improvement Goals) หัวหน้าควร เป็นผู้นำกลุ่มในการกำหนดเป้าหมายในแต่ละระยะ ซึ่งเป็นเป้าหมายเฉพาะที่วัดได้และไม่ซ้ำซ้อนกันกับเป้าหมายของโปรแกรม ตัวอย่างเช่นกำหนดเป้าหมายว่าจะลดของเสียลงอีกร้อยละ 20 ในเวลา 1 เดือน หรือกำหนดเป้าหมายว่าเพื่อให้ได้รางวัลการทำความสำเร็จในสัปดาห์หน้า

ขั้นที่ 11 กระตุ้นให้พนักงานแจ้งปัญหาการปรับปรุงคุณภาพที่เขาประสบแก่ผู้บริหาร เพื่อให้เกิดการรณรงค์แก่สาเหตุที่ผิดพลาดให้ได้ตามจุดมุ่งหมาย (Encourages Employees to Communicate to Management The Difficulties They have in Achieving Their Improvement Goals in The Error-cause Removal Campaign) วิธีการก็อย่างเช่น การจัดทำข้อเสนอแนะให้พนักงานเขียน

แจ้งปัญหาจากประสบการณ์ที่ผ่านมารีธีนี้ใช้ได้ผลมาก แต่ข้อสำคัญเมื่อได้รับการบอกปัญหามาแล้ว ต้องเอาไปแก้ไขอย่างจริงจัง โดยฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องมารับไปจัดกา และต้องขอขอบคุณบอกด้วย สอนถ้าไม่มี ปัญหาอะไรจริง ๆ ก็ขอให้พนักงานบอกว่าเขาชอบหัวหน้าคนไหนมากที่สุด

ขั้นที่ 12 ทำให้ทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมยอมรับและเกิดความซาบซึ้ง (Recognize and Appreciate All Those Who Participate in The Programmer) โดยการสนใจความรู้สึกของคนเข้าร่วมโปรแกรม สังเกตพฤติกรรมและพยายามสร้างการยอมรับให้ได้

ขั้นที่ 13 จัดตั้งกลุ่มที่ปรึกษาคุณภาพ เพื่อปรึกษาหารือกันเป็นประจำ (Establish Quality Councils to Communicate on a Regular Basis) เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์และหาทางออกที่ดี ร่วมกันทำให้การดำเนินงานและการแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างรอบคอบ

ขั้นที่ 14 จัดทำโปรแกรมแบบเดิมซ้ำอีก (Do it All Over Again) เพราะโปรแกรมคุณภาพไม่มีสิ้นสุด ครอบคลุมปีเนนเสมออาจจริง ๆ แล้วการจัดการคุณภาพเป็นการเดินทางไม่ใช่เป้าหมาย

แนวคิดการจัดการคุณภาพเฟเกินบาม (Armand V Feigenbum)

แนวคิดในการจัดการคุณภาพ เฟเกินบาม ไม่ต้องการให้ผู้บริหารเป็นผู้สร้างระบบการจัดการคุณภาพขึ้นมาเอง เพราะเขามองการจัดการคุณภาพว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของการบริหารที่ทุกคนในองค์กรต้องมีส่วนร่วมในการสร้างด้วยกัน เงื่อนไขการสร้างจึงอยู่ที่ความเข้าใจระบบคุณภาพที่กำลังดำเนินการมากกว่า โดยต้องเปลี่ยนจากความคิดในการไล่ตามแก้ปัญหามาเป็นวิธีการให้ทุกคนเข้าใจ และผูกพันกับแนวทางการจัดการคุณภาพที่มุ่งลูกค้า แต่ตัวผู้บริหารระดับสูงเป็นเงื่อนไขของความสำเร็จในการก่อตั้งระบบคุณภาพ ผู้บริหารต้องเลิกใช้วิธีแก้ปัญหาคุณภาพระยะสั้นซึ่งที่จริงไม่ได้ผล และต้องเข้าใจว่าปัญหาคุณภาพไม่ใช่จะแก้ได้อย่างรวดเร็ว เฟเกินบามเห็นว่าการเป็นผู้นำในด้านคุณภาพจะทำให้บริษัทประสบความสำเร็จในตลาดด้วยคุณภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ต้นทุนการประเมินผล (Appraisal Costs) ต้นทุนการป้องกัน (Prevention Costs) และต้นทุนความล้มเหลว (Failure Costs) ซึ่งรวมกันเป็นต้นทุนคุณภาพทั้งหมด (Total Quality Cost)

เฟเกินบามมองว่าเป้าหมายของการจัดการคุณภาพ ก็คือการลดต้นทุนคุณภาพทั้งหมดซึ่งปกติมากถึง ร้อยละ 25-30 ของยอดขายหรือต้นทุนดำเนินการ ส่วนหัวใจของโปรแกรมจัดการคุณภาพก็คือการเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนคุณภาพ และดำเนินการให้ต้นทุนนี้ลดลง ข้อสำคัญผู้บริหารต้องมีความผูกพัน 3 ด้าน ด้วยกัน คือ

1. สร้างความแข็งแกร่งให้กับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ
2. ทำให้การปรับปรุงคุณภาพกลายเป็นนิสัย
3. มองคุณภาพและต้นทุนว่าตางก็มีผลต่อกัน

สรุป ในยุคปัจจุบัน เป็นยุคที่มีการแข่งขันในทุกด้าน จึงทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจ หรือหน่วยงานต่างๆ มีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการ เพื่อให้ทั้งลูกค้าและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในสินค้าหรือบริการที่จัดให้ ซึ่งแนวคิดในการบริหารคุณภาพมีหลากหลายแนวคิด แต่แนวคิดที่มีความนิยม และเหมาะสมในการนำมาใช้ในการบริหารคุณภาพมากที่สุดคือแนวคิดของจูราน ที่เรียกว่าไตรศาสตร์ด้านคุณภาพของจูราน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน

ต่างๆ ดังนี้ การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning: QP) การควบคุมคุณภาพ (Quality Control: QC) การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement: QI) และการประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) ในที่สุด

2.4 แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมที่สำคัญโดยเฉพาะการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ถือว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายเป็นส่วนสำคัญที่จะผลักดันให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขประสบผลสำเร็จในส่วนของความหมายของการมีส่วนร่วมมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เออร์วิน (Erwin, 1976) อธิบายไว้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในด้านการพัฒนา ร่วมกันคิด ตัดสินใจ และแก้ปัญหาของตนเอง

ยูวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาการพัฒนาชุมชนว่าที่มนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความจริงที่ว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

ถนัด ไบยา (1976) ได้อธิบายว่าการมีส่วนร่วม มิได้หมายถึงเฉพาะว่าชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรม หรือร่วมในภาวะจำยอม แต่หมายถึงว่าชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน มีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าปัญหาใดเป็นปัญหาสำคัญที่ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาได้เอง และปัญหาใดอยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนในการที่จะแก้ไขปัญหา ที่จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผู้ที่อยู่นอกเหนือชุมชนที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับ 3 ประการดังนี้

ประการที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจพัฒนา การค้นหาปัญหา สภาพที่คาดหวัง วิเคราะห์หาสาเหตุแห่งปัญหา ทางเลือกแห่งการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกของปัญหา

ประการที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือกให้เกิดการพัฒนา
 ประการที่ 3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมรับผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม
 ในกิจกรรมนั้นๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำไปสู่บทเรียนการเรียนรู้ร่วมกันและปรับปรุง
 พัฒนา

อรรถัย กักพล (2552) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนจะต้องมีอิสระ
 ทางความคิด มีความรู้ความสามารถในการกระทำและมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ
 โดยหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องมีลักษณะการเข้าร่วมอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด
 ไม่ใช่เป็นการจัดเวทีการมีส่วนร่วมครั้งเดียว ตัวอย่างเช่น ในการแก้ปัญหาของชุมชนควรเปิดโอกาส
 ให้ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่ต้นจนจบ ดังนี้

1. เริ่มต้นตั้งแต่การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตนในฐานะที่
 เป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือชุมชนที่ตนอยู่
2. ร่วมคิดด้วยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาของชุมชน มีสาเหตุอย่างไร และจะจัดลำดับ
 ความสำคัญของปัญหาเป้าหมายอย่างไร และควรที่จะจัดการปัญหาใดก่อนหลัง
3. ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานว่าจะจัดกิจกรรมหรือโครงการอะไร จะแบ่งงาน
 กันอย่างไร ใช้งบประมาณมากน้อยเพียงใด จะจัดหางบประมาณมาจากที่ใด และใครจะมาเป็นผู้ดูแล
 รักษา
4. ร่วมดำเนินงาน ประชาชนจะต้องร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เต็มกำลังความรู้
 ความสามารถของตนเอง
5. ร่วมกันติดตามประเมินผล ตลอดเวลาที่ทำงานร่วมกันประชาชนจะต้องมีส่วน
 ร่วมในการตรวจสอบถึงปัญหาอุปสรรคและร่วมกันในการหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้งานหรือภารกิจ
 ดังกล่าวสามารถสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย
6. ร่วมรับผลประโยชน์ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนแล้วย่อมที่
 จะได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของเงิน วัสดุสิ่งของ แต่อาจเป็น
 ความสุขสบาย ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นก็ได้

จากการให้คำนิยามของการมีส่วนร่วมของนักวิชาการทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า
 การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนในการดำเนินงานร่วมกัน ไม่ว่าจะ
 ในด้านการแก้ปัญหาหรือการพัฒนา โดยร่วมกันคิด พิจารณา ตัดสิน การร่วมปฏิบัติ และการร่วม
 รับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชนเอง เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย
 โดยเฉพาะฝ่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับอย่างเป็นทางการดำเนินการที่
 เกิดขึ้น (เมธา หริมเทพาธิป, 2560)

สำหรับระดับการมีส่วนร่วมนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ระดับของ
 การมีส่วนร่วมไว้มากมายหลายท่าน ดังนี้ (เมธา หริมเทพาธิป, 2560)

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ (2545) ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้เป็น 6 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ร่วมรับรู้ หมายถึง รัฐได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมแก่ประชาชน เมื่อรัฐมีความคิดริเริ่มหรือมีนโยบายที่จะให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ แล้วเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน หรือให้สิทธิแก่ประชาชนในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารของราชการที่มอบให้แก่ประชาชนนั้น นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เนื่องจากข้อมูลข่าวสารจะบอกถึงโครงการหรือกิจกรรมที่กำลังจะเกิดขึ้น ความจำเป็นและ ความสำคัญที่จะต้องให้มีโครงการหรือกิจกรรมนั้น รวมถึง การดำเนินการและมาตรการต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมจากโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารนี้ถือว่าเป็นสิทธิประการหนึ่งของประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ระดับที่ 2 ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น หมายถึง เมื่อประชาชนได้ร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จากรัฐแล้วประชาชนก็จะร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ความจำเป็นและความต้องการที่ต้องให้มี โครงการหรือกิจกรรมนั้นพร้อมร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อหน่วยงานเจ้าของโครงการหรือกิจกรรม หรือหน่วยงาน หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจนำไปใช้ประกอบการพิจารณาต่อไป

ระดับที่ 3 ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ หมายถึง ร่วมพิจารณาเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับ โครงการหรือกิจกรรม การเลือกพื้นที่ตั้งโครงการ โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่จะตั้งโครงการควร จะมีส่วนร่วมพิจารณารับหรือปฏิเสธไม่ให้โครงการตั้งในพื้นที่หากเห็นว่ามาตรการที่จะใช้ในการลด ผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบไม่ชัดเจนและไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตรวจสอบด้วย

ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินการ หมายถึง ร่วมในการลงทุน ร่วมในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน หรือ ร่วมปฏิบัติงานเอง ในระดับการมีส่วนร่วมนี้อาจจะทำได้ในทุกประเภทของโครงการ เช่น หากเป็น โครงการที่จำเป็นต้องใช้ผู้มีความรู้เฉพาะด้านผู้ชำนาญการหรือเทคโนโลยีขั้นสูงแล้ว บางครั้งเป็น ความ ยุ่งยากที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติงานได้แต่หากเป็นโครงการหรือกิจกรรมระดับท้องถิ่น เช่น การจัดการป่า ลุ่มน้ำหรือทรัพยากรอื่นที่ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านได้ ชาวบ้านหรือประชาชนในท้องถิ่นก็เข้า ร่วมดำเนินการได้ หรือเป็นการร่วมดำเนินการด้วยการลงทุนถือหุ้นก็ย่อมถือว่ามี การร่วมดำเนินการได้

ระดับที่ 5 ร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล หมายถึง การร่วมตรวจสอบและติดตาม การดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้วได้นำ มาตรการลด ผลกระทบมาใช้หรือไม่ก็มีการใช้ระบบการติดตามตรวจสอบเพื่อป้องกันปัญหาเกิดขึ้นหรือไม่การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ

และสิ่งแวดล้อม อย่างมาก เพราะประชาชนจะทำหน้าที่คอยเฝ้าระวังและเตือนภัย (Watch Dog) การดำเนินงาน โครงการเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ทัน่วงทีก่อนที่จะมีผลร้ายเกิดขึ้น และเมื่อมีการดำเนินการตาม โครงการหรือกิจกรรมแล้ว ก็ต้องมีการประเมินผลว่าการดำเนินการนั้น ๆ บรรลุตาม เป้าหมายและ วัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด มีการนำมาตรการการป้องกัน ปัญหาสิ่งแวดล้อมมาใช้หรือไม่ และผลของการดำเนินการเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพิจารณาเอามาตรการที่เหมาะสมมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับที่ 6 ร่วมรับผล หมายถึง การดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้ว ย่อม ได้มาซึ่งผลประโยชน์และผลกระทบทั้งที่เป็นผลกระทบด้านบวกและผลกระทบด้านลบทั้งต่อ ประชาชน และต่อสิ่งแวดล้อม โดยที่ประชาชนหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องรับเอาผลที่เกิดขึ้นมานั้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้ง 6 ระดับนั้นหากประชาชนได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยทุกระดับแล้วย่อมถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ ประชาชน

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วมตามแนวทางพัฒนาชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยได้แบ่งไว้ดังนี้ (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2545)

1. ร่วมค้นปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา
2. ร่วมค้นหาสิ่งที่จำเป็นของตนในปัจจุบันคืออะไร
 - 2.1 ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดลำดับปัญหา เพื่อจะแก้สิ่งใดก่อนหลัง
 - 2.2 วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่องๆ
 - 2.3 ร่วมระดมความคิดถึงทางเลือกต่างๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสม
 - 2.4 ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้
 - 2.5 ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ
 - 2.6 ร่วมคิดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน
 - 2.7 ร่วมรับผลประโยชน์/หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

เพื่อแก้ไขปัญหาตามที่วางแผนไว้

โคเฮนและอัปฮอฟฟ์ (Cohen and Up Hoff) ได้กล่าวถึงระดับการมีส่วนร่วม โดยมีแบ่งเป็น ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (Planning) คือ การมีส่วนร่วมในการประชุม ให้ความคิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงาน งบประมาณ และทรัพยากรการดำเนินการล่วงหน้าของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

2. การมีส่วนร่วมด้านการจัดแสวงหาทรัพยากร (Allocation) คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการช่วยเหลือ จัดหา หรือสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์หรือเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่างๆ ร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

3. การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (Co-ordination) คือ การมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือ ปฏิบัติงาน ติดต่อสื่อสาร รับผิดชอบร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

4. การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (Evaluation) คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์รูปแบบ ตรวจสอบการทำงานตามแผนงาน โครงการต่างๆ ร่วมกับโรงเรียนของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของนักวิชาการแต่ละท่านสามารถสรุปได้ว่าระดับการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นนั้นมีหลายระดับ ระดับการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุดคือ การได้รับทราบข้อมูลข่าวสารว่ารัฐทำอะไรหลังจากได้ตัดสินใจเรียบร้อยแล้วแจ้งให้ประชาชนทราบ ส่วนระดับการมีส่วนร่วมที่มากที่สุดคือ การที่ประชาชนได้มีโอกาสประเมินผล ตรวจสอบการทำงานตามแผนงานของโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้น และได้รับผลประโยชน์จากโครงการนั้นๆ ได้อย่างพอเพียง

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม หมายถึงกระบวนการที่ให้ภาคีเครือข่าย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา หรือการแก้ไขปัญหาเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมมาใช้ในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากถ้าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมพัฒนา ร่วมรับผลประโยชน์ ในขั้นตอนต่างๆ ของการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการในการพัฒนา ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการดำเนินการตามแผนขั้นตรวจสอบและประเมินผล ชี้นำผลมาปรับปรุงแก้ไข จนกระทั่งขั้นตอนการจัดทำรายงาน จะทำให้ผู้ที่ร่วมในการพัฒนา รู้สึกในความเป็นเจ้าของ มีส่วนในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา จะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพประสบผลสำเร็จและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความหมายของคำว่า “ความพึงพอใจ” ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า “satisfaction” ได้มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจที่แตกต่างกันดังนี้

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ กลาวว่า ความพึงพอใจเป็นภาวะของความพึงพอใจหรือภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวกที่มีผลเกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินประสบการณ์ของคนๆ หนึ่ง ที่ขาด

หายไประหว่างการเสนอให้กับสิ่งที่ได้รับจะเป็นรากฐานแห่งความพอใจและไม่พอใจได้ (เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ, 2540)

อุทัยพรรณ สุดใจ ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยอาจจะเป็นไปได้ในเชิงประเมินค่า ว่าความรู้สึกหรือทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นเป็นไปได้ในทางบวกหรือทางลบ (อุทัยพรรณ สุดใจ, 2545)

กาญจนา อรุณสุขขุจี ความพึงพอใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน และต้องมีสิ่งที่ตรงต่อความต้องการของบุคคล จึงจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นการสร้างสิ่งเร้าจึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลนั้นให้เกิดความพึงพอใจในงานนั้น (กาญจนา อรุณสุขขุจี, 2546)

ดังนั้นความหมายของคำว่าความพึงพอใจ จึงมีความหมายโดยทั่ว ๆ ไปว่า เป็นระดับความรู้สึกในทางบวกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่องานบริการที่รับผิดชอบมีความสำคัญ เพราะหากผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ จะทำให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพซึ่งเป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้รับบริการต่อไป

ความสำคัญของความพึงพอใจ ความพึงพอใจเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้งานประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่เกี่ยวกับการบริการ ย่อมมีความสำคัญต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ความสำคัญในการบริการ มีดังนี้ (วิภาดา จันทรมณฑล, 2558)

1. ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ
2. ความพึงพอใจของลูกค้าเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะของบริการ
3. ความพึงพอใจของลูกค้าเป็นตัวแปรในการประเมินคุณภาพของการบริการ
4. ความสำคัญต่อผู้รับบริการ
5. ความพึงพอใจของลูกค้าเป็นตัวผลักดันคุณภาพชีวิตที่ดี
6. ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เป็นบริการช่วยพัฒนาคุณภาพงานบริการและ

อาชีพบริการ

นอกจากนั้น ยังมีความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น ความพึงพอใจที่มีต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพตามธรรมชาติ อันหมายถึง พฤติกรรมหรือการแสดงความรู้สึกที่ดีหรือเจตคติที่ดีรวมถึงอารมณ์ความรู้สึกที่ดีของมนุษย์ที่มีต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพตามธรรมชาติ ได้แก่ สภาพน้ำ ทราบ อากาศ พืชพันธุ์ไม้ ภูมิประเทศ และความพึงพอใจที่มีต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มนุษย์สร้างขึ้น อัน หมายถึง พฤติกรรมหรือการแสดงความรู้สึกที่ดีหรือเจตคติที่ดี รวมถึงอารมณ์ความรู้สึกที่ดี ของมนุษย์ที่มีต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มนุษย์เป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้น ได้แก่ สาธารณูปโภค อาคาร สิ่งปลูกสร้าง จำนวนผู้คน ประเพณี วัฒนธรรมและ

รวมถึงบริการเพื่อการท่องเที่ยว ได้แก่ บริการที่พัก ห้องอาบน้ำ-สุขา ร้านอาหารหาบเร่แผงลอย เรือเช่า เป็นต้น

สรุปจากความหมายของความพึงพอใจที่หมายถึงระดับความรู้สึกในทางบวกของบุคคล ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น ในการพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ จำเป็นที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานจะต้องมีความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติ จึงจะทำให้การปฏิบัติงานนั้นมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพของการบริการ

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีผู้ให้ความหมายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ไว้หลายราย โดย

ซูเบอร์-สเคอร์ริทท์ (Zuber-Skerritt, 1992) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น โดยปฏิบัติงานเป็นผู้วิจัยเอง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่คาร์และเคมมิส (Carr, W. and Kemmis, 1986) ได้กล่าวไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยในขณะที่ปฏิบัติงานโดยผู้ปฏิบัติงานและเพื่อผู้ปฏิบัติงานใน ขณะที่วีร์สม่า (Wiersma, 1995) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าเป็น การประยุกต์วิจัยชนิดหนึ่งซึ่งมักกระทำโดยครู ผู้บริหารโรงเรียน นักการศึกษา เพื่อช่วยตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่โดยไม่สนใจที่จะอ้างอิงผลไปยังส่วนอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดของคูลเบอร์ (Kulbir, 1984) ที่กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษา กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีอยู่แล้วตามปกติ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างเดิมนั้น ไม่มีการอ้างอิงไปยังกลุ่มอื่น และ (บุบผา อนันต์สุชาติกุล, 2551) ได้ให้นิยามกว้าง ๆ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ “การปฏิบัติงานที่ยังรอกด้วยการเรียนรู้ในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้” การปฏิบัติงานที่แฝงฝังหรือหยั่งรากด้วยการเรียนรู้ นั้น ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นได้ออกแบบการดำเนินการวิจัยโดยพ่วงกระบวนการเรียนรู้ไว้กับการปฏิบัติงาน ทั้งนี้จะเห็นได้จากการปฏิบัติงานตามปกติ นั้น ผู้ปฏิบัติงานที่ดีย่อมวางแผนการดำเนินงานไว้ล่วงหน้า (plan) แล้วดำเนินการตามแผนที่วางไว้ (act) เพื่อให้การปฏิบัติงานใด ๆ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด แต่การปฏิบัติงานเพียง 2 ขั้นตอนดังกล่าวทำให้ได้เพียงผลงานซึ่งไม่มีหลักประกันในคุณภาพที่ดีได้ การปฏิบัติงานเช่นนี้ Alistotle เรียกว่า practice แต่เมื่อเติมกระบวนการเรียนรู้เข้าไปในสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การสังเกตการณ์ ปฏิบัติงานของตนเองตลอดจนผลที่เกิดตามมา (observation) แล้วนำสิ่งที่ปฏิบัติรวมทั้งผลที่สังเกตหรือรวบรวมข้อมูลได้มาทบทวนตรวจสอบ (reflect) จะส่งผลนำมาสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน

ของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งหากกระทำอย่างต่อเนื่องย่อมมีหลักประกันได้ว่าผลงานต้องมีคุณภาพ
อย่างแน่นอน การปฏิบัติงานที่มีการทบทวนตรวจสอบอย่างต่อเนื่องนี้เรียกว่า praxis

สำหรับความหมายที่บ่งบอกลักษณะเฉพาะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีดังนี้

“10 ใช่ -5 ไม่ใช่” ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 10 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
มีดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้วิจัย (practitioner-based)
2. เป็นการหาความรู้ของ “ฉัน” (first-person enquiry)
3. ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้มากกว่าผลลัพธ์ปลายทาง
4. เน้นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มจากตนเอง
5. เป็นวิถีประชาธิปไตย โดยการให้การหาความรู้ไม่ถูกผูกขาด

แต่เฉพาะแวดวงวิชาการเท่านั้น

6. ผู้ปฏิบัติตระหนักในความรับผิดชอบต่องานที่ปฏิบัติ
7. เน้นที่การปฏิบัติงานที่แฝงด้วยจุดยืนหรือความมุ่งมั่นต่อวิชาชีพ
8. กระบวนการวิจัยประกอบด้วย การปฏิบัติงาน (action) ที่ผนึกด้วยการเรียนรู้

(Learning) ในลักษณะของวงจรกิจกรรม 4 อย่างคือ วางแผน ดำเนินงานตามแผน สังเกตและทบทวน
ตรวจสอบซึ่งกระทำอย่างต่อเนื่อง

9. มีการตั้งคำถามเชิงวิพากษ์กับสิ่งที่ตนเองคิดและกระทำโดยตลอด
10. มุ่งมั่นและผูกพันกับงานที่ปฏิบัติอย่างจริงจัง

ลักษณะที่ไม่ใช่การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีดังนี้

1. การทดลอง
2. ศึกษาเรื่องของคนอื่น หรือสิ่งนอกตัว
3. เน้นวิธีการหาความรู้เชิงเทคนิค มากกว่ากระบวนการเรียนรู้
4. อ้างอิงผลการศึกษาสู่ข้อสรุปที่จะใช้เป็นมาตรฐานทั่วไป (generalization)
5. เน้นประสิทธิภาพการทำงาน และการควบคุม

จากความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เป็นความหมายที่
คล้ายคลึงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด จึงสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการ
การศึกษาค้นคว้าและพัฒนาการปฏิบัติงานที่ปฏิบัติโดยไม่คาดหวังว่าจะอ้างอิงผลไปยังกลุ่มอื่น ๆ ได้
หรือไม่

การที่จะเข้าใจความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้อย่างลึกซึ้งและชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้ดีนั้น เคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ได้อธิบาย
ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 21 ข้อ ดังนี้

1. เป็นวิธีสำหรับปรับปรุงการศึกษาโดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเรียนรู้จากการเปลี่ยนแปลงนั้น
2. เป็นการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติเองเพื่อพัฒนางานของตนเองและกลุ่มอาชีพของตนเอง
3. เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นวงจรเริ่มจากการวางแผนการปฏิบัติตามแผน การสังเกตและการสะท้อนผล เป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่างานนั้นจะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ
4. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเน้นกระบวนการกลุ่มเป็นหลักจึงจะประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้
5. เป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดสังคมแห่งการพัฒนาตนเองและพึ่งตนเองโดยความร่วมมือระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง มีความเป็นอิสระในการดำเนินการและตัดสินใจได้ด้วยกลุ่มของตนเอง
6. เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบโดยผ่านการปฏิบัติตามที่ได้คิดไตร่ตรองด้วยสติปัญญาอย่างรอบคอบ มีการวางแผนเป็นขั้นตอน
7. เป็นวิธีการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งการปฏิบัติและผลจากการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคน
8. เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้บุคคลได้ปฏิบัติตามแนวคิดและข้อสมมติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติต่อไป
9. เป็นวิธีการที่เปิดกว้างสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกแห่งทุกมุม ไม่เฉพาะแต่ข้อมูลที่จะใช้อธิบายข้อเท็จจริงเท่านั้น
10. เป็นวิธีการที่เน้นการเก็บข้อมูลทั้งกระบวนการการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นในทุกแห่งทุกมุม
11. เป็นกระบวนการทางการเมืองเนื่องจากการวิจัยเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น
12. เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ อย่างเข้มข้นและจริงจังทั้งในเรื่องของบุคคลและสถาบัน เพื่อทำความเข้าใจและก่อให้เกิดการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
13. ควรเริ่มวิจัยจากจุดเล็ก ๆ โดยการเปลี่ยนแปลงตนเองก่อนจากนั้น จึงเปลี่ยนแปลงชั้นเรียน โรงเรียน และชุมชน
14. ควรเริ่มจากวงจรการปฏิบัติเล็ก ๆ คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผนการสังเกตและการสะท้อนผลก่อนที่จะขยายวงกว้างต่อไป
15. ควรเริ่มจากความร่วมมือกันของกลุ่มเล็ก ๆ จากนั้นจึงขยายไปสู่ความร่วมมือระดับสถาบันและชุมชน

16. เป็นวิธีการที่จะช่วยให้สามารถบันทึกเหตุการณ์ความก้าวหน้าต่างๆ อย่างต่อเนื่องทั้ง เหตุการณ์และความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

17. เป็นวิธีการที่จะช่วยให้สามารถอธิบายและให้เหตุผลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการศึกษา แก่ผู้อื่นได้อย่างน่าเชื่อถือ

18. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่สิ่งที่ปฏิบัติอยู่ตามปกติ แต่เป็นการปฏิบัติอย่างเป็นระบบมี ความร่วมมือกันของกลุ่มในการพัฒนางานอย่างชัดเจน

19. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่กระบวนการแก้ปัญหาง่ายๆ ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียนแต่เป็น กระบวนการเรียนรู้และทำความเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้ดีขึ้น

20. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่การวิจัยที่นักวิชาการหรือนักวิจัยภายนอกที่อ้างตนว่า เป็นผู้เชี่ยวชาญเข้ามาศึกษาในชั้นเรียน แล้วสรุปเป็นความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ

21. การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการทางวิทยาศาสตร์ ไม่ใช่การทดสอบสมมติฐานด้วย วิธีการทางสถิติจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาข้อสรุป ไม่อ้างผลจากกลุ่มตัวอย่างไปสู่ประชากร เหมือนการวิจัยอื่น ๆ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเน้นวิธีการทางสังคมศาสตร์หลายๆ วิธีร่วมกันเพื่อ ก่อให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์มากกว่าการอธิบายหรือตีความสถานการณ์

คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (มาร์ตี วิทยาจารย์ชัย, 2549) คุณลักษณะของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แตกต่างจากระเบียบวิธีการอื่น โดยมีแนวคิดพื้นฐาน คือ เป็นการศึกษา ปราบกฏการณ์นิยม จากการเปลี่ยนแปลง โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับนักวิจัยร่วมกันกำหนดปัญหา และปฏิบัติการวิจัยนับตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนดำเนินการปฏิบัติการและ ขั้นตอนประเมินผล เครื่องมือแก้ปัญหาที่เน้นด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์บทบาทผู้มีส่วนได้ เสียร่วมกับนักวิจัยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการวิจัยวางแผนปฏิบัติการ นำแผนไปปฏิบัติ การประเมินผลและการปรับปรุงแผนใหม่โดยอาศัยความร่วมมือระดับผู้ร่วมวิจัยทุกฝ่ายเกลียววงจรที่ เกิดขึ้นหลายวงจรนี้เกิดจากการกำหนดแผนการปฏิบัติ (Action Plan) จะต้องมีความยืดหยุ่นและ เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ เพราะสภาพความเป็นจริงของสังคม มีความซับซ้อนไม่อาจคาดคะเน การปฏิบัติที่จำเป็นล่วงหน้าทุกอย่าง การปฏิบัติและการสะท้อนการปฏิบัติจึงเป็นการกระทำที่คาบ เกี่ยวกัน เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) อธิบายว่าวิธีการดำเนินการ จะอยู่ในลักษณะของวงจรกิจกรรม 4 อย่าง ตาม ที่ไม่มีจุดเริ่มต้นแน่นอนตายตัว ได้แก่ 1) การวางแผน (planning=P) 2) การดำเนินกิจกรรมตาม แผน (action=A) 3) การรวบรวมข้อมูล (observation = O) หมายถึง การบันทึกผลการปฏิบัติงาน และการวัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ เป็นระยะ และ 4) การทบทวน ใคร่ครวญ หรือ ไตร่ตรอง (reflection= R) ในสิ่งที่ได้ดำเนินการไป ทั้งในระหว่างการดำเนินการ และหลังดำเนินการ

หรืออาจเรียกว่าเป็นการถอดสิ่งที่เรียนรู้จากการปฏิบัติ ทั้ง 4 กิจกรรมนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เป็นวัฏจักรหมุนเวียนซ้ำกิจกรรมเดิมไปเรื่อยๆ โดยหลังจากที่มีการทบทวนสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วแต่ละครั้ง จะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่นำมาสู่การปรับแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart)

1. การวางแผน (Plan) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ กอปรกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งเป็นอย่างดี และเป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมืองและอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสถานการณ์เวลานั้น

2. การปฏิบัติ (Action) เป็นการลงมือดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ดังที่กล่าวมาแล้วการปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ สิ่งใดควรทำตามแผนที่วางไว้ สิ่งใดควรปรับเปลี่ยนให้เข้ากับปัจจัยเงื่อนไขในขณะนั้นแล้วจึงดำเนินกิจกรรมอื่นต่อไปผู้ปฏิบัติการอาจใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตนได้บางส่วนแต่ประสบการณ์เหล่านั้นก็เป็นเพียงสมมติฐานชั่วคราว (Working Hypothesis) ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเวลานั้นก็ได้

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป (ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ) รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับ กระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา นอกจากนี้

จะต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่มองเห็นได้ด้วยตาและสัมผัสได้ด้วยกายหรือใจ และจะต้องมีความยืดหยุ่นต่อการเก็บรายละเอียดของสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในหลายแง่มุมและหลายรูปแบบ ดังนั้น นักวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีความพร้อมตลอดเวลาในการสังเกตการณ์ การเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและไม่เกิดขึ้นตามแผนที่วางไว้

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้ จากการสังเกตอย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์ประการหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มดังกล่าวนี้ จะนำไปสู่การรื้อถอน (Deconstruction) แนวคิดความเชื่อและการปฏิบัติงานอย่างเดิมไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมเปลี่ยนไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการในรอบหรือเกลียวต่อไป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนที่สำคัญในการดำเนินการดังนี้

1. การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัย และกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องเรียนซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพของปัญหาควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ผู้สอน ผู้เรียน เนื้อหาวิชาและสภาพแวดล้อม

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก้ไขในการศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะของปัญหา แล้วสร้างสมมติฐานของการวิจัยในรูปแบบของข้อความต้องการที่จะประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการ หรือกับทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครื่องมือจะมี 2 ลักษณะคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการ เช่น อุปกรณ์ การเรียน การสอน แบบฝึกหัด เป็นต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้าและเป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อบันทึกเพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจความถูกต้อง แสดงรายละเอียดอธิบายสถานการณ์ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่าง และคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้วิจัย

6. ตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ ผล และวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์กำหนดไว้และจะก่อประโยชน์สูงสุดโดยสรุปประมวลเป็นหลักการ รูปแบบ ของการปฏิบัติ หรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี หรือทฤษฎี ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักการกรทวิทยาโดยวิธีอุปนัย และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (มารตี วิทยาดารงชัย, 2549)

1. ความร่วมมือในด้านเทคนิค (Technical action research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการวิธีนี้มีเป้าหมายเพื่อทดสอบแบบแผนการแก้ปัญหาที่สร้างตามกรอบทฤษฎีที่มีอยู่แล้วเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ เป็นการวิจัยที่ยึดเทคนิค หรือทฤษฎี โดยมีบุคคลภายนอกมาช่วยปรับปรุงในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมของนักวิจัย โดยนักวิจัยได้กำหนดปัญหาล่วงหน้า รวมถึงระบุการเปลี่ยนแปลงและแผนปฏิบัติที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ความรู้ที่ได้จากการวิจัยเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งช่วยตรวจสอบความตรง (Validation) และปรับแต่งทฤษฎีที่ใช้ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) เป็นการวิจัยที่เกิดการร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงาน ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือชุมชนเข้ามาร่วมศึกษาปัญหา โดยกระทำร่วมกับนักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการเริ่มต้นของคนที่อยู่กับปัญหา (Problems People) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับนักวิชาการ จึงเป็นกระบวนการที่คนในองค์กรหรือชุมชนมิใช่ผู้ถูกระทำ แต่เป็นผู้กระทำที่มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วมกันในการวิจัย

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติ (Practical action research) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน เน้นส่งเสริมผู้ปฏิบัติสะท้อนผลและคิดวิเคราะห์ พัฒนาปรับปรุงการทำงานด้วยตนเอง มีเป้าหมายคือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาดด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กร ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น

จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหา และการปฏิบัติจะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) แบบ(Technical action research) มาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัยทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน ปฏิบัติตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผล โดยเป็นการวิจัยที่ยืดหยุ่น คือมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวเป็นแนวทางในการพัฒนา โดยมีบุคคลภายนอกคือทีมสหวิชาชีพมาช่วยปรับปรุงพัฒนา มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 งานวิจัยในประเทศ

รติยา วิภักดิ์ (2559) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ารูปแบบที่ส่งผลให้การพัฒนาการจัดการข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 ให้ประสบผลสำเร็จได้แก่การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตาม ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

นวนลภา บญวิเศษ (2557) พัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุทัยวรรณ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยทำการพัฒนาตามระบบคุณภาพมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ผลการพัฒนาพบว่าหน่วยบริการได้รับการปรับปรุงโดยหน่วยบริการได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้รับรางวัลห้องปฏิบัติการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีผลการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการหน่วยบริการปฐมภูมิตีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2557 และนอกจากนี้ในการพัฒนายังส่งผลให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจที่ได้รับการบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย มีมาตรฐาน และมีความสะดวกมากยิ่งขึ้นที่สามารถเข้าถึงการบริการทดสอบทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้ที่หน่วยบริการใกล้บ้าน

โชคชัย มานะธรร, พรหมพิศิษฐ์ โจทย์กิง และวราวัชร ขจรรัตนวิชัย (2556) โชคชัย มานะธรร และคณะ ศึกษาแนวทางการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสมใน บริบทอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการ สาธารณสุขที่มีความหลากหลาย และมีความเป็นอุดมคติสูง แต่มีความสำคัญและจำเป็น ต้องได้รับการ พัฒนาให้เข้มแข็ง เพื่อให้มีศักยภาพในการรองรับปัญหาที่สลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในอนาคตเป็นระบบ บริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เป็นองค์รวมต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สามารถสร้างความ เป็นธรรมในระบบสุขภาพ ผลจากการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลพบว่า ส่วนใหญ่จะเน้นการปรับปรุงด้านโครงสร้างพื้นฐานและการจัดบริการเชิงรับ ส่วนการ จัดบริการเชิงรุก พบว่ายังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย สำหรับข้อเสนอแนะการจัดการบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสมในบริบทของอำเภอจักราช ควรเน้นการใช้แนวคิดของ เวชปฏิบัติครอบครัวยุคใหม่ โดยจัดบริการเชิงรุกนำเชิงรับ โดยดูแล 8 กลุ่มเป้าหมายให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง พัฒนาการเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมทันตสาธารณสุข กิจกรรมเภสัช สาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค กิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญตามเกณฑ์ มาตรฐานและประเมินผลสำเร็จของกิจกรรม

ไครตริย์ แพน้อย, อติญาณ์ ศรเกษตริน และชุลีพร เอกรัตน์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของ สาธารณสุขเขต 6 โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละสถานบริการ ซึ่งปฏิบัติงานประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย ในจังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราชและจังหวัดพัทลุง จำนวน 237 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลักได้แก่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารใน การดำเนินงานโดยการได้รับการนิเทศและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยในส่วนของ การได้รับการนิเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ของสาธารณสุขเขต 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.33, 0.41, 0.38,$ และ 0.54 ตามลำดับ, $p < 0.01$)

นวลใย พิศชาติ, นิทรา ประยูร ศิริศักดิ์ และกมลทิพย์ ดังหล็กมันคง (2555) ศึกษาการ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ การจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ (On top payment) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานีปีงบประมาณ 2555 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ พบว่ารูปแบบที่ใช้ใน การจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพการบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ ศักยภาพหน่วยบริการ ปฐมภูมิ มี 2 รูปแบบคือการจัดสรรโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย และการจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุข

ไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงซึ่งการจัดสรรโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการจัดสรรที่เป็นธรรม นอกจากนี้ในการจัดสรรงบประมาณมีการกำหนดเกณฑ์ 4 ด้านดังนี้ คือพัฒนาด้านโครงสร้าง ศักยภาพด้านการบริหาร การบริการ และเกณฑ์ด้านผลงานที่ต้องมีความครอบคลุมและเหมาะสม ซึ่งการจัดสรรในส่วนนี้มีความโปร่งใส และเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยบริการในพื้นที่ยังได้รับ งบประมาณในการสนับสนุนอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานหน่วยบริการเพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการของประชาชน เพื่อให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์สถานบริการที่มีคุณภาพ ตามที่ สปสข. กำหนด

นครชาติ เผื่อนปฐม (2554) ศึกษายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่ส่งผล ต่อผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 333 แห่ง พบว่า สาเหตุของการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากปัญหา การดำเนินงานในด้านความไม่เข้าใจ ไม่ชัดเจน ไม่บูรณาการ และไม่ยั่งยืนต่อนโยบายการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้บริหาร ผู้สนับสนุน และผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาในด้านนโยบาย ในการกำหนดเป้าหมายระดับของการพัฒนา และการสนับสนุนที่ไม่ใช่แบบเดียวกันทั้งหมดและ ปัญหาความไม่แน่นอน ความหลากหลายและความเข้มแข็งของการขับเคลื่อนนโยบายที่แตกต่างกัน และกลไกในการรองรับการบริหารจัดการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยต้องมีการพัฒนา ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน ต้องมีการปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อ สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ มีการสนับสนุนในการผลิตและพัฒนากำลังคนให้ เหมาะสมและสอดคล้องกับพื้นที่ และปัญหาในพื้นที่ ต้องมีการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ บุคลากรมีการสนับสนุนความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายวิชาชีพต้องร่วมกันสร้างคุณค่า ค่านิยมในการดูแลสุขภาพและส่งเสริม การพึ่งตนเองของประชาชน และปัญหาการผสมผสานองค์ความรู้ สุขภาพสาขาต่างๆในการจัดบริการ สุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาหาแนวทางการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ ที่เกี่ยวข้อง

บวร จอมพรรษา (2554) ศึกษาการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการแนวคิดการมีส่วนร่วม ของCohen and Uphoff และดำเนินกิจกรรมตามวงจรคุณภาพเดมมิ่ง (PDCA) พบว่า การประยุกต์ใช้ วงจรคุณภาพเดมมิ่งและแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้หน่วย บริการปฐมภูมิมีการพัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิดีขึ้นจึงควร มีการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายกันต่อไป

รัตติยา มีสมศักดิ์ (2552) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอ่างทอง พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีความรู้เพียงพอในการปฏิบัติงานแต่ยังขาดเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนบุคลากรวัสดุอุปกรณ์งบประมาณและวิชาการยังไม่เพียงพอ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหลายประการที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน ดังนั้นผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ควรมีการเสนอปัญหาและอุปสรรคเพื่อหาทางแก้ไข และเพิ่มบทบาทการให้บริการให้มากขึ้น และผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนส่วนขาดเพื่อให้การปฏิบัติงานของหน่วยบริการมีคุณภาพในการให้บริการและมีมาตรฐานเดียวกัน

ผกาวรรณ จันทระเพิ่ม (2548) ศึกษาปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของสาธารณสุข เขต 4 โดยทำการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 1,920 คน และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซน จำนวน 135 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในปีงบประมาณ 2547 พบว่า (1) การวิเคราะห์โมเดลระดับฐานปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงความแปรปรวนของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านที่เกิดขึ้นกับบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกันและที่อยู่ต่างหน่วยบริการ (2) การวิเคราะห์โมเดลภายในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าปัจจัยระดับบุคลากรสาธารณสุข ในกลุ่มตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลคือเจตคติต่อการเยี่ยมบ้าน การอบรมงานเยี่ยมบ้านและกลุ่มตัวแปรความสามารถและการรับรู้คือการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้าน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยที่ตัวแปรการอบรมงานเยี่ยมบ้านมีขนาดอิทธิพลปานกลาง (3) การวิเคราะห์โมเดลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิในตัวแปรลักษณะหน่วยบริการขนาดใหญ่ และกลุ่มตัวแปรการบริหารจัดการ คือประสพการณ์ปฏิบัติงานบริหารมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยตัวแปรประสพการณ์การปฏิบัติงานบริหารมีขนาดอิทธิพลปานกลาง (4) ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับพบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างประสพการณ์ปฏิบัติงานบริหารกับการมีมนุษยสัมพันธ์ในการเยี่ยมบ้านมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน

2.7.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Roy (2011) ศึกษาการประเมินระบบการพยาบาลปฐมภูมิในเมืองเกรละ เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่การจัดสรรทรัพยากรในระบบดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่

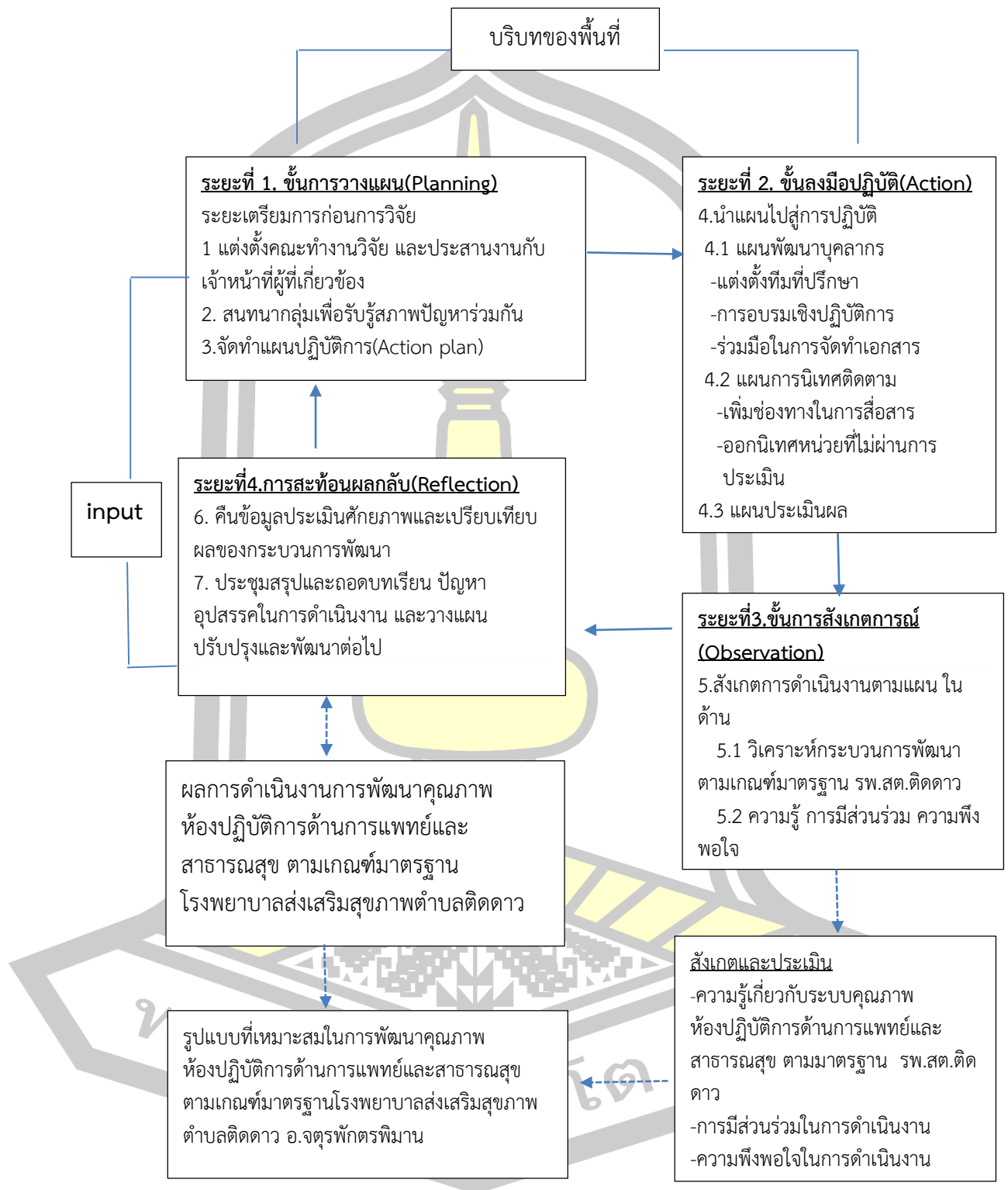
เพียงพอ โดยควรปรับปรุงแบบการจัดสรรทรัพยากรแบบใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการในการดูแลสุขภาพที่รวดเร็วของประชาชน มีมาตรการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพที่ต้องเพิ่มเพื่อสร้างความตระหนักใหม่ ๆ ของผู้คนในการเปลี่ยนนิสัยสุขภาพทั้งในด้านของรูปแบบอาหาร และรูปแบบชีวิตการใช้ชีวิต จะต้องได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่ การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคที่เหมาะสมในช่วงเริ่มต้นนั้นอาจเป็นแนวทางใหม่ในการรักษาโรค และการพัฒนาระบบสาธารณสุข ไม่ควรถือว่าเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลแต่เพียง ผู้เดียว การมีส่วนร่วมของชุมชนก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

Adolfo et al (2009) ศึกษาคุณภาพในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานแบบหลายมิติในประเทศ เบลเยียมพบว่า การดำเนินงานในระดับปฐมภูมิเพื่อให้ได้คุณภาพจะขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น การให้เงินทุนในการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง ด้านบุคลากรการให้ความรู้ เช่น การอบรมไม่เพียงพอ ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์การแพทย์ ประชาชนขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยการใช้ความรู้แบบดั้งเดิมในการดูแลสุขภาพแทนที่จะเป็นความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ดังนั้นแนวทางในการแก้ไขปัญหาคือควรมีการบูรณาการในการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ มีระบบการประเมินคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มากขึ้น มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ

Baltussen & Sauerborn (2002) ศึกษาคุณภาพการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบูร์กินาฟาโซ พบว่าในมุมมองของผู้รับบริการคุณภาพของการบริการมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้น การปรับปรุงคุณภาพของงานเพื่อให้ได้มาตรฐานต้องอาศัยการสนับสนุนทางการเงิน และมีการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในการปรับปรุงประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากบริการอย่างเต็มที่

สรุปจากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะเตรียมการซึ่งจะได้มีการศึกษาถึงบริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาของพื้นที่ เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการดำเนินการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ เคมมิสและแม็คแทกการ์ทเป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้มาตรฐาน รพ.สต.ติดตามเป็นเกณฑ์ในการพัฒนา ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



รูป 11 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวมาในบทที่ 2 มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ผ่านตามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยที่กำหนดไว้ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย
- 3.5 การดำเนินการวิจัย
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) แบบความร่วมมือในด้านเทคนิค (Technical action research) เพื่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้เกิดการพัฒนาและผ่านการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Plan)
2. ขั้นการปฏิบัติ (Action)
3. ขั้นการสังเกต (Observation)
4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

โดยวิธีการของการวิจัยปฏิบัติการ คือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานที่เป็นวงจรแบบเกลียวสว่าน 1 วงรอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อให้เกิดการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นในวงจรต่อไปอย่างต่อเนื่อง และเป็นวงจรจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือแก้ปัญหาได้สำเร็จ

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน ทั้งหมด 94 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหาร นักเทคนิคการแพทย์ รวมทั้งสิ้น 30 คน
- 2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 6 คน
- 3) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 58 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 35 คนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากเจ้าหน้าที่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ประกอบด้วย
 - 1.1 ผู้บริหารซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 6 คน
 - 1.2 นักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 4 คน
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย
 - 2.1 ผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 12 คน
 - 2.2 ผู้รับผิดชอบรองในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 12 คน
- 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประกอบด้วย
 - 3.1 ผู้รับผิดชอบงานมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์

จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่ย้ายออกจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน
2. ผู้ที่ไม่สมัครใจ ขอลอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย
- 3.2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือเดือน กุมภาพันธ์ – เดือน พฤษภาคม

2561

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งหมด

4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้ การมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ฉบับที่ 2 แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560 ของสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 35 ข้อ

ฉบับที่ 3 ความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 17 ข้อ

ฉบับที่ 4 แบบบันทึกในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ฉบับที่ 5 แบบบันทึกการสังเกตการณ์

3.4 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

3.4.1 ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 คำตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว การกำหนดคะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์คะแนนที่ได้เป็น 3 ระดับ คือ (สุมัทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553)

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79

ระดับความรู้สูง หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

3.4.2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

แบบวัดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ปรับปรุงการวัดเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้เลือกตอบและให้คะแนนดังนี้ (อารีย์ พลภูเมือง, 2560)

การมีส่วนร่วม	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

จากนั้นนำคะแนนไปหาค่าเฉลี่ย และกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์

Midpoint โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้นแล้วสรุปเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมมาก	หมายถึง	ได้คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.0
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	หมายถึง	ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

3.4.3 ความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

แบบประเมินสร้างตามแบบการวัดของ (Likert Scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความพึงพอใจของตนเองมากที่สุด การให้ค่าคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
3 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความพึงพอใจ

การแปลผลคะแนนใช้การกำหนดช่วงระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของ (สุมีทนา กลางคารวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยใช้วิธีอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.68 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34 - 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

3.4.4 แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การให้คะแนนมี 3 ระดับ ได้แก่

มีครบ	ให้คะแนน	2
มีบางส่วน	ให้คะแนน	1
ไม่มี	ให้คะแนน	0

จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปคูณกับค่าน้ำหนักที่กำหนด และคำนวณออกมาเป็นค่าร้อยละ โดยกำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว คือ คะแนน ≥ 80 % (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559)

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

3.5.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษามีขั้นตอนดังนี้

- 1) ศึกษาเนื้อหาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เอกสาร ตำราวิชาการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2) ศึกษาแนวทางการดำเนินงานข้อมูลตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
- 3) ศึกษาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)
- 4) นำเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี รวมถึงผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบในการสร้างเครื่องมือ
- 5) นำเครื่องมือ คือแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขแล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไข

3.5.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสร้างเสร็จแล้วนำไปเสนอประธานกรรมการและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนทางภาษา และความถูกต้องตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ
- 2) นำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ และมีประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ได้แก่
 - (1) นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ

(2) นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

(3) นายประเนียร วงศ์อำมาตย์ ตำแหน่งนักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ

เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเป็นปรนัยของข้อคำถามและคำตอบ (Content and Construct Validity Analysis) โดยการหาความตรงและครอบคลุมตามเนื้อหาและโครงสร้างที่ต้องการจะวัดของแบบสอบถาม แต่ละข้อ และรวมทุกข้อ เป็นเครื่องมือที่งัดจากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้ คะแนนผลการพิจารณาตัดสินดังนี้ กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องการศึกษา

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย จากผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา และโครงสร้างได้จากสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (อรรถพงษ์ ดีเสมอ, 2554)

$$IOC = \sum R / N$$

IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R แทน คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (อรรถพงษ์ ดีเสมอ, 2554) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงถือได้ว่าวัดได้สอดคล้องกันจากการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้พบว่า มีค่า IOC เท่ากับ 0.89 (อยู่ในช่วง 0.66-1.00)

3) การตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity Check) โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและตรวจความชัดเจนของภาษาที่ใช้เขียนคำถามคำตอบและคำชี้แจงในการตอบ รวมทั้งความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบที่มีให้เลือก หากพบว่าขาดความชัดเจนของภาษาและความถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านจะพิจารณาให้ข้อชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขคำถามคำตอบ และคำชี้แจงในการตอบให้มีความชัดเจนของภาษาและความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4) การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน และเป็นประชากรที่อยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะโครงสร้างทางวัฒนธรรม สังคม การดำรงชีวิต และขนาดคล้ายคลึงกับพื้นที่ทำการวิจัย เพื่อทำการทดสอบความความชัดเจนของคำถาม ความเข้าใจของภาษา คือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดสถิติการหาคุณภาพเครื่องมือโดยแบบวัดความรู้ค่าความเชื่อมั่น หาโดยวิธี Kuder-Richardson Formula (Kuder-Richardson Formula 20 : KR20) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ มีค่าความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.903

การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการคำนวณควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความเชื่อมั่น (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบวัดการมีส่วนร่วม มีความค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.897

3.6 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

3.6.1 ระยะที่ 1 เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

3.6.1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารต่างๆ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาวิจัย

3.6.1.2 ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3.6.1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินตนเองในส่วนของระบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ก่อนดำเนินการวิจัย โดยใช้ข้อมูลที่ได้เป็น Base line ในการวิจัย

3.6.1.4 ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดโครงการการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2 ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย

ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) ใน 1 วนรอบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้ดีขึ้น ดังนี้

3.6.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เดือนกุมภาพันธ์ 2561 ระยะเวลา 1 เดือน

ในระยะเตรียมการก่อนการวิจัยโดยมีแผนงานทั้งหมด 6 แผนดังนี้

1. แผนงานแต่งตั้งคณะทำงานวิจัย พร้อมทั้งประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ได้แก่ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและรายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม

2. แผนงานจัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อรับรู้สภาพปัญหาาร่วมกันและทำการสรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงาน วิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินสถานการณ์การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พร้อมทั้งสรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงาน

3. จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา

3.6.2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เดือนมีนาคม-เมษายน 2561 ระยะเวลา 8 สัปดาห์เป็นการจัดกิจกรรม ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 พร้อมทั้งทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2.3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observing) มกราคม-พฤษภาคม 2561 เป็นขั้นตอน เข้าร่วมสังเกตการณ์ นิเทศ กำกับ ติดตามโดยมีกิจกรรม ได้แก่

1. สังเกตการดำเนินงานตามแผนทั้งก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และ ภายหลังจากดำเนินการ

2. วิเคราะห์กระบวนการ การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

3. ประเมินผลด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

4. ประเมินผลการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ติดดาว

3.6.2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เดือนพฤษภาคม 2561 ทำการสะท้อนผลภายหลังการดำเนินงาน โดยคืนข้อมูลประเมินศักยภาพและเปรียบเทียบผลของกระบวนการก่อนดำเนินการพัฒนา และภายหลังการพัฒนา พร้อมทั้งประชุมสรุปและถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน วางแผนปรับปรุงและพัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการดำเนินงานใน 1 วนรอบ เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อวางแผนปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยจัดเก็บโดย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ เอกสาร วิธีการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1) แหล่งข้อมูลเอกสาร ได้แก่ ผลการประเมินตนเองในส่วนของระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยจัดเก็บก่อนและหลังดำเนินการวิจัย แล้วนำผลการประเมินตนเองมาเปรียบเทียบกัน

2) แหล่งข้อมูลเอกสาร ข้อมูลความรู้ ข้อมูลการมีส่วนร่วม ข้อมูลความพึงพอใจ ในระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพจัดเก็บโดยผู้วิจัยโดยการสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์

1) การสังเกต (Observation) ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยจะสังเกตผู้เข้าร่วมวิจัย ในขณะที่ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของกระบวนการวิจัยเพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่ได้จากวิธีต่างๆ

2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินสภาพการณ์ทั่วไป เพื่อหาข้อเท็จจริงและความคิดเห็นจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำนวยจตุรพักตรพิมาน เพื่อสอบถามและขอข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

3.8.2 เปรียบเทียบระดับคะแนนการประเมินตนเอง ก่อนและหลังกิจกรรมโดยใช้เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.8.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การร่วมดำเนินกิจกรรมต่างๆ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม นำมารวบรวมตรวจสอบข้อมูล และวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำการวิจัย โดยพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นจัดหมวดหมู่แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และพิจารณาเชิงเหตุผลพร้อมทั้งสรุปประเด็น

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรองที่ : PH 024/2561 ออกให้ ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน และระยะเวลาในการศึกษาในครั้งนี้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยได้ทราบล่วงหน้า โดยในส่วนของข้อมูลที่ได้จะถือว่าเป็นความลับ ในส่วนของการวิเคราะห์และนำเสนอจะกระทำในภาพรวมซึ่งจะเป็นประโยชน์ในทางวิชาการ เพื่อหาแนวทางที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย หากผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยในครั้งนี้ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น หรือในระหว่างการศึกษาวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยจะขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมก็ย่อมได้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย กระบวนการวางแผน (Plan) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์และประเมินกิจกรรม (Observation) และการสะท้อนกลับข้อมูล (Reflection) โดยดำเนินการพัฒนาใน 1 วนรอบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินความพึงพอใจและแบบบันทึกในการสนทนากลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมานจำนวน 35 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Min	แทน	จำนวนที่น้อยที่สุด

Max แทน จำนวนที่มากที่สุด

4.2 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รายงานผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งการดำเนินการพัฒนาเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เพื่อศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ซึ่ง ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ

1. ขั้นการวางแผน (Planning)
2. ขั้นการปฏิบัติ (Action)
3. ขั้นการสังเกต (Observation)
4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารต่างๆ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา และสาเหตุของเรื่องที่จะศึกษาวิจัย

2) ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

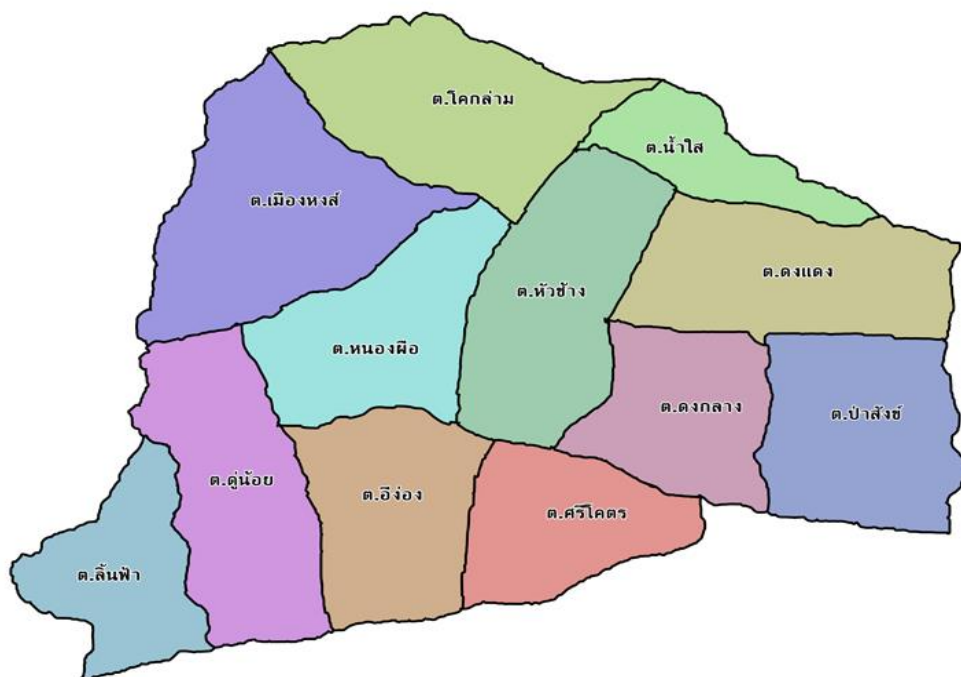
3) เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินตนเองในส่วนของระบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ก่อนดำเนินการวิจัย โดยใช้ข้อมูลที่ได้เป็น Base line ในการวิจัย

4) ติดต่อและประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อขอความร่วมมือ ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รวมถึงชี้แจงถึงรายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) บริบทของพื้นที่

อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ห่างจากจังหวัดร้อยเอ็ดประมาณ 26 กิโลเมตร ตั้งอยู่ที่ทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งพื้นที่ออกเป็นทั้งหมด 12 ตำบล 150 หมู่บ้านและมีจำนวน 19,769 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด 80,397 คน เป็นเพศชาย 39,929 คน และเพศหญิง 40,468 คน ประกอบไปด้วยเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมดจำนวน 12 แห่ง และมีโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหน่วยบริการประจำและเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อแสดงพื้นที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน ดังรูป 12

แผนที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด



ที่มา: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน (2560)

รูป 12 แผนที่อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ด้านการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการตรวจวิเคราะห์ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆเป็นผู้ตรวจ โดยในส่วนของพัฒนาคุณภาพด้านการตรวจวิเคราะห์นั้นได้มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางในการพัฒนาซึ่งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมานได้ทำการพัฒนาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และต่อมาในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดให้มีการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เพื่อให้การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ได้มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและเชื่อถือได้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในอำเภอจตุรพักตรพิมานจึงได้ถือเอามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ด้านลักษณะสำคัญทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และประชากร

ประชากรส่วนใหญ่ในอำเภอจตุรพักตรพิมานอยู่ในวัยทำงาน มีช่วงอายุระหว่าง 30-50 ปี ประชากรมีแนวโน้มเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง จึงมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดโรค พร้อมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของประชากรส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ด้านการประกอบอาชีพประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญได้แก่ ข้าว และข้าวโพด หลังจากฤดูเก็บเกี่ยวผลผลิตเสร็จแล้ว ประชาชนจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปทำงานต่างถิ่นเพื่อหารายได้เสริม เช่น ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เป็นต้น

2) สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในส่วนของระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการนั้นยังไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ โดยพบว่า จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมานทั้งหมด 12 แห่ง ผ่านการประเมินจำนวน 2 แห่ง คือได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 และที่เหลืออีก 10 แห่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 40-70 ในส่วนของผลการประเมินรายหมวด พบว่า ผ่านการประเมิน 2 หมวดซึ่งมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 คือในส่วนของสถานที่ทำการทดสอบ และขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย ส่วนหมวดต่างๆที่เหลือมีคะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 30- 77 ดังข้อมูลในตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละการประเมินตนเองด้านห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม
 เครื่องข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

เครือข่ายบริการ	น้าใส	ดงแดง	ดูน้อย	ป่าสังข์	อึ้งอึ้ง	ดงกลาง	ร่องคำ	ลินฟ้า	ศรีโคตร	หนองผือ	เมืองหงส์	โคกสาม	ร้อยละ (%)
1.บุคลากร	50	50	40	60	50	80	60	60	60	60	60	60	57.50
2.สถานที่ทำการ	75	75	50	50	75	100	100	75	100	87	87	87	80.08
ทดสอบ	84	65	54	79	65	100	59	79	59	59	80	59	70.17
เครื่องมือทดสอบ	100	80	60	60	80	80	80	80	80	80	80	80	78.33
ทดสอบ													

ตาราง 1 (ต่อ)

เครือข่ายบริการ	น้ำใส	ดงแดง	ดून้อย	ป่าสังข์	อึ้งออง	ดงกลาง	ร่องคำ	ถิ่นฟ้า	ศรีโคตร	หนองฝื่อ	เมืองหงส์	โคกลำม	ร้อยละ (%)
5.ขั้นตอนการทดสอบ	50	50	37	37	50	100	70	100	100	100	100	75	72.42
6.การประกันคุณภาพการทดสอบ	33	33	25	25	33	41	50	50	50	50	33	50	39.42
7.ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย	100	100	75	50	100	100	100	100	100	100	75	100	91.67
8.การรายงานผลการทดสอบ	35	35	21	28	35	57	28	100	28	28	42	28	38.75
ร้อยละ (%)	65.87	61.00	45.25	48.62	61.00	82.25	68.37	80.50	72.12	70.50	69.62	67.37	

จากตาราง 1 ผลการประเมินตนเองด้านห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครื่องข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอ จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลการประเมินตนเองด้านขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัยมีคะแนนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมาได้แก่ด้านสถานที่ทำการทดสอบ คิดเป็นร้อยละ 80.08 และเมื่อพิจารณารายหน่วยบริการพบว่า หน่วยบริการที่มีผลการประเมินตนเองสูงสุด คือ รพ.สต.ดงกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.25 รองลงมาได้แก่ รพ.สต.ลื่นฟ้า คิดเป็นร้อยละ 80.50 และ รพ.สต.ศรีโคตร คิดเป็นร้อยละ 72.12 ตามลำดับ

ในส่วนของประเด็นปัญหาการดำเนินงาน จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพ ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว นั้น พบว่าปัญหาในการดำเนินงานเกิดจากหลากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาจากด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุน และปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งจากการวิเคราะห์ร่วมกันของทีมพบว่าปัญหาในด้านบุคลากรนั้น พบว่าในเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในตัวมาตรฐาน และมีภาระงานมากจึงทำให้การพัฒนาตามเกณฑ์ไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าเป็นปัญหานั้น พบว่าเกิดจากการที่นโยบายของกระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน และไม่มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนที่จะมีการประกาศใช้นโยบาย ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น พบว่าผู้บริหารยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงในช่วงแรก เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร และขาดการสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ขาดการช่วยในการวางแผน ประเมิน และติดตามผลการประเมินจากทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และในส่วนของ การสนับสนุนนั้น พบว่าขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ ขาดทีมที่ปรึกษาที่มีความรู้ ความสามารถ ด้านมาตรฐาน ขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่สำคัญ เนื่องจากทางโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาตามมาตรฐาน ซึ่งรูปแบบในการดำเนินงานเป็นไปในลักษณะที่ต่างคนต่างทำไม่มีความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนา

พูน ปลูก ปลูก ชีวะ

3) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของประชากรจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	6	17.10
หญิง	29	82.90
อายุ (ปี)		
23-31	16	45.70
32-40	7	20.00
41-49	8	22.90
50-58	4	11.40
Mean = 36 (S.D. = 9.80) Min. = 23 Max. = 57		
การศึกษา		
ปริญญาตรี	31	88.60
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	4	11.40
ตำแหน่ง		
แพทย์ /ทันตแพทย์	3	8.60
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	2	5.70
นักวิชาการสาธารณสุข	7	20.00
พยาบาลวิชาชีพ	18	51.40
นักเทคนิคการแพทย์	4	11.40
เภสัชกร	1	2.90
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	24	68.50
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1	2.90
โรงพยาบาลชุมชน	10	28.60

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ (%)
ประสบการณ์ในการทำงาน		
1-5	19	54.37
6-10	10	28.50
11-15	6	17.13
Mean = 3.61 (S.D. = 3.60) Min. = 1 Max. = 16		
การได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพ		
ได้รับมอบหมาย	21	60.00
ไม่ได้รับมอบหมาย	14	40.00
ทราบและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพ		
ทราบ และตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับ	31	88.60
ทราบ แต่ไม่สนใจเพราะไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง	2	5.70
ไม่ทราบ	2	5.70
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยผ่านการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจง		
ไม่เคย	21	60.00
เคย	14	40.00

จากตาราง 2 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.90) อายุตั้งแต่ 23-31 ปี (ร้อยละ 45.70) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88.60) เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 51.40) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 68.60) ประสบการณ์ในการทำงานโดยเฉลี่ย 3.61 ปี (S.D.= 3.60) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 16 ปี ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 60) ทราบและตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับต่อคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 88.60) และเคยได้รับการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงเกี่ยวกับว่า การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 60)

4) ข้อมูลด้านความรู้ และด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละระดับความรู้โดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับความรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพ	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ (%)
ระดับความรู้ต่ำ (<60%)	3	8.60
ระดับความรู้ปานกลาง (60-79%)	17	48.60
ระดับความรู้สูง (≥ 80 %)	15	42.80
Mean = 11.74 (S.D. = 1.66), Min. = 8, Max. = 14		

จากตาราง 3 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 42.80) และระดับต่ำ (ร้อยละ 8.60) ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละของความรู้จำแนกรายข้อต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ (%)
<u>ความรู้ก่อนนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ</u>		
1.การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวเป็นมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ รพ.สต.ทุกแห่งต้องดำเนินการพัฒนา	34	97.10

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ (%)
2.มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน	33	94.30
3.มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นมาตรฐานที่มีความเหมาะสม เพื่อใช้ในการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ใน รพ.สต.	31	88.60
4. การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ใน รพ.สต. ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหาร การจัดบริการ โดยเน้นทั้งด้านทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์และด้านเครื่องมือ	31	88.60
5. หากดำเนินการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ใน รพ.สต.ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวแล้ว ผลลัพธ์สุดท้าย จะส่งผลให้ได้ระบบบริการที่มีคุณภาพ Mean = 91.44 (S.D. = 4.01), Min. = 88.6, Max. = 97.10	31	88.60
<u>ความรู้ต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข</u>		
6.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ประสบผลสำเร็จได้โดยการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.เพียงลำพัง	27	77.10
7.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีเนื้อหาครอบคลุมทุกรายการที่เปิดตรวจวิเคราะห์ ในรพ.สต.	25	71.40
8. การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีการกำหนดมาตรฐานทุกขั้นตอนของการทดสอบ ทั้งขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ และ ขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์	33	94.30

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ (%)
9.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นการพัฒนาที่ไม่ได้อาศัยการแบ่งปันทรัพยากร จากโรงพยาบาลแม่ข่าย	27	77.10
10.การดำเนินการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นบทบาทหน้าที่ของเฉพาะผู้บริหารเท่านั้น Mean = 79.98 (S.D. = 8.59), Min. = 71.40, Max. = 94.30	28	80.00
<u>ความรู้ต่อการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข</u>		
11.การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวกำหนดให้ รพ.สต.ทุกแห่งต้องผ่านการประเมินภายใน 10 ปี	13	37.10
12.การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เน้นการประเมิน เพื่อการพัฒนาาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการประเมินรับรอง	27	77.10
13.การประเมินผลการพัฒนาจะเป็นการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ	33	94.30
14.ผลการประเมินตามมาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ของ แต่ละหมวดจะต้องได้คะแนนมากกว่า 80%	35	100.00
15.ผลการประเมินตามมาตรฐานภาพรวมทั้งหมด จะต้องได้คะแนนมากกว่า 80%	2	5.70
Mean = 62.84 (S.D. = 40.31), Min. = 5.7, Max. = 100		

จากตาราง 4 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และ
สาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มีความรู้โดยรวมเฉลี่ย
คิดเป็นร้อยละ 78.10 เมื่อพิจารณารายข้อด้านความรู้ต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่า
ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 91.44) และมีความรู้ต่ำสุด
คือความรู้ต่อการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
(ร้อยละ 62.84)

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ (%)
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย(1.00-2.33)	4	11.40
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง (2.34-3.66)	22	62.90
ระดับการมีส่วนร่วมมาก(3.67-5.0)	9	25.70
Mean = 3.23 (S.D. = 0.63), Min. = 1.0, Max. = 4.19		

จากตาราง 5 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือมีส่วนร่วมมาก (ร้อยละ 25.70) และมีส่วนร่วมน้อย (ร้อยละ 11.40) ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวน และร้อยละการมีส่วนร่วมจำแนกรายข้อต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	จำนวน		
	Mean	S.D.	ระดับ
<u>ขั้นเตรียมการ</u>			
1.ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์	3.31	0.79	ปานกลาง
2.ท่านมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว	3.34	0.68	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้าน	จำนวน		
การแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน	Mean	S.D.	ระดับ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว			
3.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์	3.28	0.66	ปานกลาง
รพ.สต.ติดดาว			
Mean = 3.31 (S.D. = 0.03)			
<u>ขั้นวางแผน</u>			
4.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของสภาพปัญหาและความเสี่ยงในองค์กร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพ	3.37	0.73	ปานกลาง
5.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพ	3.17	0.78	ปานกลาง
6.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบ ในการพัฒนาตามมาตรฐาน	3.08	0.70	ปานกลาง
7.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพ	3.05	0.76	ปานกลาง
8.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบการประเมิน ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาขององค์กร	3.08	0.81	ปานกลาง
Mean = 3.15 (S.D. = 0.13)			
<u>ขั้นดำเนินการตามแผน</u>			
9.ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว	3.20	0.86	ปานกลาง
10.ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานเพื่อให้การดำเนินการตามแผนมีประสิทธิภาพ	3.17	0.74	ปานกลาง
11.ท่านมีส่วนร่วมในการแนะนำหรือชักชวนให้เจ้าหน้าที่ร่วมมือกันในการพัฒนาตามมาตรฐาน	3.20	0.79	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้าน	จำนวน		
	Mean	S.D.	ระดับ
การแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว			
12. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้	3.25	0.78	ปานกลาง
Mean = 3.20 (S.D. = 0.33)			
<u>ขั้นตรวจสอบและประเมินผล</u>			
13. ท่านมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ วิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากการพัฒนา	3.45	0.78	ปานกลาง
14. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อนำผลไปปรับปรุง การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ	3.28	0.82	ปานกลาง
Mean = 3.36 (S.D. = 0.12)			
<u>ขั้นนำผลมาปรับปรุงแก้ไข</u>			
15. ท่านมีส่วนร่วมในการทบทวนผลการดำเนินงานตาม แผนพัฒนาคุณภาพ	3.25	0.88	ปานกลาง
16. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย เพื่อนำ ผลไปพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ	3.23	0.87	ปานกลาง
17. ท่านมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนของการพัฒนา เพื่อ นำผลไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน	3.20	0.79	ปานกลาง
18. ท่านมีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินไปใช้ในการ วางแผน ปรับปรุง การพัฒนาคุณภาพต่อไป	3.25	0.85	ปานกลาง
Mean = 3.23 (S.D. = 0.02)			
<u>ขั้นการจัดทำรายงาน</u>			
19. ท่านมีส่วนร่วมในการรวบรวมผลการดำเนินงาน และผล การประเมินตนเอง	3.40	0.84	ปานกลาง
20. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และสรุปผลการพัฒนา คุณภาพ	3.20	0.86	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้าน	จำนวน		
	Mean	S.D.	ระดับ
การแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว			
21. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำรายงาน และเสนอหลักฐาน	3.20	0.90	ปานกลาง
ข้อมูลผลการดำเนินงานต่อหน่วยงาน ต้นสังกัดที่เกี่ยวข้องและสาธารณะ			
Mean = 3.26 (S.D. = 0.11)			

จากตาราง 6 เมื่อพิจารณารายชื่อด้านการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มีส่วนร่วมสูงสุดในขั้นตรวจสอบและประเมินผล (Mean=3.36, S.D.= 0.12) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการ (Mean= 3.31, S.D 0.03) และการมีส่วนร่วมในขั้นการจัดทำรายงาน (Mean= 3.26, S.D. = 0.01) ตามลำดับ และมีส่วนร่วมต่ำสุดในขั้นวางแผน (Mean= 3.15, S.D.= 0.13)

5) การติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประสานไปยังผู้บริหารของหน่วยงานต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมายเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2561 เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานโครงการวิจัย และขอ กำหนดวันจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ทีมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการดำเนินงานวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินงานวิจัยร่วมกัน ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดโครงการการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย ประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน เพื่อวิเคราะห์หาอุปสรรค ปัญหาและสาเหตุในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุพรพัทธรพิमान จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาในระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการต่อไป

2. ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ประกอบด้วย
- ขั้นการวางแผน (Planning)
 - ขั้นการปฏิบัติ (Action)
 - ขั้นการสังเกต (Observation)
 - ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1.1 แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดตั้งทีมวิจัย โดยได้มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 15 คน ตามคำสั่ง คปสอ. ที่ 2 /2561 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561 ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 12 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบหลัก หรือ ผู้รับผิดชอบรองในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยได้จัดทำเป็นคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

โดยผู้วิจัยได้มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ เพื่อพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พร้อมทั้งได้นำเสนอข้อมูลผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวทั้งรายชื่อ และราย รพ.สต. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบถึงภาพรวมของการพัฒนา และใช้เป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดแนวทางในการพัฒนา พร้อมทั้งให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของแต่ละ รพ.สต. เพื่อให้ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาเพื่อให้ได้ระบบบริการที่มีคุณภาพ และผ่านการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวต่อไป

2.1.2 แผนงานจัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ทำการแก้ปัญหาโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยในการสนทนากลุ่มในครั้งนี้จัดขึ้นในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 ที่ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งในการประชุมในครั้งนี้ใช้เวลาในการประชุมจำนวน 2 ชั่วโมง โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งหมด จำนวน 20 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 5 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จำนวน 12 คน และรองสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการชี้แจงด้วยตนเอง หลังจาก que ผู้บริหารได้เปิดการประชุม และให้นโยบายในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ผู้วิจัยได้นำเสนอถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพซึ่งมีความสำคัญที่จะเป็นตัวที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวมถึงในการพัฒนาครั้งนี้ก็เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญระดับกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพการตรวจวิเคราะห์นั้นการมีส่วนร่วมถือว่ามีความสำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนา โดยในการประชุมในครั้งนี้เพื่อบอกให้ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงปัญหาในการพัฒนาร่วมกัน และทำการสรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงานโดยในการประชุมผู้วิจัยได้นำเสนอถึงผลของการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ซึ่งพบว่าผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในส่วนของระบบคุณภาพ และมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการนั้นยังไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ โดยพบว่า จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมานทั้งหมด 12 แห่ง ผ่านการประเมินจำนวน 2 แห่ง คือได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 และที่เหลืออีก 10 แห่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50-70 และในการประชุมในครั้งนี้ได้นำเสนอถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่พบจากการพัฒนาคุณภาพ

ในส่วนของประเด็นปัญหาการดำเนินงาน จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวนั้น พบว่าปัญหาในการดำเนินงานเกิดจากหลากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาจากด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุน และปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งจากการวิเคราะห์ร่วมกันของทีมพบว่าปัญหาในส่วนของปัญหาด้านบุคลากรนั้น พบว่าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่มีภาระงานมาก ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการพัฒนา เนื่องจากมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญกำลังใจ รวมทั้งขาด

ความรู้ ความเข้าใจในตัวมาตรฐาน จึงทำให้การพัฒนาตามเกณฑ์ไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าเป็นปัญหานั้น พบว่าเกิดจากการที่นโยบายของกระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน และไม่มีเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนที่จะมีการประกาศใช้นโยบาย ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น พบว่าผู้บริหารยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงในช่วงแรก เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ และยังไม่มีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร และยังขาดการมีส่วนร่วม ขาดการสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ขาดการช่วยในการวางแผน ประเมิน และติดตามผลการประเมินจากทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และในส่วนของ การสนับสนุนนั้น พบว่าขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ด้านมาตรฐาน ขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่สำคัญ เนื่องจากทางโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาตามมาตรฐาน

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว ซึ่งมีทั้งหมด 8 หมวดนั้น พบว่ามีปัญหาในการพัฒนาที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงประเด็นปัญหาในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว

หมวด	ปัญหา	สาเหตุของปัญหา
1.บุคลากร	-ขาดความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน -ไม่มีคำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงาน ในการตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ -ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษาทาง วิชาการ	-ไม่ได้รับการอบรมความรู้ เกี่ยวกับมาตรฐาน -ภาระงานมาก -ขาดความร่วมมือในการ พัฒนาจากทีมสหวิชาชีพ

ตาราง 7 (ต่อ)

หมวด	ปัญหา	สาเหตุของปัญหา
2.สถานที่ทำการ ทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน	-พื้นที่ในการตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการไม่เป็นสัดส่วน -พื้นที่ในการวางเครื่องมือ เช่นเครื่อง ตรวจวัด HCT ไม่เหมาะสม	-พื้นที่ไม่เพียงพอ -ไม่มีการจัดพื้นที่แยกเฉพาะ สำหรับการตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการ
3.น้ำยาและเครื่องมือ ทดสอบ	-ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย การ จัดเก็บวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ -ภาชนะที่ใช้ในการเก็บส่งตรวจไม่ เหมาะสม -ไม่มีน้ำยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการ ตรวจวิเคราะห์ -ไม่มีการบันทึกประวัติ รายละเอียด ของเครื่องมือ รายละเอียดการสอบ เทียบ และรายละเอียดการ บำรุงรักษาเครื่องมือ ที่ใช้ในการ ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	-ไม่มีระบบการเบิกจ่าย การจัดเก็บ วัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ -ไม่มีระบบการระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุของน้ำยาที่ใช้ใน การทดสอบ -น้ำยาและอุปกรณ์ที่ใช้ใน การตรวจวิเคราะห์ไม่เพียงพอ -ไม่มีการทำทะเบียนประวัติ เครื่องมือ
4.ขั้นตอนก่อนการ ทดสอบ	-การเก็บส่งตรวจไม่เหมาะสม -สิ่งส่งตรวจที่นำส่งเพื่อตรวจ มี รายละเอียดไม่ครบถ้วนสมบูรณ์	-ไม่มีคู่มือในการเก็บส่งตรวจ -แนวทางในการนำส่งตรวจ ไม่ชัดเจน
5.ขั้นตอนการทดสอบ	-การตรวจวิเคราะห์ในบางรายการ ไม่ถูกต้องตามวิธีมาตรฐาน	-คู่มือในการตรวจวิเคราะห์ ไม่เป็นปัจจุบัน -ไม่มีคู่มือในการตรวจวิเคราะห์
6.การประกันคุณภาพ การทดสอบ	-การควบคุมคุณภาพกับองค์กร ภายนอกไม่ครบตามเกณฑ์ -การควบคุมภายในไม่ครบตามเกณฑ์	-การควบคุมคุณภาพการตรวจ วิเคราะห์ไม่ครบทุกการทดสอบ -ไม่มีสารควบคุมคุณภาพ
7.ขั้นตอนหลังการ ทดสอบและความ ปลอดภัย	-ไม่พบปัญหาในการดำเนินงาน	

ตาราง 7 (ต่อ)

หมวด	ปัญหา	สาเหตุของปัญหา
8.การรายงานผลการทดสอบ	-ไม่มีบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์	-ไม่มีทะเบียนในการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ -ไม่มีบันทึกการส่งตรวจต่อหน่วยงานภายนอก

จากการประชุมในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ให้ความร่วมมือ และมีความสนใจในเนื้อหาที่ประชุม พร้อมทั้งได้เสนอความคิดเห็น และแนวทางในการที่จะพัฒนาให้ผ่านตามเกณฑ์ ดังตัวอย่างข้อคิดเห็น และคำสนทนาของผู้เข้าร่วมประชุมต่อการการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

“การพัฒนาคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ใน รพ.สต เป็นสิ่งที่สำคัญ ที่จะทำให้ประชาชน ผู้ใช้บริการได้ประโยชน์ ดังนั้นเราไม่ควรที่จะรอในการพัฒนา ในเมื่อรัฐบาลได้มีนโยบายในการพัฒนา โดยมีการกำหนดมาตรฐานมาให้ และเป็นมาตรฐานที่เหมาะสม เราควรจะเริ่มพัฒนาได้เลย”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561: การบันทึกการประชุม)

“มีหลายหมวดที่พวกเรายังไม่ผ่านตามเกณฑ์ เราควรจะช่วยกันพัฒนา เพื่อให้ทุกแห่งผ่านการประเมินไปพร้อมๆ กันในปีนี้”

(พยาบาลวิชาชีพ, วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561: การบันทึกการประชุม)

“จริงๆ แล้วในส่วนของการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็มีการพัฒนาอยู่แล้ว ถ้ามีการต่อยอดโดยใช้เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเป็นแนวทางในการพัฒนาก็มีความชัดเจนดี เราควรช่วยกันพัฒนา โดยขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนา”

(พยาบาลวิชาชีพ, วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561: การบันทึกการประชุม)

“เรามี line กลุ่มของเราอยู่แล้ว เราใช้ช่องทาง Line เป็นช่องทางในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ในการพัฒนาของพวกเรา”

(พยาบาลวิชาชีพ, วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561: การบันทึกการประชุม)

2.1.3 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

จากการจัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมานแล้ว ทำให้ทีมงานในการพัฒนาคุณภาพได้ทราบถึงผลการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงาน จึงได้ร่วมมือกันในการจัดทำแผนพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งผ่านการประเมินตามเกณฑ์ โดยได้มีการจัดทำแผนเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ดังนี้

1. แผนพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วย

1) แต่งตั้งทีมที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพ โดยแต่งตั้งทีมงานที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาในการพัฒนาตามมาตรฐาน

2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน

3) ร่วมมือในการจัดทำเอกสาร โดยส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาเครื่องมือ เอกสาร แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2. แผนการนิเทศติดตาม

1) เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานโดยการตั้งกลุ่มไลน์ (line) สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพ

2) ออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3. แผนประเมินผล

1) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2) ประเมินผลด้านความรู้ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว

3) ประเมินผลด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติตดาว

4) ประเมินผลด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและ มาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติตดาว

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) ได้มีการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยระยะเวลาใน การดำเนินการ อยู่ในระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน 2561 ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 แต่งตั้งทีมที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพ

วัตถุประสงค์แต่งตั้งทีมงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบคุณภาพ และมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติตดาว เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ และเป็นทีมที่ปรึกษาในการพัฒนาตามมาตรฐาน ตาม คำสั่งโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ที่ 123/2561

ระยะเวลาดำเนินการ ดำเนินการในวันที่ 1 มีนาคม 2561

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้รับผิดชอบผู้ประสานงานระดับอำเภอ รวมถึง นักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งเป็นทีมที่ปรึกษาในการพัฒนาระบบ คุณภาพ

2.2 การอบรมเชิงปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน การพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติตดาว ในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน

ระยะเวลาดำเนินการ ดำเนินการในวันที่ 5 มีนาคม 2561 เวลา 9.00- 16.00 น. ที่ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 27 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ในการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการ จำนวน 24 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 2 คน และผู้รับผิดชอบการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ หลักสูตรพัฒนาบุคลากรด้านพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย เนื้อหานโยบายในการพัฒนาคุณภาพ ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ และเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพโดยแยกเป็นรายหมวด และได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานเป็นรายหมวด ซึ่งมีทั้งหมด 8 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 หมวดของบุคลากร หมวดที่ 2 สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน หมวดที่ 3 วัสดุน้ำยาและเครื่องมือทดสอบ หมวดที่ 4 ขั้นตอนก่อนการทดสอบ หมวดที่ 5 ขั้นตอนการทดสอบ หมวดที่ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ หมวดที่ 7 ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย และหมวดที่ 8 คือการรายงานผลการทดสอบ

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้ การมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว และแบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560 ของสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความขออนุญาตดำเนินงานตามโครงการฯ เสนอต่อประธานเครือข่ายสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน
2. ประสานเครือข่ายเพื่อกำหนดการพัฒนาบุคลากร
3. ดำเนินการประชุม โดยมีการจัดอบรมหลักสูตร 1 วัน ในระหว่างวันที่ 5 มีนาคม 2561 เวลา 9:00-16:00 น. ที่ห้องประชุมคำแพง โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด จำนวน 27 คน ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ในการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 24 คน นักเทคนิคการแพทย์ประจำโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จำนวน 2 คน และผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 1 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนางานเพื่อให้ผ่านตามาตรฐาน โดยทีมวิทยากร และทีมจากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งหัวข้อที่มีการบรรยายในการประชุม จะเป็นการบรรยายถึงนโยบายในการพัฒนาคุณภาพ ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ และเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพโดยแยกเป็นรายหมวด และได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานเป็นรายหมวด ซึ่งมีทั้งหมด 8 หมวด ได้แก่หมวดที่ 1 หมวดของบุคลากร หมวดที่ 2 สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน หมวดที่ 3 วัสดุน้ำยาและเครื่องมือทดสอบ หมวดที่ 4 ขั้นตอนก่อนการทดสอบ หมวดที่ 5 ขั้นตอนการทดสอบ หมวดที่ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ หมวดที่ 7 ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย และหมวดที่ 8 คือการรายงานผลการทดสอบภายหลังการบรรยายได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการซักถามถึงข้อกำหนด ปัญหา และความรู้ต่างๆ ที่ยังไม่เข้าใจ จนได้คำตอบเป็นที่น่าพอใจแล้ว จึงปิดการประชุม

2.3 ร่วมมือในการจัดทำเอกสาร

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาเครื่องมือ เอกสารแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ระยะเวลาในการดำเนินการ ดำเนินการในระหว่างวันที่ 6 -30 มีนาคม 2561

กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ในการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน

ขั้นตอนการดำเนินการ ในการที่จะพัฒนาเพื่อให้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด จำเป็นที่จะต้องมียกเอกสาร และแนวทางต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน จึงได้ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ในการดำเนินงานพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน ร่วมมือกันในการจัดทำเอกสารเพื่อประกอบการประเมิน โดยจากผลการประเมินจะพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอจตุรพักตรพิมานมีบริบทที่คล้ายคลึงกัน จึงสามารถที่จะใช้คู่มือ หรือแนวทางเดียวกันได้ จึงได้มีการร่วมกันคิด ร่วมกันทำ โดยจากผลของความร่วมมือ ทำให้ได้คู่มือแนวทางในการเก็บส่งตรวจ คู่มือแนวทางในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลต่างๆ เป็นต้น

2.4 เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานโดยการตั้งกลุ่มไลน์ (line)

ระยะเวลาการดำเนินการ จัดตั้งกลุ่มไลน์ ในวันที่ 1 มีนาคม 2561

กลุ่มเป้าหมาย สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพ โดยสมาชิกในกลุ่มไลน์ (Line) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่รับผิดชอบในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบประสานงานระดับอำเภอ และนักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ซึ่งเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาระบบคุณภาพ โดยมีการตั้งชื่อกลุ่มไลน์ดังกล่าวว่า “พัฒนาคุณภาพ Lab จตุร” เพื่อเป็นช่องทางในการประสานงาน รวมถึงเพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดตามผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2.5 ออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามการดำเนินงาน ภายหลังจากการที่ได้จัดประชุมให้ความรู้ และร่วมมือกันในการจัดทำคู่มือ รวมถึงเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐาน เพื่อติดตามผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อค้นหาปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

ระยะเวลาการดำเนินการ ระหว่างวันที่ 23- 27 เมษายน 2561

กลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 12 แห่งในเครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

1. แบบประเมินการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
2. แบบประเมินความรู้ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2.6 ประเมินการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2.7 ประเมินด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

3. ชั้นการสังเกต (Observation)

3.1 สังเกตการดำเนินงานตามแผน

จากการสังเกตการณ์ดำเนินการตามแผน พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามแผนเป็นอย่างดี โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการ อยู่ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2561 สังเกตจากการปฏิบัติตามกิจกรรมต่างในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่าผู้บริหารให้ความสนใจ และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมและให้การสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพ ด้านผู้เข้าร่วมกิจกรรม เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ โดยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน จากการนิเทศติดตามเพื่อสังเกตกระบวนการการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ผู้วิจัยได้สังเกตการณ์ดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพบว่า เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้มีการปรับปรุงกระบวนการการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้

สังเกตโดยการประเมินด้านความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และผลการประเมินตนเองตามระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ภายในเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด หลังดำเนินการพัฒนาตามกิจกรรมต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ส่วนใหญ่มีระดับ ความรู้ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ในส่วนของผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่ามีระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทั้ง 12 แห่ง ซึ่งแสดงว่าผ่านการประเมินตามเกณฑ์ทุกแห่ง

3.2 วิเคราะห์กระบวนการ การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จากการวิเคราะห์กระบวนการ และสังเกตการดำเนินการตามแผนในการพัฒนาคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้ร่วมในการวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และได้ดำเนินการแก้ไข ปัญหา เพื่อให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนี้

ตาราง 8 วิเคราะห์กระบวนการ การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ติดดาว

หมวด	สาเหตุของปัญหา	แนวทางแก้ไข
1.บุคลากร	-ไม่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับ มาตรฐาน -ภาระงานมาก -ขาดความร่วมมือในการพัฒนาจาก ทีมสหวิชาชีพ	-จัดการอบรมคุณภาพและ มาตรฐานห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว -ส่งเสริมความร่วมมือใน การพัฒนา โดยการร่วมมือกัน ในการพัฒนาทั้งเครือข่าย
2.สถานที่ทำการ ทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน	-พื้นที่ไม่เพียงพอ -ไม่มีการจัดพื้นที่แยกเฉพาะสำหรับ การตรวจวิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ	-จัดพื้นที่เฉพาะ โดยจัดเป็นมุม ในการตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการใน ห้องตรวจรักษา
3.น้ำยาและเครื่องมือ ทดสอบ	-ไม่มีระบบการเบิกจ่าย การจัดเก็บ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ -ไม่มีการทำทะเบียนประวัติเครื่องมือ	-จัดทำระบบ Stock card -จัดทำทะเบียนประวัติ เครื่องมือ
4.ขั้นตอนก่อนการ ทดสอบ	-ไม่มีคู่มือในการเก็บส่งตรวจ -แนวทางในการนำส่งตรวจไม่ชัดเจน	-จัดทำคู่มือในการเก็บส่ง ตรวจ
5.ขั้นตอนการทดสอบ	-คู่มือในการตรวจวิเคราะห์ไม่เป็น ปัจจุบัน -ไม่มีคู่มือในการตรวจวิเคราะห์	-จัดทำคู่มือในการตรวจ วิเคราะห์
6.การประกันคุณภาพ การทดสอบ	-การควบคุมคุณภาพการตรวจ วิเคราะห์ไม่ครบทุกการทดสอบ -ไม่มีสารควบคุมคุณภาพ	-โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดหาสาร ควบคุมคุณภาพ และจัดส่งให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทำการควบคุมคุณภาพ เดือนละ 1 ครั้ง

ตาราง 8 (ต่อ)

หมวด	สาเหตุของปัญหา	แนวทางแก้ไข
7.การรายงานผลการทดสอบ	-ไม่มีทะเบียนในการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ -ไม่มีบันทึกการส่งตรวจต่อหน่วยงานภายนอก	-จัดทำทะเบียนบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์ -จัดทำทะเบียนบันทึกการส่งตรวจหน่วยงานภายนอก

3.3 ประเมินผลด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

สังเกตโดยการประเมินผล ด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอ จตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด หลังดำเนินการพัฒนาตามกิจกรรมต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบผล การดำเนินงานพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และ สาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ และการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยมีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.40) และมีการการมี ส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 65.70) ดังรายละเอียดตามตาราง 9

ตาราง 9 ระดับความรู้ และการมีส่วนร่วมโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนา

ระดับความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ (n = 35)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำ (<60%)	3	8.60	0	0
ระดับความรู้ปานกลาง (60-79%)	17	48.60	3	8.60
ระดับความรู้สูง (≥80%)	15	42.80	32	91.40
ก่อนดำเนินการ Mean =11.74 (S.D.=1.66)				
หลังดำเนินการ Mean =13.62 (S.D.=1.41)				

ตาราง 9 (ต่อ)

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ (n = 35)	ก่อนดำเนินการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย (1.00-2.33)	4	11.40	0	0.00
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง (2.34-3.66)	22	62.90	12	34.30
ระดับการมีส่วนร่วมมาก (3.67-5.0)	9	25.70	23	65.70
ก่อนดำเนินการ Mean = 3.23 (S.D.=0.63)				
หลังดำเนินการ Mean = 3.83 (S.D.= 0.44)				

ตาราง 10 ระดับความพึงพอใจรายชื่อต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (n=35)		
	Mean	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจต่อนโยบาย			
1.นโยบายมีส่วนส่งเสริมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	3.88	0.67	มาก
2.นโยบายมีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาขององค์กร	3.80	0.63	มาก
3.นโยบายมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	3.50	0.55	ปานกลาง
4.ความพึงพอใจในการถ่ายทอดนโยบาย	3.65	0.68	ปานกลาง
5.ภาพรวมความพึงพอใจต่อนโยบาย	3.80	0.71	มาก
Mean = 3.80 S.D. =0.56, Max = 2.8, Min =5.0			
ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา			
6.ความพึงพอใจในการร่วมแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหการปฏิบัติงาน	4.14	0.55	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (n=35)		
	Mean	S.D.	ระดับ
7.ความพึงพอใจในความชัดเจนของแบบประเมิน	4.14	0.49	มาก
8.ความพึงพอใจในการดำเนินงานตามแบบประเมิน	4.11	0.58	มาก
9.ท่านเชื่อมั่นในผลการปฏิบัติงานว่าจะสามารถประสบความสำเร็จตามแผนที่กำหนด	4.00	0.42	มาก
Mean = 4.10 S.D. =0.45, Max = 3.00, Min = 5.00			
ความพึงพอใจต่อระบบการสนับสนุน			
10.ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	4.34	0.53	มาก
11.ความพึงพอใจในการได้รับการอบรมรับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	4.45	0.56	มาก
12.ความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนงบประมาณวัสดุ อุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	4.25	0.50	มาก
13.ความพึงพอใจที่มีต่อบรรยากาศของหน่วยงานที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตามมาตรฐาน	4.00	0.59	มาก
14.ความพึงพอใจต่อมาตรการ การสนับสนุนสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร	3.94	0.68	มาก
Mean =4.20, S.D. =0.34, Max = 3.20, Min = 5.0			
ความพึงพอใจต่อการกำกับติดตาม			
15.ความพึงพอใจที่มีต่อหลักเกณฑ์ในการตรวจประเมิน	4.28	0.45	มาก
16.ความพึงพอใจที่มีต่อการติดตามการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา	4.20	0.58	มาก
17.ภาพรวมของความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพ	4.23	0.43	มาก
Mean =4.23, S.D. =0.51, Max = 2.67, Min = 5.0			

จากตาราง 10 พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว มีความพึงพอใจในขั้นการกำกับติดตามมากที่สุด (Mean=4.23, S.D.=0.51) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อการสนับสนุน (Mean = 4.20, S.D. = 0.34) และความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา (Mean = 4.10 S.D. =0.45) ตามลำดับ

ตาราง 11 ระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว

ระดับความพึงพอใจ (n = 35)	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจน้อย (1.0 - 2.33)	0	0
ความพึงพอใจปานกลาง (2.34 - 3.66)	3	8.60
ความพึงพอใจมาก (3.67 - 5.0)	32	91.40
Mean=4.05, S.D. =0.32, Max = 4.82, Min = 3.18		

จากตาราง 11 พบว่าผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.40 (Mean = 4.05, S.D.=0.32)

3.4 ประเมินผลการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว สังกัดโดยการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติตดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด หลังดำเนินการพัฒนาตามกิจกรรมต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานพบว่า ผลการพัฒนาในหมวดที่ 4 ขั้นตอนก่อนการทดสอบผ่านตามเกณฑ์มากที่สุด (ร้อยละ 95.67) รองลงมาคือ หมวดที่ 7 ขั้นตอนหลังการทดสอบ (ร้อยละ 94.33) และหมวดที่ 5 ขั้นตอนการทดสอบ (ร้อยละ 92.67) ตามลำดับ ดังข้อมูลในตาราง 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบระดับคะแนนรายหมวด ผลการประเมินตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน
รพ.สต. ติดตาว

หมวดที่	1.บุคลากร		2.สถานที่		3.นาย/เครื่องมือ		4.ก่อนทดสอบ		5.ขั้นการทดสอบ		6.ประกันคุณภาพ		7.หลังการทดสอบ		8.การรายงานผล		
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
รพ.สต.																	
หนองผือ	60	93	87	90	59	82	80	100	100	100	50	66	100	100	28	75	
เมืองหงส์	60	87	87	90	80	93	80	100	87	100	33	66	75	83	42	75	
โคกล่าม	60	93	87	90	59	85	80	87	87	75	50	66	100	83	28	62	
น้ำใส	50	100	75	87	84	92	100	100	100	50	33	66	100	100	35	75	
ดงแดง	50	87	75	100	65	96	80	100	100	50	33	66	100	100	35	80	
ดงกลาง	80	100	100	100	100	100	80	100	100	100	41	66	100	100	57	80	
ป่าสังข์	60	100	50	87	79	98	60	100	100	37	25	66	50	100	28	75	
ร่องคำ	60	93	100	100	59	84	80	87	87	70	50	66	100	83	28	80	
อีวัง	50	75	75	75	65	71	80	100	100	50	33	66	100	100	35	70	
ลิ้นฟ้า	60	93	75	87	79	90	80	100	100	100	50	66	100	100	100	80	
ดู่บ่อย	40	75	50	75	54	73	60	100	100	37	25	66	75	100	21	100	
ศรีโคตร	60	93	100	100	59	84	80	87	100	100	50	66	100	83	28	75	
รวม	57.50	90.75	80.08	90.08	70.17	87.33	78.33	95.67	72.42	92.67	39.42	66.00	91.67	94.33	38.75	77.25	

จากตาราง 12 จะเห็นว่าหลังการดำเนินการพัฒนา คะแนนของการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกหมวด เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่าในหมวดที่ 8 การรายงานผลคะแนนเพิ่มสูงสุด โดยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 38.75) เป็น (ร้อยละ 77.25) รองลงมาได้แก่หมวดที่ 1 ด้านบุคลากรโดยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 57.50) เป็น (ร้อยละ 90.75) และหมวดที่ 6 การประกันคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ โดยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 39.42) เป็น (ร้อยละ 66.00) ตามลำดับ และหมวดที่คะแนนเพิ่มน้อยที่สุดได้แก่หมวดที่ 7 ขั้นตอนหลังการทดสอบโดยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 91.67) เป็น (ร้อยละ 94.33)

ตาราง 13 ผลการประเมินตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ภายหลังจากพัฒนา

เครือข่ายบริการ	บุคลากร	สถานที่	น้ำยา/เครื่องมือ	ก่อนการทดสอบ	ขั้นการทดสอบ	ประกันคุณภาพ	หลังการทดสอบ	การรายงานผล	รวม
1.หนองผือ	93	90	82	100	100	66	100	75	88.25
2.เมืองหงส์	87	90	93	87	62	66	83	75	80.38
3.โคกล่าม	93	90	85	87	75	66	83	62	80.13
4.น้ำใส	100	87	92	100	100	66	100	75	90.00
5.ดงแดง	87	100	96	100	100	66	100	80	91.13
6.ดงกลาง	100	100	100	100	100	66	100	80	93.25
7.ป่าสังข์	100	87	98	100	100	66	100	75	90.75
8.ร่องคำ	93	100	84	87	75	66	83	80	83.50
9.อีง่อง	75	75	71	100	100	66	100	70	82.13
10.ลิ้นฟ้า	93	87	90	100	100	66	100	80	89.50
11.ตู่บ่อย	75	75	73	100	100	66	100	100	86.13
12.ศรีโคตร	93	100	84	87	100	66	83	75	86.00
รวม	90.75	90.08	87.33	95.67	92.67	66.00	94.33	77.25	

จากตาราง 13 ผลการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวภายหลังจากพัฒนาพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทุกแห่ง

โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคะแนนผลการประเมินตนเองสูงสุดได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงกลาง (ร้อยละ 93.25) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแดง (ร้อยละ 91.13) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าสังข์ (ร้อยละ 90.75) ตามลำดับ

3.5 ผลการสังเกตจากการออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด จากการที่ได้จัดประชุมให้ความรู้ และร่วมมือกันในการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน และจัดทำเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐาน และแจกจ่ายให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งแล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้ร่วมกันในการพัฒนาตามมาตรฐาน และหลังจากนั้นทางผู้วิจัยได้ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำการประเมินตนเองอย่างคร่าวๆ และทางทีมผู้วิจัยได้มีการออกติดตามในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อค้นหาปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานพร้อมทั้งให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานในระหว่างวันที่ 23-27 เมษายน 2561

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยได้ทำการประชุมเพื่อสรุปบทเรียนภายหลังการดำเนินการ โดยคืนข้อมูลผลการประเมินตนเอง ผลการประเมินด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงาน และเปรียบเทียบผลของกระบวนการก่อนดำเนินการพัฒนา และภายหลังการพัฒนา พร้อมทั้งประชุมสรุป และถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อวางแผนปรับปรุง พัฒนา เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการดำเนินงานใน 1 วงรอบ ดังนี้

สรุปผลการถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายบริการอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้สรุปผลการถอดบทเรียน ได้แก่ 1.ด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ใช่วิชาชีพเฉพาะ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์ และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน ดังนั้นการจัดประชุมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจวิเคราะห์ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจึงมีความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหลังการอบรมและดำเนินการวิจัยความรู้ของผู้ร่วมวิจัยมีมากขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้พัฒนาผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานได้ง่ายขึ้น 2.ด้านการมีส่วนร่วมพบว่าในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถดำเนินการพัฒนาเพื่อให้ผ่านตามมาตรฐานได้โดยลำพัง ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำต่างๆ ในการพัฒนาจึงจะผ่านตามเกณฑ์การประเมิน 3. ด้านการสนับสนุน และ 4.ด้านนโยบายของผู้บริหาร พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมและจะสนับสนุนการดำเนินงาน หากมี

การสนับสนุน ควบคุมกำกับ และติดตาม อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะเป็นสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด รวมถึงถ้านโยบายของผู้บริหารมีความชัดเจนก็จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสะท้อนปัญหา มีประเด็นข้อเสนอแนะหลักๆ ดังนี้

1. ประเด็นข้อเสนอแนะด้านนโยบายของผู้บริหาร

“...บทบาทของผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้มีการพัฒนาผู้บริหารควรจะมีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาที่ชัดเจน โดยควรที่จะกำหนดไปเลยว่า รพ.สต. ไหนที่จะต้องพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ในปีนี้ และควรจะมีการเสริมกำลังใจให้กับผู้ที่ปฏิบัติงานด้วย...”

(พยาบาลวิชาชีพ, 2561: สัมภาษณ์)

2. ประเด็นข้อเสนอแนะด้านบุคลากร

“...เจ้าหน้าที่ ที่ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. ไม่ใช่เจ้าหน้าที่เฉพาะตำแหน่ง ควรมีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่...”

(พยาบาลวิชาชีพ, 2561: สัมภาษณ์)

“...บุคลากรแต่ละคนต้องปฏิบัติงานหลายด้าน ทำให้คุณภาพของงานอาจจะไม่ดีเท่าที่ควร ขาดทักษะในการปฏิบัติงาน ควรมีการอบรม ฟื้นฟูความรู้ เป็นประจำ...”

(พยาบาลวิชาชีพ, 2561: สัมภาษณ์)

3. ประเด็นข้อเสนอแนะด้านการมีส่วนร่วม

“...อยากให้ผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยลงมาดูในพื้นที่ ให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน ช่วยดูว่าสิ่งที่พวกเราทำ ถูกต้องหรือไม่ จะได้ช่วยกันพัฒนาต่อไป...”

(พยาบาลวิชาชีพ, 2561: สัมภาษณ์)

4. ประเด็นข้อเสนอแนะด้านการสนับสนุน

“...อยากให้ผู้ที่เกี่ยวข้องช่วยลงมาดูในพื้นที่ และขอให้มีการจัดงบประมาณสนับสนุนในการจัดหาพื้นที่ที่เหมาะสมในการตรวจวิเคราะห์...”

(พยาบาลวิชาชีพ, 2561: สัมภาษณ์)

“...หากวัสดุ อุปกรณ์ชำรุด ควรจะสามารถเบิก จ่าย หรือจัดหาให้อย่างรวดเร็ว และไม่ควรมีขั้นตอนการเบิก จ่ายที่ยุ่งยาก...”

(นักวิชาการสาธารณสุข, 2561: สัมภาษณ์)

“...อยากให้โรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนสารในการควบคุมคุณภาพ เพื่อที่จะได้มั่นใจว่าผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้ จะมีความถูกต้อง แม่นยำ และน่าเชื่อถือ...”

(พยาบาลวิชาชีพ, 2561: สัมภาษณ์)

ด้านรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เดิม พบว่าไม่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในแต่ละแห่งรูปแบบการพัฒนาจะแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ทำให้ผลการดำเนินงานในการพัฒนาแตกต่างกัน ภายหลังทำการพัฒนา พบว่า รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น และมีความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

แบบเดิม	แบบใหม่
การวางแผน (Planning)	การวางแผน (Planning)
1. ไม่มีคณะกรรมการดำเนินงาน	1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
2. ไม่มีการจัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพ	2. จัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพร่วมกันทั้งเครือข่าย
	3. ประกาศนโยบายในการพัฒนาโดยผู้บริหารเครือข่ายบริการ

ตาราง 14 (ต่อ)

แบบเดิม	แบบใหม่
<p>การปฏิบัติ (Action)</p> <p>1.ในการพัฒนาคุณภาพต่างคนต่างทำ</p> <p>2.รูปแบบเอกสารจัดทำขึ้นตามบริบทของพื้นที่ ทำตามความเข้าใจของแต่ละคน</p>	<p>การปฏิบัติ (Action)</p> <p>1.ปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้</p> <p>2.มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3.ร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพ โดยมีการแบ่งหน้าที่ในการดำเนินการพัฒนา</p> <p>4.เอกสารทำเป็นระบบเดียวกันทั้งเครือข่าย</p>
<p>การสังเกตการณ์ (Observation)</p> <p>1.ในการดำเนินงานมีเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นที่ดำเนินการพัฒนา</p>	<p>การสังเกตการณ์ (Observation)</p> <p>1.มีการแต่งตั้งทีมที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้คำแนะนำ และเป็นทีมที่ปรึกษาในการพัฒนาตามมาตรฐาน</p> <p>2.ทีมสหวิชาชีพให้การสนับสนุนในการพัฒนาตามมาตรฐาน</p> <p>3.เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้สามารถติดต่อและประสานงานได้ง่ายขึ้น</p> <p>4.ทีมที่ปรึกษามีส่วนร่วมในการประเมินตนเองตามมาตรฐาน</p> <p>5.ออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่ผ่าน หรือไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด</p>
<p>การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection)</p> <p>1.ขาดการสะท้อนปัญหา หรืออุปสรรคในการพัฒนา</p>	<p>การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection)</p> <p>1.จัดประชุม เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรคในการพัฒนา พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา</p> <p>2.คืนข้อมูลผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานแก่หน่วยบริการทุกแห่ง เพื่อวางแผนในการพัฒนาวงรอบต่อไป</p>

จากการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าในการพัฒนาเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ หรือเพื่อให้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวได้นั้น จะต้องอาศัยปัจจัยในหลายส่วนประกอบเข้าด้วยกัน ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้การพัฒนาในครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ประกอบไปด้วย

1. นโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน เนื่องจากนโยบายจะเป็นตัวที่ผลักดัน หรือเป็นตัวที่กำหนดทิศทาง หรือเป้าหมายในการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น การที่กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวเป็นแนวทางในการพัฒนา ดังนั้นใน ส่วนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้มีการประกาศ นโยบายในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งอำเภอ ซึ่งเป็น ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่ช่วยส่งเสริมให้การพัฒนาในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

2. การมีคณะกรรมการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากคณะกรรมการมี บทบาทสำคัญในการที่จะกำหนดนโยบายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนา รวมถึง คณะกรรมการมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนการพัฒนา รวมถึงให้คำแนะนำในการ พัฒนา การมีคณะกรรมการดำเนินงานจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

3. มีเกณฑ์ในการประเมินที่ชัดเจน การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดดาวจะมีคู่มือที่เป็นแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจน โดยในเกณฑ์แต่ละหมวดจะมี การกำหนดเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถให้ผู้ปฏิบัติ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

4. ความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการทำงานเป็นทีม เนื่องจากในการพัฒนา ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวนั้น ไม่สามารถดำเนินการได้เองโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และทีมสหวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยต้องมีการสนับสนุน ทั้งด้านความรู้ เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ จากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยทีมสหวิชาชีพจะเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาตามมาตรฐาน

5. การมีส่วนร่วมในการพัฒนา จากการพัฒนาที่ผ่านมาไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ทั้งในด้านการเตรียมการ การวางแผน การดำเนินการตามแผน จนถึงขั้นการนำผลมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการพัฒนาไม่ได้เกิดจากการคิด การทำของคนในพื้นที่ จึงไม่ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม จึงทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่มีความ ต่อเนื่อง และไม่ยั่งยืน แต่จากการพัฒนาในครั้งนี้ ได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมใน การพัฒนาคุณภาพ โดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน จึงทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วมใน การพัฒนา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนา

6. การกำกับติดตาม และประเมินผล อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการติดตามและประเมินผลเป็นหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดำเนินงานพัฒนา เนื่องจากการประเมินผลจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าการนำแผนไปใช้ และการดำเนินงานสัมฤทธิ์ผลหรือไม่ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้การมีทีมติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่จะช่วยให้การพัฒนาประสบผลสัมฤทธิ์

7. มีช่องทางในการสื่อสารระหว่างเครือข่าย ที่เหมาะสม สะดวก และง่ายในการติดต่อ ซึ่งช่องทางในการติดต่อที่สะดวก จะช่วยในการแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำได้อย่างทันท่วงที รวมถึงเป็นช่องทางในการส่งข้อมูลที่สำคัญ เพื่อช่วยในการพัฒนาคุณภาพ

8. มีการสนับสนุนที่เหมาะสมทั้งในด้านความรู้ วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพ(คน เงินงบประมาณ ของ วิธีการดำเนินงาน)

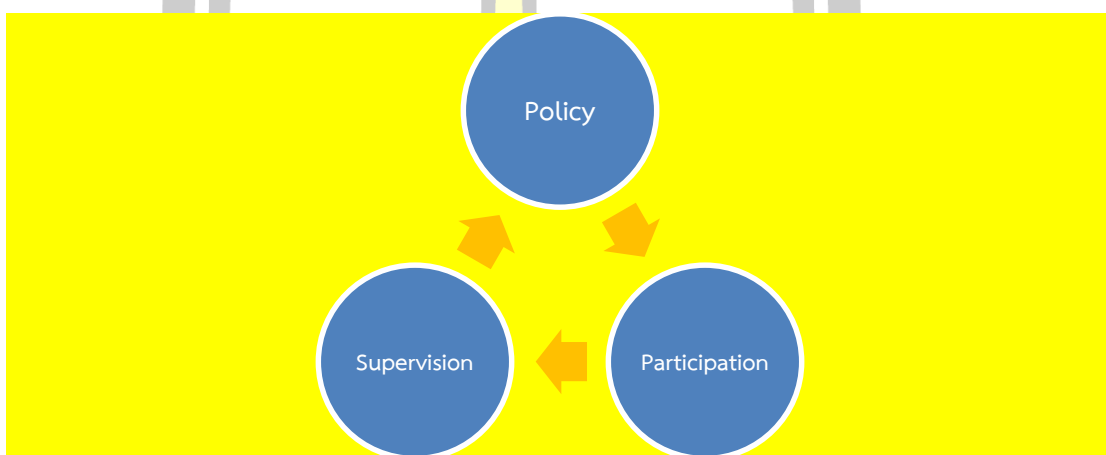
สรุปผลการศึกษาระบบการดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 1 ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัยโดยได้ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ และระยะดำเนินการวิจัย ที่ได้ปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนด ในวงรอบที่ 1 สามารถนำมาสร้างเป็นรูปแบบแนวคิดที่เหมาะสมในการพัฒนา คือ PPS model ได้ดังต่อไปนี้

Policy หรือ นโยบาย เป็นส่วนที่มีความสำคัญในการดำเนินการพัฒนา เนื่องจากเป็นสิ่งที่กำหนดทิศทาง หรือเป้าหมายในการดำเนินงาน ซึ่งนโยบายในการดำเนินการพัฒนาในครั้งนี้มีการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินที่ชัดเจน โดยมีคู่มือที่เป็นแนวทางในการพัฒนา ซึ่งจะมีการให้ข้อมูลในแต่ละหมวด มีการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้นการมีแนวทาง หรือการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเป็นสิ่งที่จะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

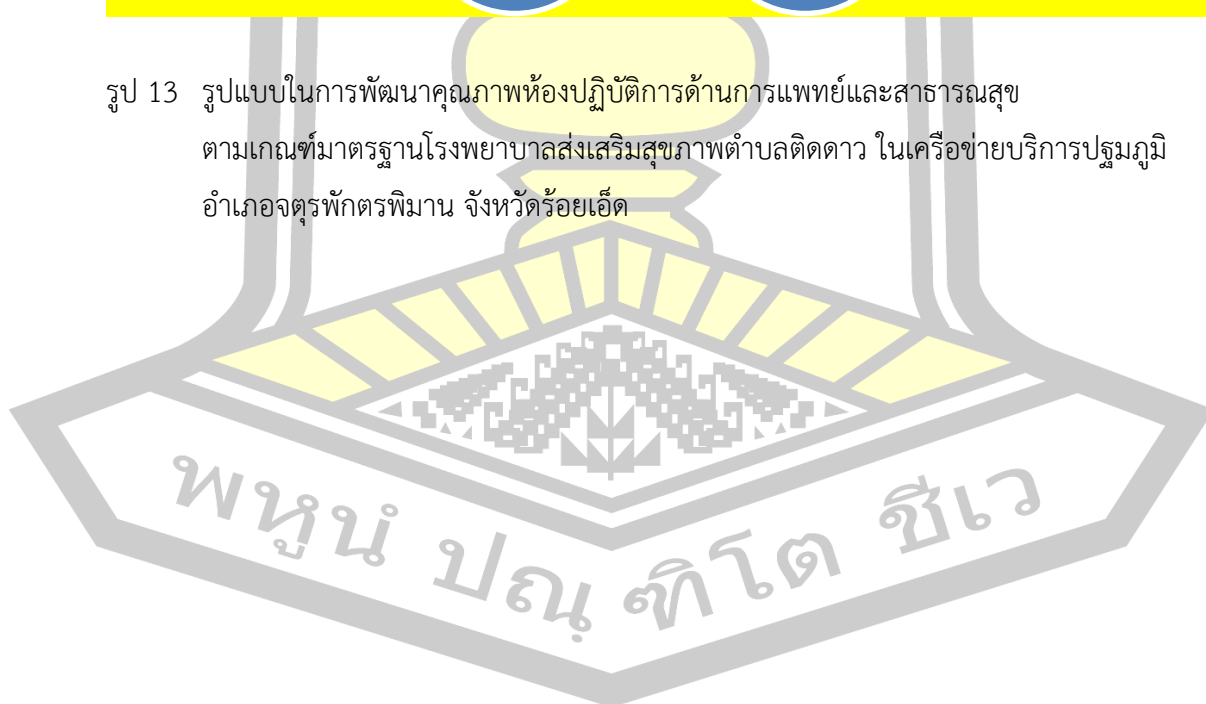
Participation หรือ การมีส่วนร่วม หมายถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ ทั้งในส่วนของทีมผู้ปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพ หรือแม้แต่คณะกรรมการในการดำเนินการพัฒนา หรือแม้กระทั่งทีมติดตาม ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนในการดำเนินงานในด้านการพัฒนา ตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้นตรวจสอบและประเมินผล จนถึงขั้นการนำผลมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผลของการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพประสบผลสำเร็จและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

Supervision หรือ การนิเทศติดตาม เป็นบทบาทของผู้บริหารในการติดตามการพัฒนา เพื่อให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไขปรับปรุงส่วนที่บกพร่อง ช่วยให้บุคลากรภายใต้ความรับผิดชอบแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่กำลังเผชิญอยู่ให้ลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งพัฒนางานที่บุคลากรกำลังปฏิบัติอยู่ ให้มีวิธีที่เหมาะสม มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

รูปแบบการพัฒนานี้มีเป้าหมายเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้มาตรฐานตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ดังรูป



รูป 13 รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพัคตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดยได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินการวิจัย ตามกระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ การประเมินผล กิจกรรม (Observation) และการนำข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชน (Reflection) ซึ่งดำเนินการพัฒนาใน 1 วงรอบ โดยในการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560 ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และแบบบันทึกในการสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 35 คน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย
- 5.2 สรุปผลการวิจัย
- 5.3 อภิปรายผล
- 5.4 ข้อเสนอแนะ

5.1 ความมุ่งหมายของการวิจัย

5.1.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

5.1.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) เพื่อศึกษาขั้นตอน และกระบวนการ การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

5.2 สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการดำเนินงานวิจัย ตามความมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จากการเก็บข้อมูลจากเอกสารและแบบสอบถาม พบว่า

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.90) มีอายุตั้งแต่ 23-31 ปี (ร้อยละ 45.70) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88.60) เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 51.40) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 68.60) มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการตรวจวิเคราะห์เป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 54.37) โดยระยะเวลาเฉลี่ย 3.61 ปี (S.D.= 3.60) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 16 ปี โดยได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนา

คุณภาพ (ร้อยละ 600) กลุ่มตัวอย่างทราบและตระหนักในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 88.60) และในรอบ 1 ปีไม่เคยรับได้รับการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 60)

ข้อมูลด้านความรู้ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 42.80) และระดับต่ำ (ร้อยละ 8.60) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรู้รายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 91.44) และมีความรู้ต่ำสุดคือความรู้ต่อการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 62.84)

ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือมีส่วนร่วมมาก (ร้อยละ 25.70) และมีส่วนร่วมน้อย (ร้อยละ 11.40) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อด้านการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว มีส่วนร่วมสูงสุดในขั้นตรวจสอบและประเมินผล (Mean= 3.36, S.D.= 0.12) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในขั้นเตรียมการ (Mean= 3.31, S.D 0.03) และการมีส่วนร่วมในขั้นการจัดทำรายงาน (Mean= 3.26, S.D. = 0.01) ตามลำดับ และมีส่วนร่วมต่ำสุดในขั้นวางแผน (Mean= 3.15, S.D.= 0.13)

ผลการประเมินตนเองด้านห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลการประเมินตนเองด้านศักยภาพการให้บริการมีคะแนนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ด้านขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 91.67 และสถานที่ทำการทดสอบ คิดเป็นร้อยละ 80.08 และเมื่อพิจารณารายหน่วยบริการพบว่า หน่วยบริการที่มีผลการประเมินตนเองสูงสุด คือ รพ.สต.ดงกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.25 รองลงมาได้แก่ รพ.สต.ลิ้นฟ้า คิดเป็นร้อยละ 80.50 และ รพ.สต.ศรีโคตร คิดเป็นร้อยละ 72.12 ตามลำดับ

ส่วนสภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัญหาในการดำเนินงานเกิดจากหลากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาจากค่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุน และปัญหาด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งจากการวิเคราะห์ร่วมกันของทีมพบว่าปัญหาในส่วนของปัญหาด้านบุคลากรนั้น พบว่าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการพัฒนา เนื่องจากมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงานรวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญกำลังใจ รวมทั้งขาดความรู้ ความเข้าใจในตัวมาตรฐาน จึงทำให้การพัฒนาตามเกณฑ์ไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าเป็นปัญหานั้น พบว่าเกิดจากการที่นโยบายของกระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน และไม่มี การเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนที่จะมีการประกาศใช้นโยบาย ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น พบว่าผู้บริหารยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงในช่วงแรก เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ และยังไม่มีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร และยังขาดการมีส่วนร่วม ขาดการสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ขาดการช่วยในการวางแผน ประเมิน และติดตามผลการประเมินจากทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และในส่วนของ การสนับสนุน นั้น พบว่าขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ด้านมาตรฐาน ขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่สำคัญ เนื่องจากทางโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาตามมาตรฐาน

2. ผลการศึกษาขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้นำเอาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินตามกระบวนการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ ประเมินผลกิจกรรม (Observation) และการนำข้อมูลคืนสู่ชุมชน (Reflection) โดยดำเนินการพัฒนาใน 1 วงรอบ ประกอบด้วย

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดตั้งทีมวิจัย โดยได้มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จำนวน 35 คน โดยได้มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ เพื่อพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พร้อมทั้งได้นำเสนอข้อมูลผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อให้ทีมร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายและ

แนวทางในการพัฒนาเพื่อให้ได้ระบบบริการที่มีคุณภาพ และผ่านการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยได้มีการจัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งจากการประชุมในครั้งนี้ ได้ทราบถึงปัญหาในการพัฒนาและได้มีการร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) โดยแผนปฏิบัติการประกอบไปด้วย

1. แผนพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วย

1) แต่งตั้งทีมงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ และเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาตามมาตรฐาน

2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการ อำเภोजตุพรพัทลุง

3) ส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาเครื่องมือ เอกสาร แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2. แผนการนิเทศติดตาม

1) เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานโดยการตั้งกลุ่มไลน์ (line) สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพ

2) ออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3. แผนประเมินผล

1) ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2) ประเมินผลด้านความรู้ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

3) ประเมินผลด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

4) ประเมินผลด้านความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ได้มีการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ โดยมีการดำเนินการในระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน 2561 โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้และพัฒนา ศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่าย บริการอำเภอจตุรพักตรพิมานมีการส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาเครื่องมือ เอกสาร แนวทางการ ดำเนินงานตามมาตรฐาน รวมถึงมีการแต่งตั้งทีมงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบคุณภาพ และมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ และเป็น ที่ปรึกษาในการพัฒนาตามมาตรฐาน รวมถึงการเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานได้สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น

2.3 ขั้นการสังเกต (Observation) จากการสังเกตการณ์ การดำเนินการตามแผน พบว่าผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามแผนเป็นอย่างดี โดยพบว่าผู้บริหารให้ความสนใจ และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมและให้การ สนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพ ด้านผู้เข้าร่วมกิจกรรม เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนา คุณภาพ โดยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์ มาตรฐาน จากการนิเทศติดตามเพื่อสังเกตกระบวนการการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว ผู้วิจัยได้สังเกตการณ์ดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล พบว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้มีการปรับปรุงกระบวนการการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้บรรลุตาม เป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ เมื่อสังเกตผลโดยการประเมินด้านความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจและ ผลการประเมินตนเองตามระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว หลังดำเนินการพัฒนาตามกิจกรรม ต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานพบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว ส่วนใหญ่มีระดับ ความรู้ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ในส่วนของผลการประเมิน ตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่ามีระดับคะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 ทั้ง 12 แห่ง ซึ่งแสดงว่าผ่านการประเมินตามเกณฑ์ทุกแห่ง

2.4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ผู้วิจัยได้ทำการประชุมเพื่อสรุปบทเรียน ภายหลังจากการดำเนินการ โดยคืนข้อมูลผลการประเมินตนเอง ผลการประเมินด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการดำเนินงาน และเปรียบเทียบผลของกระบวนการก่อนดำเนินการพัฒนา และภายหลังจากการพัฒนา พร้อมทั้งประชุมสรุป และถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อวางแผนปรับปรุง พัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการดำเนินงานใน 1 วงรอบ

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 91.4)

3.2 ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี โดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (S.D. = 0.63) และหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 (S.D. = 0.44)

3.3 ผลการประเมินตนเอง ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว หมวดบุคลากรเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 57.50 เป็น ร้อยละ 90.75 หมวดสถานที่เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 80.08 เป็นร้อยละ 90.08 .หมวดน้ำยา/เครื่องมือเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 70.17 เป็น ร้อยละ 87.33 หมวดขั้นตอนก่อนการทดสอบเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 78.33 เป็น ร้อยละ 95.67 หมวดขั้นตอนการทดสอบเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 72.42 เป็น ร้อยละ 92.67 หมวดการประกันคุณภาพเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 39.42 เป็น ร้อยละ 66.00 หมวดขั้นตอนหลังการทดสอบเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 91.67 เป็น ร้อยละ 94.33และหมวดการรายงานผลเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 38.75 เป็นร้อยละ 77.25 เมื่อพิจารณารายหมวดพบว่า ในหมวดที่ 8 ด้านการรายงานผลมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นสูงที่สุดจากร้อยละ 38.75 เป็นร้อยละ 77.25 และภายหลังการพัฒนาพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งผ่านการประเมินตามเกณฑ์ โดยมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทุกแห่ง

3.4 ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.05, S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดในการกำกับติดตาม (Mean = 4.23, S.D. = 0.51) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อระบบการสนับสนุน (Mean = 4.20, S.D. = 0.34) และความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา (Mean = 4.10 S.D. =0.45) ตามลำดับ

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าการพัฒนาเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ หรือเพื่อให้ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวได้นั้น จะต้องอาศัยปัจจัยในหลายส่วนประกอบเข้าด้วยกัน ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้การพัฒนาในครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ประกอบไปด้วย

4.1 นโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน เนื่องจากนโยบายจะเป็นตัวที่ผลักดันหรือเป็นตัวที่กำหนดทิศทาง หรือเป้าหมายในการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นการที่กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวเป็นแนวทางในการพัฒนา ดังนั้นในส่วนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้มีการประกาศนโยบายในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งอำเภอ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่ช่วยส่งเสริมให้การพัฒนาในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

4.2 การมีคณะกรรมการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการที่จะกำหนดนโยบายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนา รวมถึงคณะกรรมการมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนการพัฒนา รวมถึงให้คำแนะนำในการพัฒนา การมีคณะกรรมการดำเนินงานจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

4.3 มีเกณฑ์ในการประเมินที่ชัดเจน การพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจะมีคู่มือที่เป็นแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจน โดยในเกณฑ์แต่ละหมวดจะมีการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

4.4 ความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการทำงานเป็นทีม เนื่องจากในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวนั้น ไม่สามารถดำเนินการได้เองโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและทีมสหวิชาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยต้องมีการสนับสนุน ทั้งด้านความรู้ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ จากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยทีมสหวิชาชีพจะเป็นที่เล็งในการพัฒนาตามมาตรฐาน

4.5 การมีส่วนร่วมในการพัฒนา จากการพัฒนาที่ผ่านมาไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ทั้งในด้านการเตรียมการ การวางแผน การดำเนินการตามแผน จนถึงขั้นการนำผลมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งการพัฒนาไม่ได้เกิดจากการคิด การทำของคนในพื้นที่ จึงไม่ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม จึงทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่มีความต่อเนื่อง และไม่ยั่งยืน แต่จากการพัฒนาในครั้งนี้ ได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามี

ส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ โดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน จึงทำให้เกิดความเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนา

4.6 มีระบบกำกับติดตาม และประเมินผล เนื่องจากการติดตามและประเมินผล เป็นหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดำเนินงานพัฒนา เนื่องจากการประเมินผลจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า มีการนำแผนไปใช้ และการดำเนินงานสัมฤทธิ์ผลหรือไม่ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้นี้การมีทีมติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยให้การพัฒนาประสบผลสัมฤทธิ์

4.7 มีช่องทางในการติดต่อที่เหมาะสม สะดวก และง่ายในการติดต่อ ซึ่งช่องทาง ในการติดต่อที่สะดวก จะช่วยในการแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำได้อย่างทันท่วงทีรวมถึงเป็น ช่องทางในการส่งข้อมูลที่สำคัญ เพื่อช่วยในการพัฒนาคุณภาพ

4.8 มีการสนับสนุนที่เหมาะสมทั้งในด้านความรู้ วัสดุ อุปกรณ์ และงบประมาณที่ เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพ

5. สรุปผลการศึกษาในหนึ่งวงรอบการพัฒนา สามารถนำมาสร้างเป็นรูปแบบตาม กรอบแนวคิดที่เหมาะสม ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และ สาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน คือ PPS Model ซึ่งได้จากการรวบรวมข้อมูลระหว่างที่ทำการศึกษา ได้จาก การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย และจากการสังเกต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Policy หรือ นโยบาย เป็นส่วนที่มีความสำคัญในการดำเนินการพัฒนา เนื่องจาก เป็นสิ่งที่กำหนดทิศทาง หรือเป้าหมายในการดำเนินงาน ซึ่งนโยบายในการดำเนินการพัฒนาในครั้งนี้มี การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินที่ชัดเจน โดยมีคู่มือที่เป็นแนวทางในการพัฒนา ซึ่งจะมีการให้ข้อมูล ในแต่ละหมวด มีการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถ ให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้นการมีแนวทาง หรือ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเป็นสิ่งที่จะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

Participation หรือ การมีส่วนร่วม หมายถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ ทั้งในส่วนของทีมผู้ปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพ หรือแม้แต่คณะกรรมการ ในการดำเนินการพัฒนา หรือแม้กระทั่งทีมนิเทศติดตาม ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนในการดำเนินงานในด้านการพัฒนา ตั้งแต่ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการ ขั้น ตรวจสอบและประเมินผล จนถึงขั้นการนำผลมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผลของการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง จะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพประสบผลสำเร็จและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

Supervision หรือ การนิเทศติดตาม เป็นบทบาทของผู้บริหารในการติดตามการพัฒนา เพื่อให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไขปรับปรุงส่วนที่บกพร่อง ช่วยให้บุคลากรภายใต้ความรับผิดชอบแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่กำลังเผชิญอยู่ให้ลุ่่งไปด้วยดี รวมทั้งพัฒนางานที่บุคลากรกำลังปฏิบัติอยู่ ให้มีวิธีที่เหมาะสม มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

5.3 อภิปรายผล

ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดสามารถนำมาเป็นข้ออภิปรายที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

5.3.1 จากการศึกษาในขั้นเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย พบว่า บริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจตุรพักตรพิมาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.90) อายุตั้งแต่ 23-31 ปี (ร้อยละ 45.70) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 88.60) เป็นผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 51.40) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 68.60) ประสบการณ์ในการทำงานโดยเฉลี่ย 3.61 ปี (S.D.= 3.60) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 16 ปี ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 60) โดยทราบและตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับต่อคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 88.60) และเคยได้รับการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (ร้อยละ 60) ซึ่งจากการวิเคราะห์ร่วมกันของทีมพบว่า การพัฒนาไม่ประสบความสำเร็จเกิดจากหลากหลายปัจจัย เช่น ปัญหาในส่วนของบุคลากรนั้น พบว่าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการพัฒนา เนื่องจากมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญกำลังใจ รวมทั้งขาดความรู้ ความเข้าใจในตัวมาตรฐาน จึงทำให้การพัฒนาตามเกณฑ์ไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าเป็นปัญหานั้น เกิดจากการที่นโยบายของกระทรวงมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน และไม่มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนที่จะมีการประกาศใช้นโยบาย ในส่วนของ การมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น พบว่าผู้บริหารยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงในช่วงแรก เนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ และยังไม่มีการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควรและยังขาดการมีส่วนร่วม ขาดการสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ขาดการช่วยในการวางแผน

ประเมิน และติดตามผลการประเมินจากทีมสหวิชาชีพที่เป็นทีมที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และในส่วนของการสนับสนุนนั้น พบว่าขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับความรู้ด้านมาตรฐาน ขาดการสนับสนุนเกี่ยวกับเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่สำคัญ เนื่องจากทางโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาตามมาตรฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษา (นครชาติ เพื่อนปฐม, 2554) ที่พบว่าสาเหตุของการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากปัญหาการดำเนินงานในด้านขาดความรู้ ความไม่เข้าใจ และไม่ยั่งยืนต่อนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของผู้บริหาร ต้องมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ ต้องมีการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร มีการสนับสนุนความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงจะทำให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

5.3.2 จากการศึกษาขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยทำการพัฒนาใน 1 วนรอบการพัฒนาพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพมีความรู้ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพิ่มขึ้น รวมถึงหลังการดำเนินการพัฒนา คะแนนของการพัฒนาตามมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ทั้ง 8 หมวดเพิ่มขึ้นทุกหมวด และเมื่อพิจารณาผลการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวภายหลังการพัฒนา พบว่า ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ทุกแห่ง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รติยา วิภักดิ์ (2559) ที่พบว่าการใช้รูปแบบการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart) พบว่ารูปแบบดังกล่าว ส่งผลให้ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) ภายหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (ร้อยละ 94.4) และมีความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.71, S.D. = 0.22) ดังนั้นจึงควรนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในงาน และในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

5.3.3 จากการศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าระดับความรู้ในพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ติดตามก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.60) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 42.80) และระดับต่ำ (ร้อยละ 8.60) ตามลำดับ และหลังจากการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 91.40) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 8.60) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไศรตรีย์ แพน้อย, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, และชุลีพร เอกรัตน์ (2555) ที่พบว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิที่สำคัญ ได้แก่การมีความรู้ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุข เขต 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.54$, $p < 0.01$) ดังนั้นในการพัฒนาในด้านต่างๆ ควรจะต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในครั้งนี้ พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.90) รองลงมาคือมีส่วนร่วมมาก (ร้อยละ 25.70) และมีส่วนร่วมน้อย (ร้อยละ 11.40) ตามลำดับ ภายหลังจากการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 65.70) และมีส่วนร่วมระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.30) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุฒิ วงศ์ฮาด, สมัทนา กลางคาร, พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ (2558) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการพัฒนาตามเกณฑ์เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในพื้นที่อำเภอคงหลวง โดยก่อนการพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ในระดับปานกลาง ($mean=2.14$) และภายหลังจากการพัฒนาที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพ PCA การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($mean=4.14$)

ด้านความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพ พบว่าผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม มีความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.40 (Mean = 4.05, S.D.=0.32) ซึ่งในการที่จะส่งเสริมให้การพัฒนาผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานนั้น ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความพึงพอใจในการดำเนินงาน จึงจะส่งผลให้การดำเนินการพัฒนานั้นประสบผลสำเร็จ ดังผลการศึกษาของ รติยา วิภักดิ์ (2559) ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประสบผลสำเร็จได้ ผู้ร่วมวิจัยต้องมีความพึงพอใจ โดยความพึงพอใจต่อกระบวนการดำเนินงานจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 (Mean = 4.71, S.D.=0.22)

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด มีข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ดังนี้

1) จากผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้มีความรู้ ความพึงพอใจในสิ่งที่จะทำ และควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนา อันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2) จากข้อค้นพบของการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนาคุณภาพ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน และการนิเทศติดตามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำรูปแบบดังกล่าวนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพในงานอื่นๆ ได้ รวมถึงสามารถนำรูปแบบการจัดการคุณภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

3) ระบบการติดตาม และประเมินผล เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งโรงพยาบาลที่เป็นพี่เลี้ยงควรมีบทบาทสำคัญในการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนา เพื่อให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพ รวมถึงบทบาทในการประเมินผล เพื่อศึกษาว่าในการพัฒนาคุณภาพนั้นประสพผลสัมฤทธิ์หรือไม่

4) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการที่จะกำหนดนโยบายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนา รวมถึงผู้บริหารมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนการพัฒนา ให้คำแนะนำในการพัฒนา ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารจึงมีความสำคัญในอันที่จะทำให้การพัฒนาประสพผลสำเร็จ

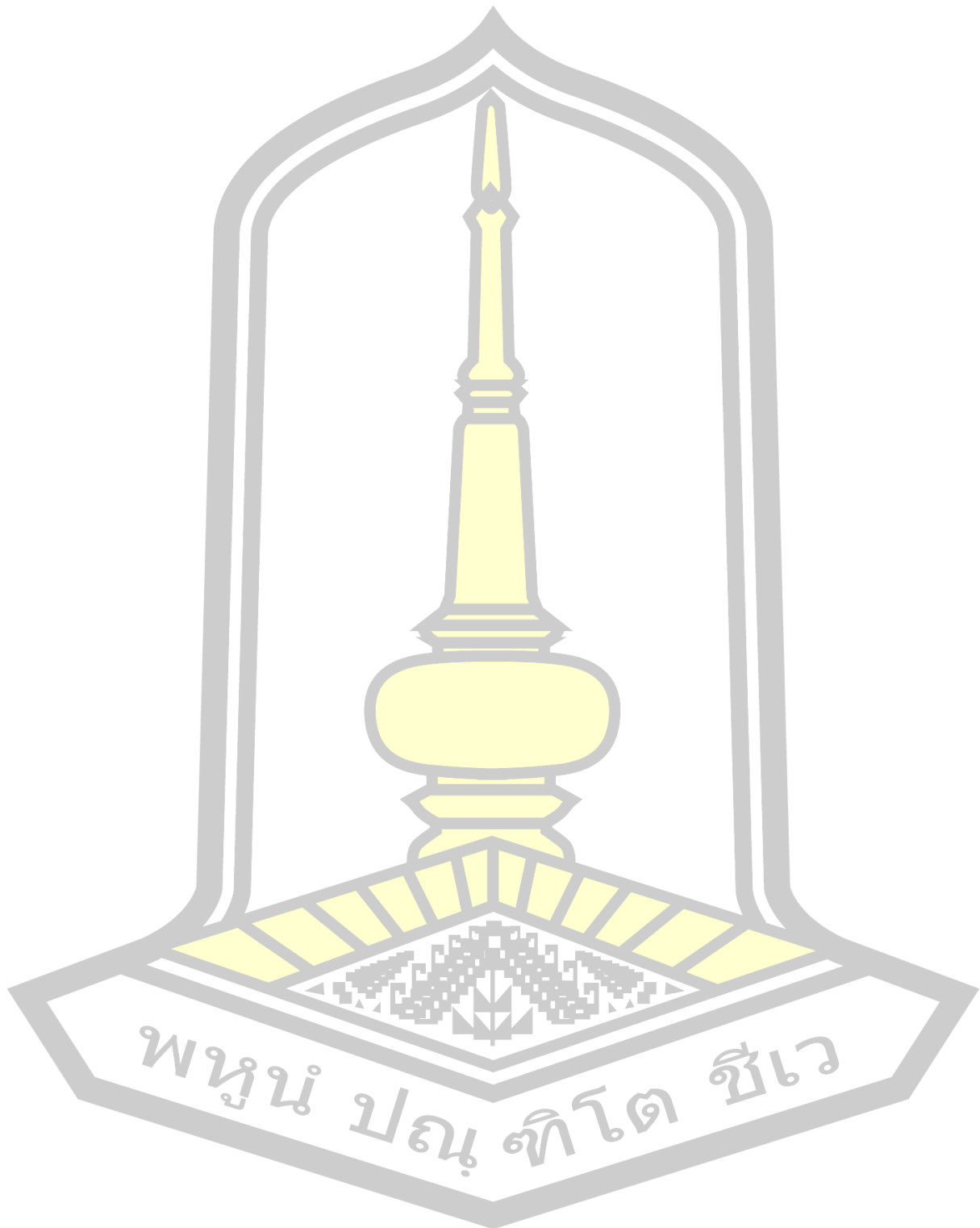
5.4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัย โดยมีการทำวิจัยในหลายวงรอบเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนา เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2) ควรมีการศึกษา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ในหมวดที่การพัฒนายังไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

3) ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อรูปแบบที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อเป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่จะใช้ในการตัดสินใจว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กัตัญญู ทิรัญญูสมบุรณ์. (2542). การจัดการธุรกิจขนาดย่อม. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2557a). *มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2557b). *ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กาญจนา อรุณสุขรุจี. (2546). *ความพึงพอใจของสมาชิกสหกรณ์ต่อการดำเนินงานของสหกรณ์การเกษตรไชยปราการจำกัด อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ. (2547). *หลักการควบคุมคุณภาพ (Principle of Quality Control)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ส.ส.ท., สน.พ.
- โชคชัย มานะธรรุระ, พรหมพิศิษฐ์ โจทย์กิจ และวราวัชร ขจรรัตน์วณิชย์. (2556). แนวทางการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เหมาะสมในบริบทอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1(2), 21–33.
- ณัฐวุฒิ วัจนะฮาด, สุมัทนา กลางคาร, พวงเพ็ญ ชัยประเสริฐ. (2558). รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิพื้นที่ อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 34(6), 569–574.
- ถนัด ไบยา. (1976). ชุมชนมีส่วนร่วมเรื่องเก่าวันใหม่ของการพัฒนาสาธารณสุข. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 11(4), 40–48.
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมขององคกร*. กรุงเทพฯ: ไทยพานิช. นครชาติ เดือนปฐม. (2554). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2545). *การมีส่วนร่วมหลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง*. กรุงเทพฯ: 598 Print.

- นวนลภา บุญวิเศษ. (2557). *การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุทัยวรรณ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์*. Retrieved September 3, 2018, from <http://203.157.186.16/kmblog/fulltext/1468160046.docx>
- นวนไล พิศชาติ, นิทรา ประยูร ศิริศักดิ์, กมลทิพย์ ตังหลั๊กมันคง และภาณุ อดกกลิ่น. (2555). *การพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ การจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์ศักยภาพ บริการปฐมภูมิ (On top payment) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี ปีงบประมาณ 2555*. Retrieved June 26, 2018, from <http://110.164.51.229/research/images/documents/16in2555.pdf>.
- บวร จอมพรรษา. (2554). *การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น (ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.
- บุบผา อนันต์สุชาติกุล. (2551). *เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเรื่องการปฏิรูปการเรียนรู้ : การวิจัยพัฒนาการเรียนรู้*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผกาวรรณ จันทร์เพิ่ม. (2548). *ปัจจัยระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและบุคลากรสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานเยี่ยมบ้านตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของสาธารณสุขเขต 4*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มารดี วิทยาดำรงชัย. (2549). *กระบวนการพัฒนาเครือข่ายสร้างสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหลักศิลาเหนือ จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เมธา ทริมเทพาธิป. (2560). *แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม*. Retrieved December 17, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/629855>.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). *หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: ไทยอนุเคราะห์ไทย.
- รัตติยา วิภักดิ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- รัตติยา มีสมศักดิ์. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

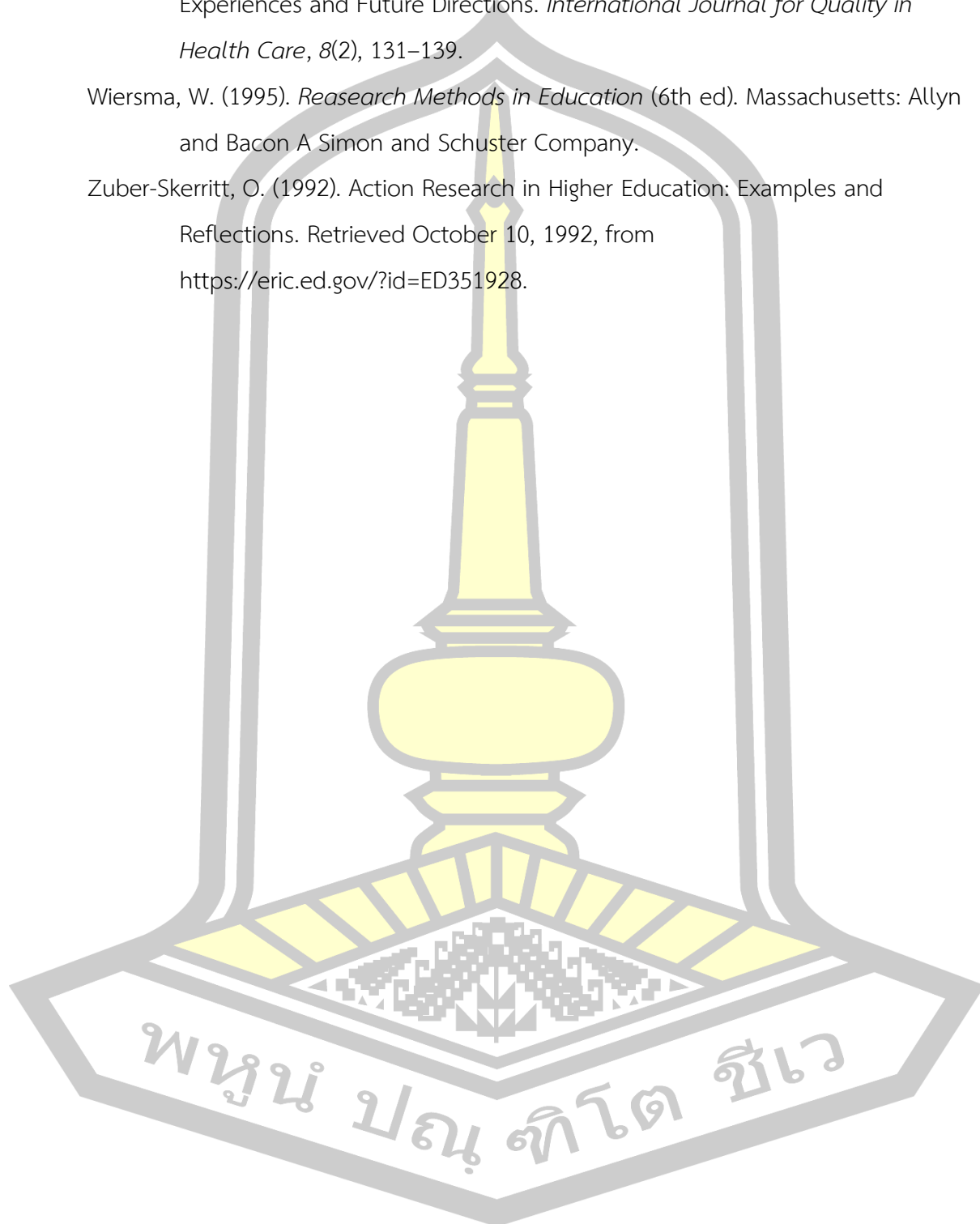
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2545). *การจัดการคุณภาพ: จาก TQC ถึง TQM, ISO 9000 และการประกันคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน. (2560). *รายงานผลการประเมินตนเองตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว*. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน.
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2541). *TQM คู่มือสู่องค์กรคุณภาพยุค 2000*. กรุงเทพฯ: ที พี เอพับลิชชิง.
- วิภาดา จันทรมณฑล. (2558). *การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานกระบวนการเก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด-ชนบุรี อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ไศตรีย์ แพน้อย, อติญาณ์ ศรีเกษตริณ และชุลีพร เอกรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 12(2), 64–74.
- สภาเทคนิคการแพทย์. (2555). *มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์*. นนทบุรี: สภาเทคนิคการแพทย์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2560). *รายงานผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจังหวัดร้อยเอ็ด (เอกสารรายงาน)*. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). *รายงานการประเมินผลนโยบายการพัฒนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). *คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว(รพ.สต.ติดดาว)*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- สุทัศน์ นาคะพรหม. (2554). *ความหมายของคุณภาพ*. Retrieved June 26, 2018, from <https://www.gotoknow.org/posts/449928>.
- สุ่มพนา กลางคาร และวรวพจน์ พรหมสัถยพรด. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.
- โสภณ เมฆธน. (2559). *สธ.ตีวงเข้มนโยบาย รพ.สต.ติดดาว ตั้งเป้ารพ.สต.ทุกแห่งผ่านเกณฑ์ภายใน 5 ปี*. Retrieved September 3, 2018, from http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=90090.

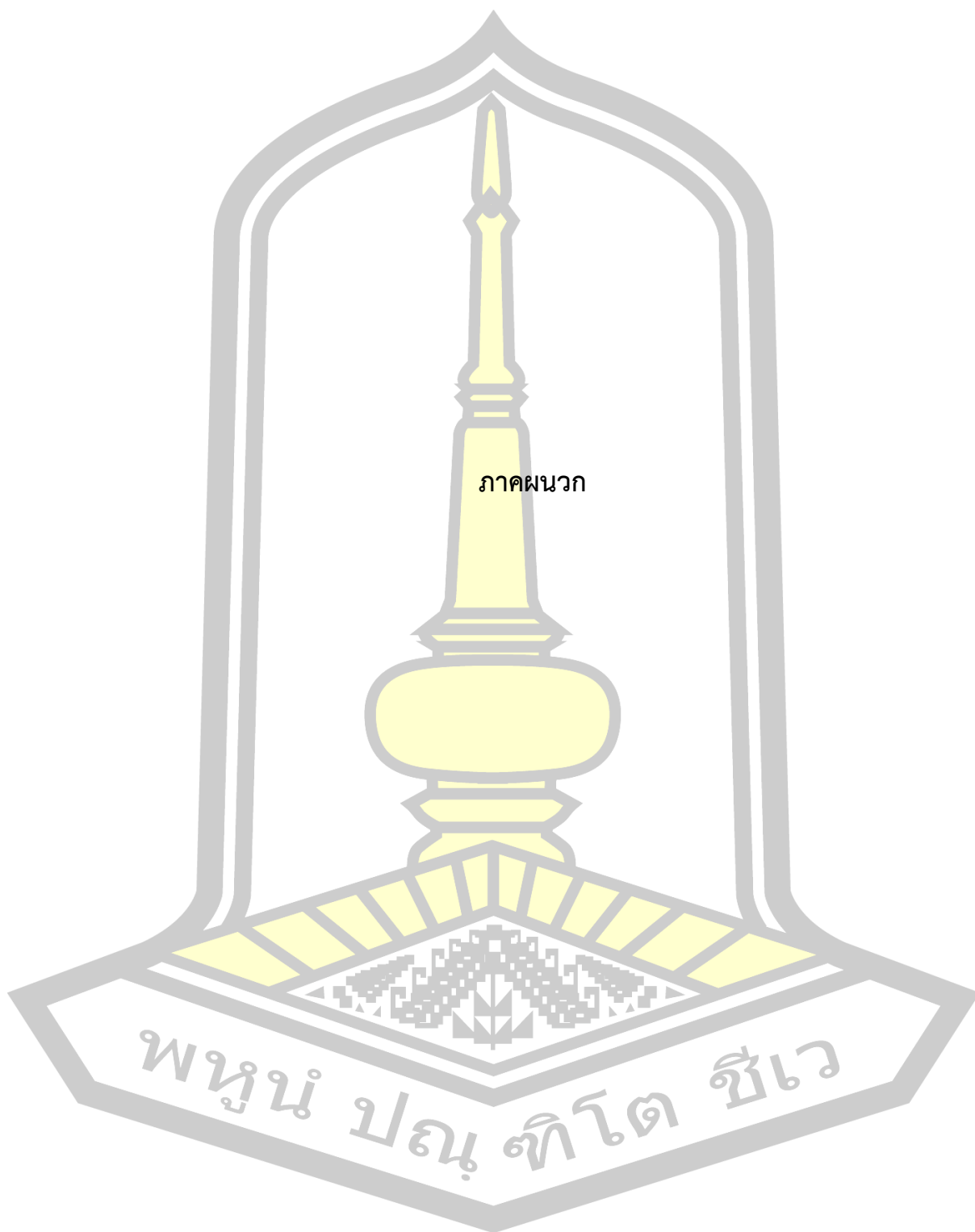
- อรรถัย กักพล. (2552). *คู่มือ คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.
- อรรถพงษ์ ดีเสมอ. (2554). *การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยทะเบียนในจังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อารีย์ พลภูเมือง. (2560). การพัฒนาระบบคัดแยกมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมเขตเทศบาลตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(ฉบับพิเศษ), 141-161.
- อุทัยพรรณ สุดใจ. (2545). *ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการขององค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Adolfo, Rubinstein, Kurt, C. Stange and Mieke, L. V. D. (2009). *Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity*. Retrieved April 2, 2009, from <https://doi.org/10.1136/bmj.b1242>.
- Baltussen, S Haddad and Sauerborn, R. (2002). Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 17(1), 42-48.
- Carr, W. and Kemmis, S. (1986). *Becoming Critical : Education, Knowledge and Action Research*. Victoria: Falmer press.
- Erwin, W. (1976). *Participation Management : Concept Theory and Implementation*. Atlanta G: Georgia State University.
- Kemmis, S., and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed). Victoria: Deakin University Press.
- Kulbir, S. (1984). *Methodology of Research in Education*. New Delhi: Sterling Publishers Private Limited.
- Roy, C. M. (2011). *A critical study of the efficacy of primary health centers for the promotion of community health in KERALA with special reference to ERNAKULAM District*. Kerala: Mahatma Gandhi University Kottayam.

Sauerborn, R. (1996). Quality of Primary Health Care in Developing Countries: Recent Experiences and Future Directions. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(2), 131–139.

Wiersma, W. (1995). *Research Methods in Education* (6th ed). Massachusetts: Allyn and Bacon A Simon and Schuster Company.

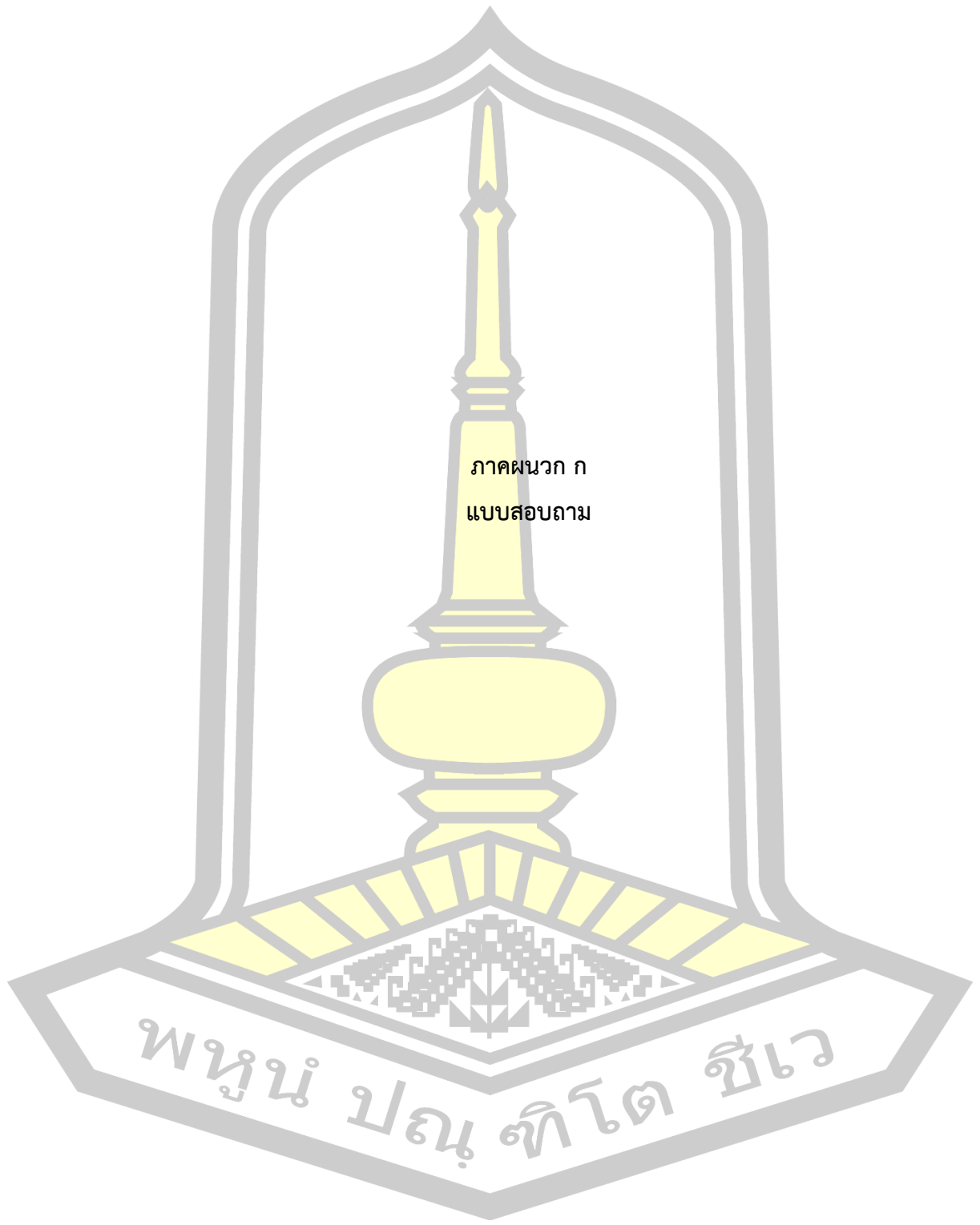
Zuber-Skerritt, O. (1992). Action Research in Higher Education: Examples and Reflections. Retrieved October 10, 1992, from <https://eric.ed.gov/?id=ED351928>.





ภาคผนวก

พหุ ประทีป ชัยเว



ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

พหุ ประจักษ์ วิทยา

**ฉบับที่ 1 แบบสอบถามลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้ การมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรค
ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข**

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถาม

เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัด
ร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรู้
การมีส่วนร่วม และอุปสรรคปัญหาข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ
ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์
และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายหน่วย
บริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด”

2. แบบสอบถามต่อระบบคุณภาพทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ในการสอบถามครั้งนี้ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน
แต่อย่างไรจึงขอ ให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนา
คุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลติดดาว เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

นางสาวกุศลาสัย สุราอามาตย์

นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

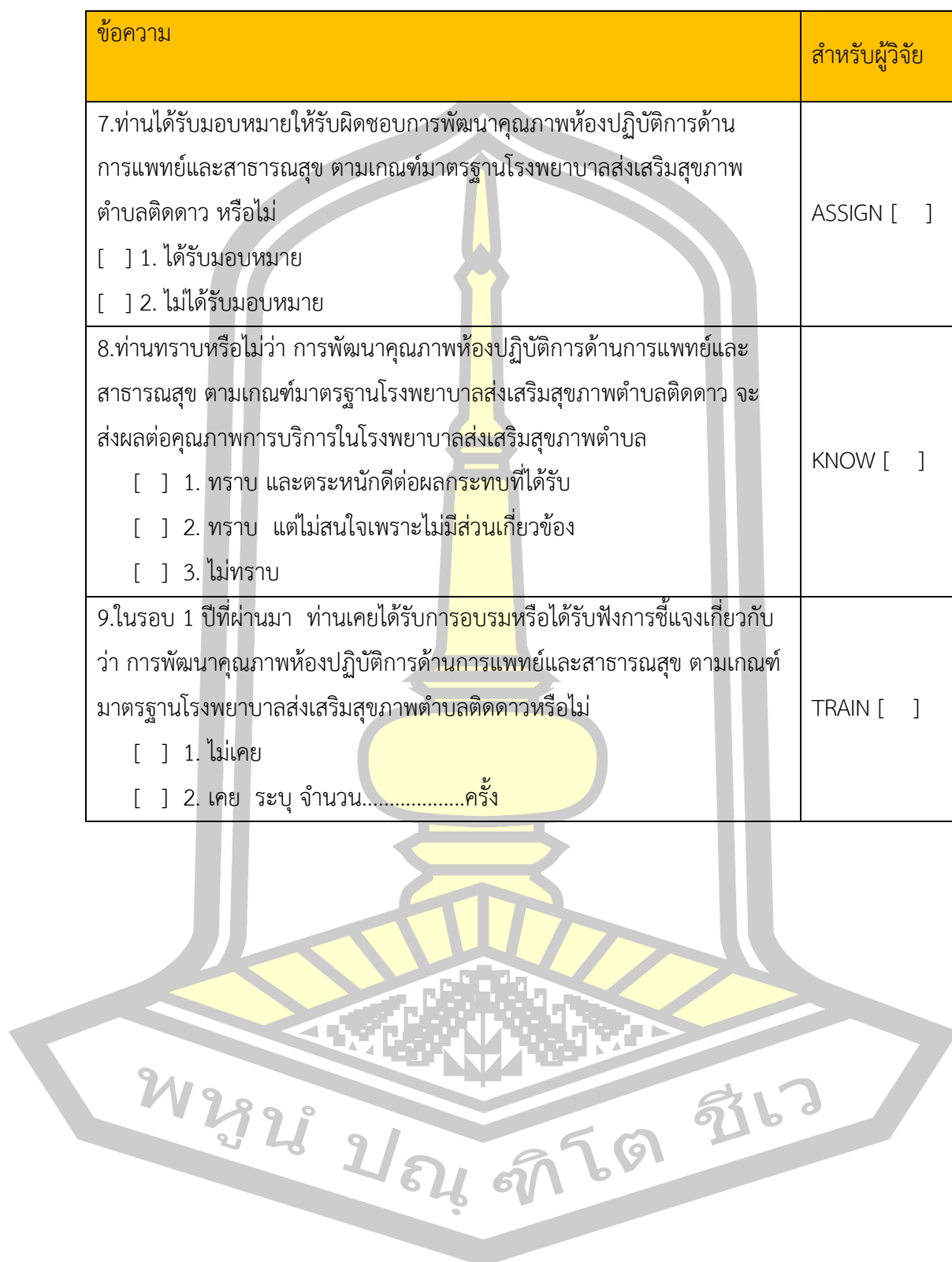
ผู้ศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่าง ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง	SEX []
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (นับจำนวนเต็มปี)	AGE [] []
3.การศึกษา [] 1. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า [] 2. ปริญญาตรี [] 3. ปริญญาโทหรือสูงกว่า	EDU []
4. ตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ของท่านในปัจจุบัน [] 1. แพทย์ /ทันตแพทย์ [] 2. เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน [] 3. นักวิชาการสาธารณสุข [] 4. พยาบาล [] 5. นักเทคนิคการแพทย์ [] 6. เภสัชกร [] 7. อื่นๆ.....	OCC []
5. สถานที่ปฏิบัติงาน [] 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [] 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ [] 3. โรงพยาบาลชุมชน [] 4. อื่นๆ ระบุ.....	PLACE []
6. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว..... ปี.....เดือน	TIME [] []

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<p>7. ท่านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ได้รับมอบหมาย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับมอบหมาย</p>	<p>ASSIGN []</p>
<p>8. ท่านทราบหรือไม่ว่า การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จะส่งผลต่อคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ทราบ และตระหนักดีต่อผลกระทบที่ได้รับ</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ทราบ แต่ไม่สนใจเพราะไม่มีความเกี่ยวข้อง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ</p>	<p>KNOW []</p>
<p>9. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการอบรมหรือได้รับฟังการชี้แจงเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุ จำนวน.....ครั้ง</p>	<p>TRAIN []</p>



ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

2.1 ความรู้ต่อนโยบาย และเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ ทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1.การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวเป็น มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ รพ.สต.ทุกแห่งต้อง ดำเนินการพัฒนา			K1.....
2.มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพ รพ. สต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน			K2.....
3.มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นมาตรฐานที่มีความเหมาะสม เพื่อใช้ ในการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ใน รพ. สต.			K3.....
4.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ใน รพ. สต.ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพ การบริหาร การจัดบริการ โดยเน้นทั้งด้านทรัพยากรบุคคล อาคาร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์และด้านเครื่องมือ			K4.....
5.หากดำเนินการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์ ใน รพ.สต.ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวแล้ว ผลลัพธ์ สุดท้ายจะส่งผลให้ได้ระบบบริการที่มีคุณภาพ			K5.....
2.2 ความรู้ต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
6. การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตาม มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ประสบผลสำเร็จได้โดยการดำเนินงาน ของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.เพียงลำพัง			K6.....
7.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตาม มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีเนื้อหาครอบคลุมทุกรายการที่เปิด ตรวจวิเคราะห์ ในรพ.สต.			K7.....

2.2 ความรู้ต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
8.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีการกำหนดมาตรฐานทุกขั้นตอนของการทดสอบ ทั้งขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์ ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ และขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์			K8.....
9.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นการพัฒนาที่ไม่ได้อาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย			K9.....
10.การดำเนินการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นบทบาทหน้าที่ของเฉพาะผู้บริหารเท่านั้น			K10.....
2.3 ความรู้ต่อการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
11.การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว กำหนดให้ รพ.สต.ทุกแห่งต้องผ่านการประเมินภายใน 10 ปี			K11.....
12.การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เน้นการประเมินเพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการประเมินรับรอง			K12.....
13.การประเมินผลการพัฒนาจะเป็นการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ			K13.....
14.ผลการประเมินตามมาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ของแต่ละหมวดจะต้องได้คะแนนมากกว่า 80%			K14.....
15.ผลการประเมินตามมาตรฐานภาพรวมทุกหมวด จะต้องได้คะแนนมากกว่า 80%			K15.....

**ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว**

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น

ส่วนที่ 3.1 ชั้นการเตรียมการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
1.ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์						P1.....
2.ท่านมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว						P2.....
3.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว						P3.....

พหุ ประถมศึกษา

ส่วนที่ 3.2 ชั้นวางแผน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
4.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของสภาพปัญหาและความเสี่ยงในองค์กร เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพ						P4.....
5.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพ						P5.....
6.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบ ในการพัฒนาตามมาตรฐาน						P6.....
7.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพ						P7.....
8.ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบการประเมิน ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาขององค์กร						P8.....
ส่วนที่ 3.3 ชั้นดำเนินการตามแผน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
9.ท่านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต. ดีดดาว						P9.....
10.ท่านมีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานเพื่อให้การดำเนินการตามแผนมีประสิทธิภาพ						P10.....
11.ท่านมีส่วนร่วมในการแนะนำหรือชักชวนให้เจ้าหน้าที่ร่วมมือกันในการพัฒนาตามมาตรฐาน						P11.....
12.ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้						P12.....

ส่วนที่ 3.4 ชั้นตรวจสอบและประเมินผล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
13.ท่านมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการพัฒนา						P13.....
14.ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำผลไปปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ						P14.....
ส่วนที่ 3.5 ชั้นนำผลมาปรับปรุงแก้ไข	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
15.ท่านมีส่วนร่วมในการทบทวนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพ						P15.....
16.ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย เพื่อนำผลไปพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ						P16.....
17.ท่านมีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนของการพัฒนา เพื่อนำผลไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน						P17.....
18.ท่านมีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนปรับปรุง การพัฒนาคุณภาพต่อไป						P18.....

พหุบัณฑิต ชีวะ

ส่วนที่ 3.6 ชั้นการจัดทำรายงาน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
19.ท่านมีส่วนร่วมในการรวบรวมผลการดำเนินงาน และผลการประเมินตนเอง						P19.....
20.ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และสรุปผลการพัฒนาคุณภาพ						P20.....
21.ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำรายงาน และเสนอหลักฐานข้อมูลผลการดำเนินงานต่อหน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้อง และสาธารณชน						P21.....



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลติดตาม

คำชี้แจง : ให้ท่านระบุปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลติดตาม

3.1 ปัญหาและอุปสรรค

1.ด้านนโยบายของผู้บังคับบัญชา

.....

.....

.....

2.ด้านบุคลากร

.....

.....

.....

3.ด้านสถานที่/พื้นที่ปฏิบัติงาน

.....

.....

.....

4.ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทดสอบ น้ำยา สารเคมี

.....

.....

.....

5.ด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม

.....

.....

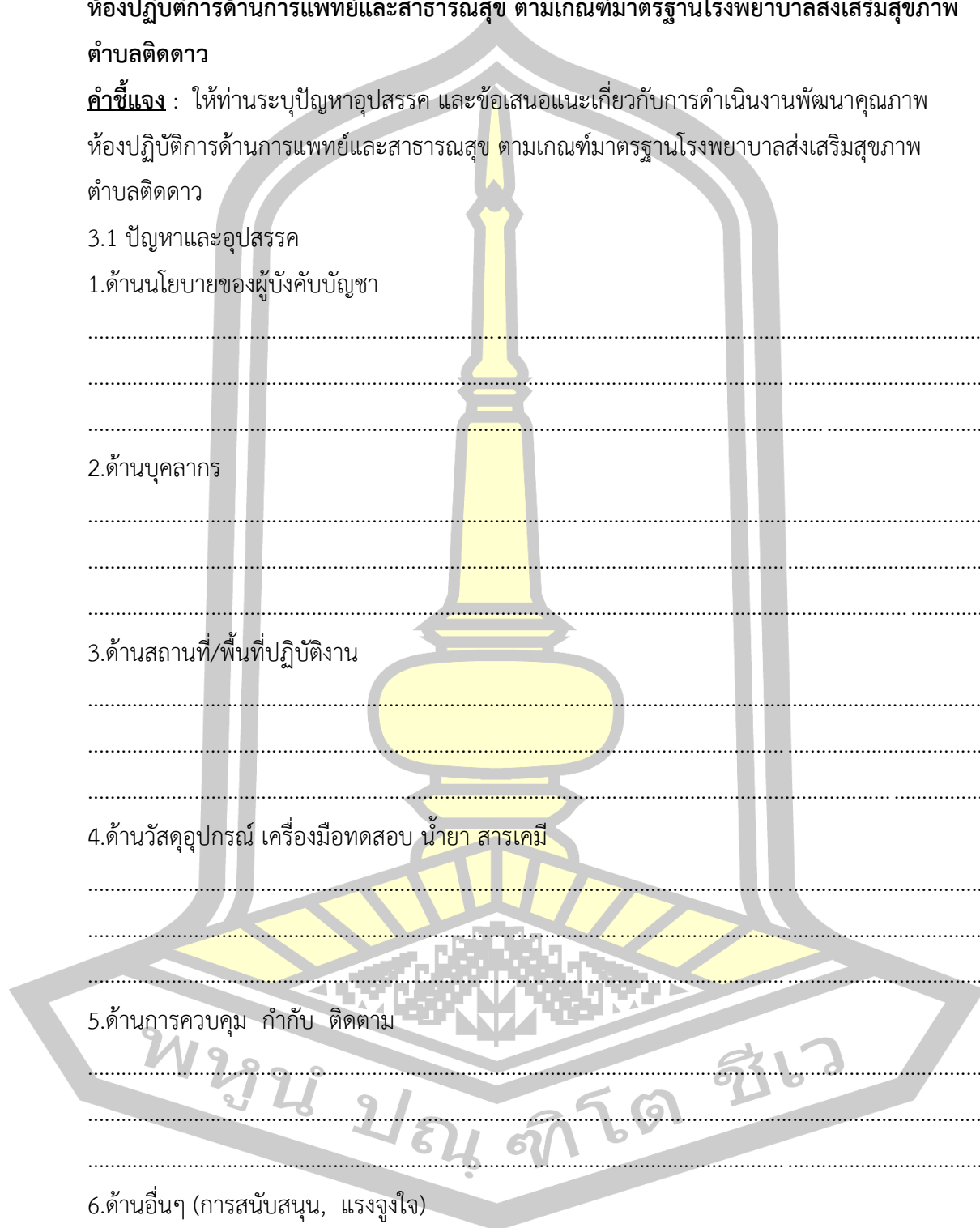
.....

6.ด้านอื่นๆ (การสนับสนุน, แรงจูงใจ)

.....

.....

.....



3.2 ข้อเสนอแนะ

1.ด้านนโยบายของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....

2.ด้านบุคลากร

.....
.....
.....

3.ด้านสถานที่/พื้นที่ปฏิบัติงาน

.....
.....
.....

4.ด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทดสอบ น้ำยา สารเคมี

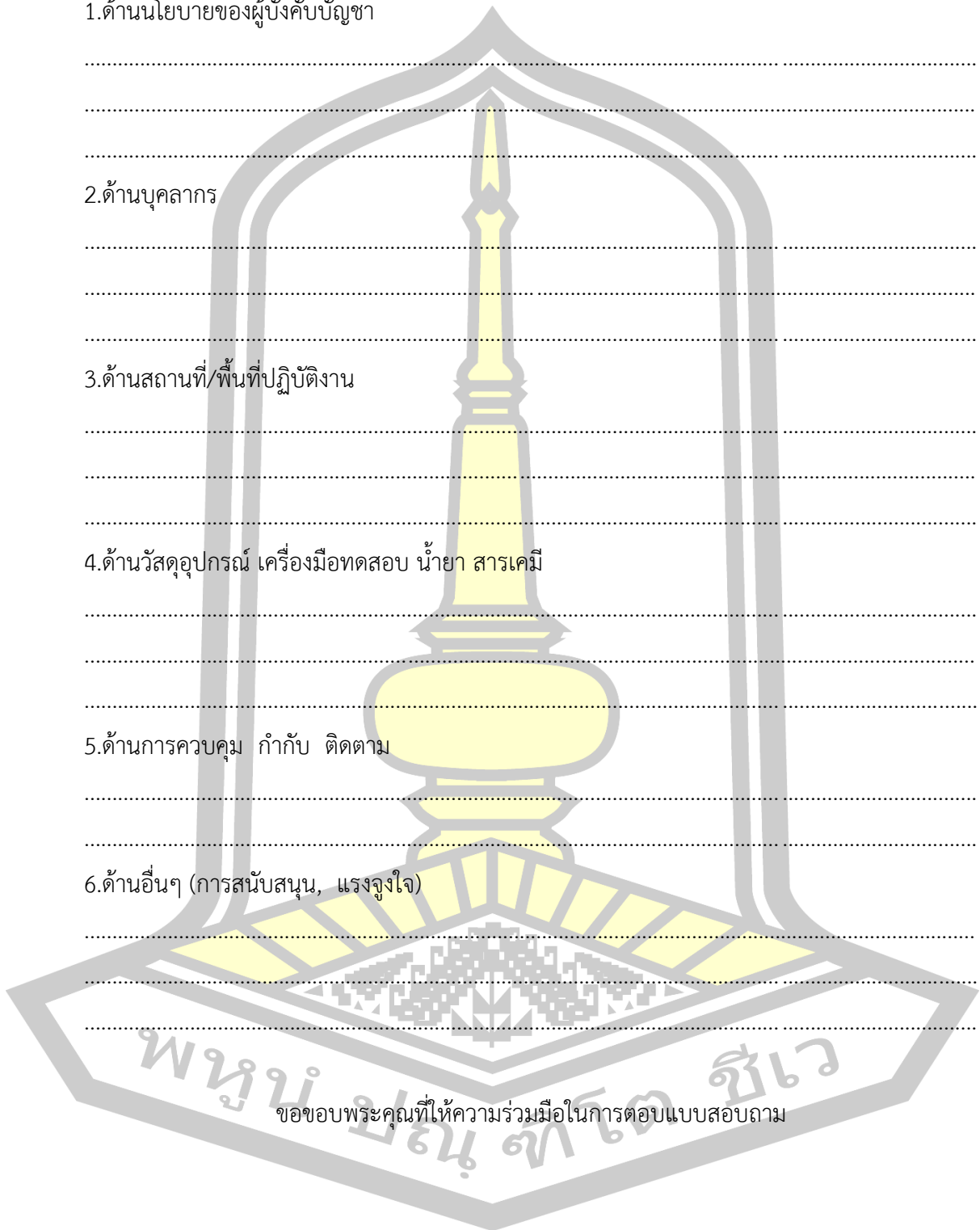
.....
.....
.....

5.ด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม

.....
.....
.....

6.ด้านอื่นๆ (การสนับสนุน, แรงจูงใจ)

.....
.....
.....



ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ฉบับที่ 2 แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560 ของสำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ฉบับที่ 3 ความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตาม
เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

แบบสอบถามเลขที่

แบบสอบถาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ติดดาวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้าน
การแพทย์ และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด”

ในการสอบถามครั้งนี้ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่าง
ใดจึงขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ
ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ติดดาว ต่อไป

นางสาวกุศลาสัย สุราอามาตย์
นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ศึกษา

พหุบัณฑิต โท ชีเว

**ความพึงพอใจ ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว**

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงตามความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุด

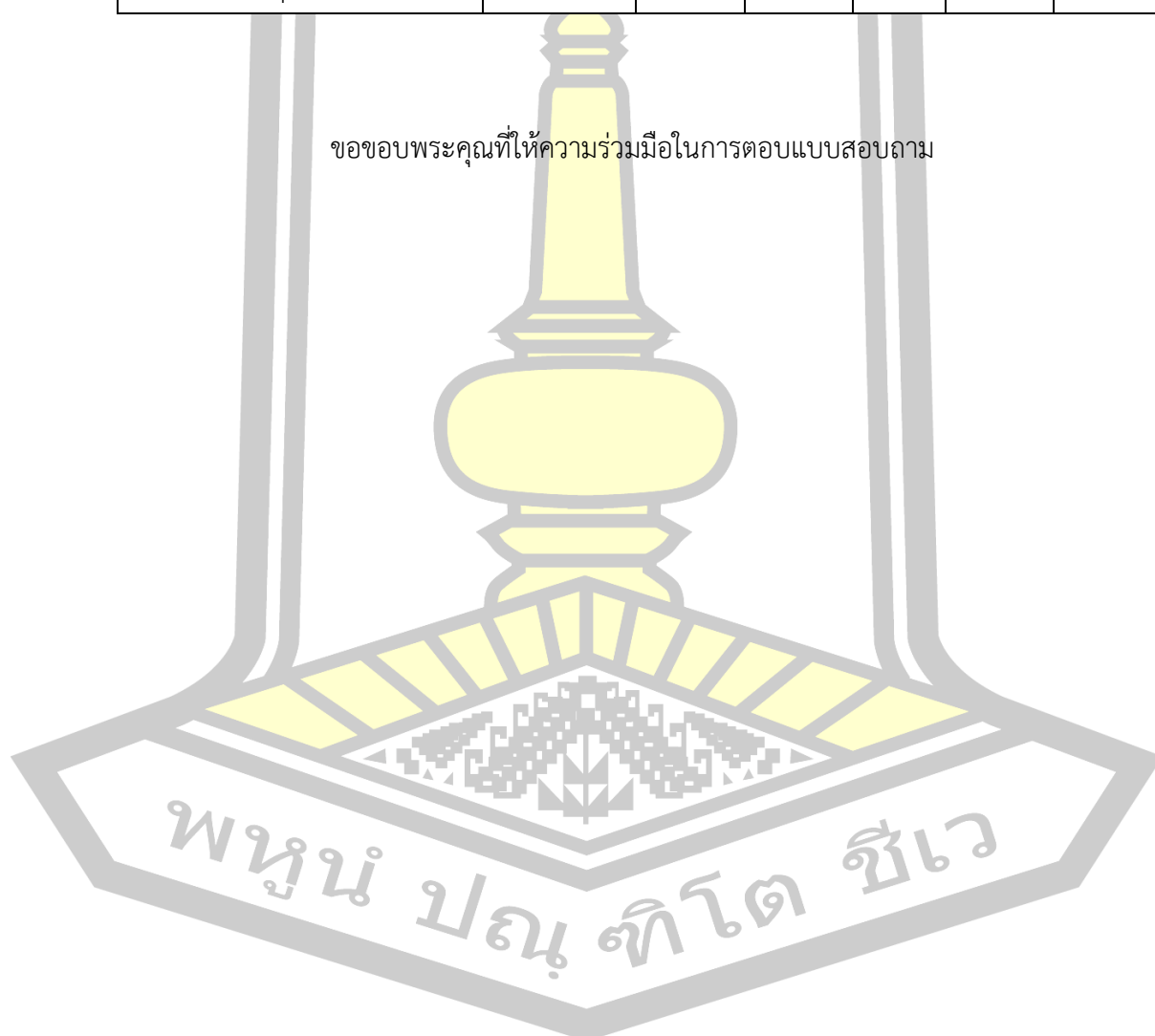
5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
1 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ

4.1 ความพึงพอใจต่อนโยบาย	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พึง พอใจ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. นโยบายมีส่วนส่งเสริมใน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ						A1.....
2.นโยบายมีความสอดคล้องกับ แนวทางการพัฒนาขององค์กร						A2.....
3.นโยบายมีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง						A3.....
4.ความพึงพอใจในการถ่ายทอด นโยบาย						A4.....
5.ภาพรวมความพึงพอใจต่อ นโยบาย						A5.....
4.2 ความพึงพอใจต่อ กระบวนการพัฒนา	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พึง พอใจ	สำหรับ ผู้วิจัย
6.ความพึงพอใจในการร่วม แสดงความคิดเห็น ในการแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน						A6.....
7.ความพึงพอใจในความชัดเจน ของแบบประเมิน						A7.....
8.ความพึงพอใจใน การดำเนินงานตามแบบประเมิน						A8.....

4.2 ความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	สำหรับผู้วิจัย
9. ท่านเชื่อมั่นในผลการปฏิบัติงานว่าจะสามารถประสบความสำเร็จตามแผนที่กำหนด						A9.....
4.3 ความพึงพอใจต่อระบบการสนับสนุน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พึงพอใจ	สำหรับผู้วิจัย
10. ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ						A10.....
11. ความพึงพอใจในการได้รับการอบรม ได้รับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ						A11.....
12. ความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงานของหน่วยงาน						A12.....
13. ความพึงพอใจที่มีต่อบรรยากาศของหน่วยงาน ที่ส่งเสริมให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตามมาตรฐาน						A13.....
14. ความพึงพอใจต่อมาตรการการสนับสนุน สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร						A14.....

4.4 ความพึงพอใจต่อการกำกับ ติดตาม	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่พึง พอใจ	สำหรับ ผู้วิจัย
15.ความพึงพอใจที่มีต่อ หลักเกณฑ์ในการตรวจประเมิน						A15.....
16.ความพึงพอใจที่มีต่อ การติดตามการปฏิบัติงาน จากผู้บังคับบัญชา						A16.....
17.ภาพรวมของความพึงพอใจ ในการพัฒนาคุณภาพ						A17.....

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



ฉบับที่ 4 แบบบันทึกในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

คำชี้แจง : แบบบันทึกการประชุมสนทนาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ	ประเด็นข้อความ	บันทึกข้อสนทนาผู้เข้าร่วมประชุม	หมายเหตุ
1	สถานการณ์ และสภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว		
2	ปัญหาและอุปสรรค ในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวและแนวทางแก้ไข		

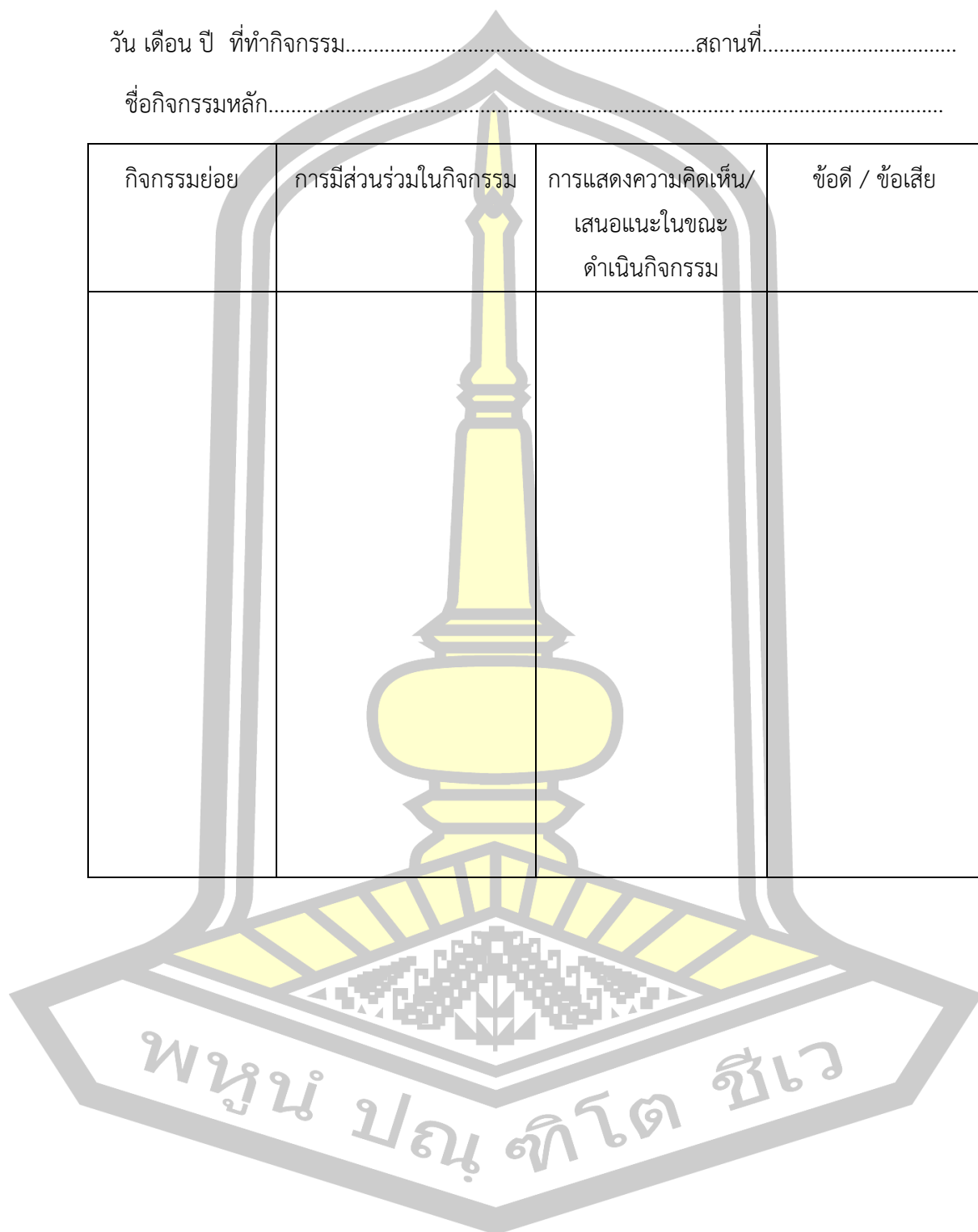
ลำดับ	ประเด็นข้อคำถาม	บันทึกข้อเสนอแนะผู้เข้าร่วมประชุม	หมายเหตุ
3	<p>การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</p>		
4	<p>ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</p>		

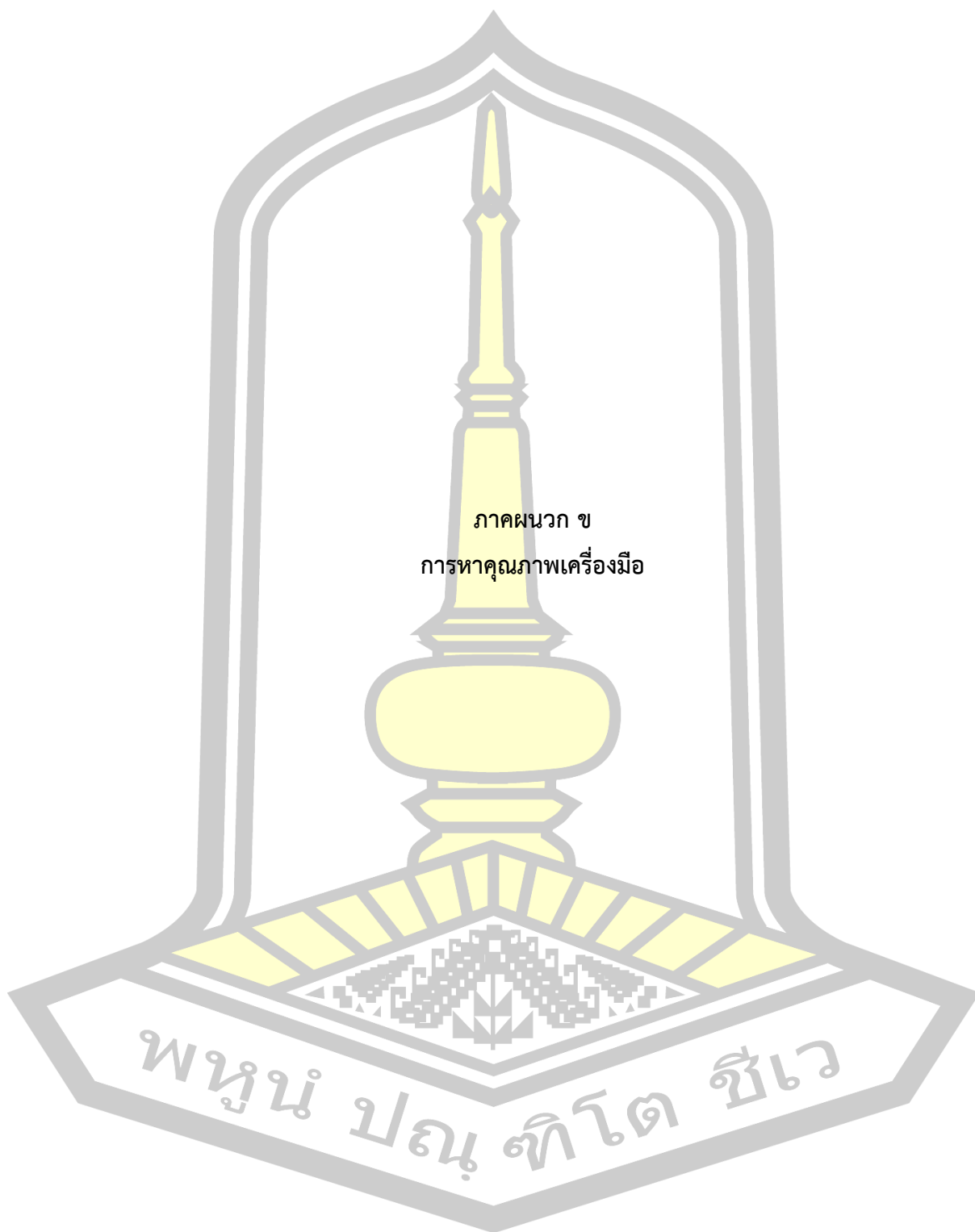
ฉบับที่ 5 แบบบันทึกการสังเกตการณ์

วัน เดือน ปี ที่ทำกิจกรรม.....สถานที่.....

ชื่อกิจกรรมหลัก.....

กิจกรรมย่อย	การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	การแสดงความคิดเห็น/ เสนอแนะในขณะ ดำเนินกิจกรรม	ข้อดี / ข้อเสีย





ภาคผนวก ข
การหาคุณภาพเครื่องมือ

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจ การจำแนก
ความรู้ก่อนนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	
1. การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวเป็นมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ รพ.สต.ทุกแห่งต้องดำเนินการพัฒนา	0.54
2. มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นนโยบายในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน	0.63
3. มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นมาตรฐานที่มีความเหมาะสม เพื่อใช้ในการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ใน รพ.สต.	0.34
4. การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ใน รพ.สต. ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการบริการ โดยเน้นทั้งด้าน ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และด้านเครื่องมือ	0.49
5. หากดำเนินการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ใน รพ.สต.ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวแล้ว ผลลัพธ์สุดท้ายจะส่งผลให้ได้ระบบบริการที่มีคุณภาพ	0.42
6. การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาวประสบผลสำเร็จได้โดยการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.เพียงลำพัง	0.67
7. การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวมีเนื้อหาครอบคลุมทุกรายการที่เปิดตรวจวิเคราะห์ ในรพ.สต.	0.59

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าอำนาจ การจำแนก
8.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว มีการกำหนดมาตรฐานทุกขั้นตอนของการทดสอบทั้งขั้นตอน ก่อนการตรวจวิเคราะห์ ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ และขั้นตอนหลังการตรวจ วิเคราะห์	0.47
9.การพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นการพัฒนาที่ไม่ได้อาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย	0.50
10. การดำเนินการพัฒนางานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เป็นบทบาทหน้าที่ของเฉพาะผู้บริหารเท่านั้น	0.63
11. การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวกำหนดให้ รพ.สต.ทุกแห่งต้องผ่านการประเมินภายใน 10 ปี	0.72
12. การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว เน้นการประเมิน เพื่อการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องมากกว่าการประเมินรับรอง	0.59
13. การประเมินผลการพัฒนาจะเป็นการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ	0.47
14. ผลการประเมินตามมาตรฐานที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ของแต่ละหมวด จะต้องได้คะแนนมากกว่า 80.00 %	0.65
15. ผลการประเมินตามมาตรฐานภาพรวมทุกหมวด จะต้องได้คะแนนมากกว่า 80.00%	0.57

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (KR20) เท่ากับ 0.903



พูน พูน ทัต โสเว

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา
คุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

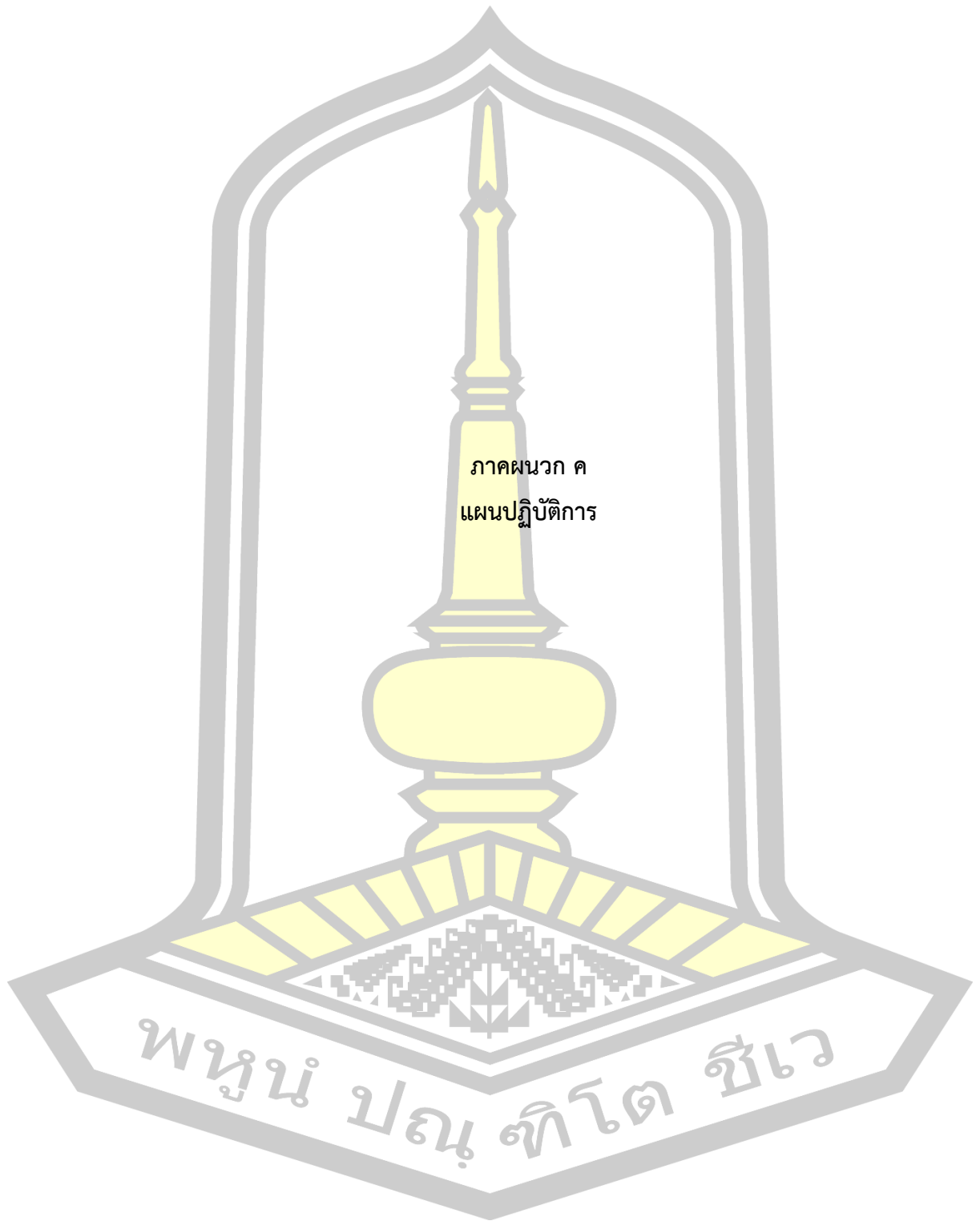
ข้อคำถาม	ค่าอำนาจ การจำแนก
ขั้นการเตรียมการ	
1. มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์	0.44
2. มีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์ตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว	0.56
3. มีส่วนร่วมในการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อเป็นข้อมูลใ การวางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว	0.60
ขั้นวางแผน	
4. มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของสภาพปัญหาและ ความเสี่ยงในองค์กรเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพ	0.67
5. มีส่วนร่วมในการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพ	0.62
6. มีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบ ในการพัฒนาตามมาตรฐาน	0.56
7. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพ	0.44
8. มีส่วนร่วมในการกำหนดกรอบการประเมินที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาของ องค์กร	0.53
ขั้นดำเนินการตามแผน	
9. มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว	0.63
10. มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานเพื่อให้การดำเนินการตามแผนมี ประสิทธิภาพ	0.57
11. มีส่วนร่วมในการแนะนำหรือชักชวนให้เจ้าหน้าที่ร่วมมือกัน ในการพัฒนาตามมาตรฐาน	0.68
12. มีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้	0.63

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อความ	ค่าอำนาจ การจำแนก
ขั้นตรวจสอบและประเมินผล	
13.มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการพัฒนา	0.55
14.มีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อนำผลไปปรับปรุงการดำเนินงานให้มี ประสิทธิภาพ	0.45
ขั้นนำผลมาปรับปรุงแก้ไข	
15.มีส่วนร่วมในการทบทวนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพ	0.76
16.มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย เพื่อนำผลไปพัฒนาการ ดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ	0.70
17.มีส่วนร่วมในการถอดบทเรียนของการพัฒนา เพื่อนำผลไปใช้ในการปรับปรุง แก้ไขการดำเนินงาน	0.65
18.มีส่วนร่วมในการนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผน ปรับปรุง การพัฒนาคุณภาพต่อไป	0.55
ขั้นการจัดทำรายงาน	
19.มีส่วนร่วมในการรวบรวมผลการดำเนินงาน และผลการประเมินตนเอง	0.47
20.มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และสรุปผลการพัฒนาคุณภาพ	0.64
21.มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงาน และเสนอหลักฐานข้อมูลผลการดำเนินงาน ต่อหน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้อง และสาธารณชน	0.50

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.897





ภาคผนวก ค
แผนปฏิบัติการ

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการ</p> <p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>ศึกษาบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- ศึกษาบริบท สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทันตกรรม และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>- เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอจตุรพักตรพิมาน</p>	<p>ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน</p> <p>1. รวบรวมข้อมูลบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน จากเอกสารการประเมินตนเองจากทุก รพ.สต.</p> <p>2. ศึกษาสภาพปัญหาจากการสอบถามผู้รับผิดชอบในการพัฒนาตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการใน รพ.สต.</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>- สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนมกราคม 2561</p> <p>สถานที่</p> <p>- รพ. และ รพ.สต.</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>- แบบประเมินตนเอง</p> <p>- สมุดบันทึก</p> <p>งบประมาณ</p> <p>- ไม่มี</p>	<p>การจดบันทึกกิจกรรม</p> <p>- การซักถาม</p>	<p>- ทราบบริบทของพื้นที่</p> <p>- สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน</p>	<p>- ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินตนเอง ก่อนดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ - เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผลการประเมินตนเอง ก่อนดำเนินการวิจัย เป้าหมาย - เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน	รวบรวมผลการประเมินตนเองตามแบบประเมินระบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	ระยะเวลา - สัปดาห์ที่ 3 ของเดือนมกราคม 2561 สถานที่ - รพ. และ รพ.สต. วัสดุอุปกรณ์ - สมุดบันทึก งบประมาณ - ไม่มี	- ผลการประเมินตนเอง	- ทราบผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	- ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมที่ 3 ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือ ร่วมมือ และชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย	1. ประสานงานกับผู้บริหาร และ ผอ.รพ.สต. เพื่อขอความร่วมมือ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เข้าร่วมในการวิจัย 2. ประสานงานเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อขอความร่วมมือ และชี้แจง รายละเอียดโครงการวิจัย	ระยะเวลา - สัปดาห์ที่ 4 ของเดือนมกราคม 2561 สถานที่ - รพ. จตุรพักตรพิมาน วัสดุอุปกรณ์ - สมุดบันทึก งบประมาณ - ไม่มี	จำนวนผู้ให้ความ ร่วมมือในการเข้าร่วม กิจกรรม	- มีคณะทำงาน และคณะทำงาน ให้ความร่วมมือใน การเข้าร่วม การวิจัย	ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย
เป้าหมาย - ผู้รับผิดชอบพัฒนางานคุณภาพ และมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข					

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการวิจัย</p> <p>1. ขบวนการแผน (Planning)</p> <p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>- แต่งตั้งคณะทำงานวิจัย</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ได้คณะทำงานวิจัย และประชากรที่ศึกษา</p>	<p>1. ประสานงานคณะทำงานวิจัย เพื่อทำการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ</p> <p>2. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานวิจัย</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>- สัปดาห์ที่ 1 ของเดือน</p> <p>กุมภาพันธ์ 2561</p> <p>สถานที่</p> <p>รพ. จตุรพักตรพิมาน</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>- กระดาษ/ เครื่องเขียน</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p> <p>- สมุดบันทึก</p> <p>งบประมาณ</p> <p>ไม่มี</p>	<p>- จำนวนผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงานวิจัย</p>	<p>- มีคำสั่งคณะทำงานวิจัย</p> <p>- คณะทำงานเข้าใจวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย</p>	<p>- ผู้วิจัยและ</p> <p>ผู้ช่วยนักวิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย -จัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) วัตถุประสงค์ -เพื่อรับรู้ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานการพัฒนา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา	ขึ้นตอนและวิธีการดำเนินงาน 1.ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลการประเมินตนเองตามแบบประเมินระบบการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดตามและปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการพัฒนา 2.ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเสนอวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ	ระยะเวลา -สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน กุมภาพันธ์ 2561 สถานที่ รพ.จตุรพักตรพิมาน วัสดุอุปกรณ์ -กระดาษ/เครื่องเขียน -กล่องถ่ายรูปแบบ สมุดบันทึก งบประมาณ อาหารว่างและเครื่องดื่ม	ประเมินผล - จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม - การจดบันทึกกิจกรรม	-ทราบปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน พร้อมแนวทางแก้ไข	ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการ	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>-จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>- คณะทำงานวิจัย</p>	<p>ดำเนินงาน</p> <p>1.จากการประชุม Focus group ที่มีกรนำเสนอลงถึงสภาพปัญหาในการพัฒนาคุณภาพ ได้มีการส่งเสริมให้ทีมร่วมกันคิดเพื่อที่จะหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา โดยมีกิจกรรมความคิด ซึ่งนำมาสู่การจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>-สัปดาห์ที่ 4 ของเดือนกุมภาพันธ์ 2561</p> <p>สถานที่</p> <p>รพ. จตุรพักตรพิมาน</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>-กระดาษ/เครื่องเขียน</p> <p>-กล่องถ้ำยรูป</p> <p>-สมุดบันทึก</p> <p>งบประมาณ</p> <p>อาหารว่างและเครื่องดื่ม</p>	<p>-ได้แผนปฏิบัติการ</p>	<p>-ได้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา</p>	<p>-ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>2. ขั้นตอนปฏิบัติการ(Action)</p> <p>กิจกรรมที่ 1 แต่งตั้งทีมที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม <p>เป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมสหวิชาชีพ 	<p>- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ 1 มีนาคม 2561 <p>สถานที่</p> <p>รพ.จตุรพักตรพิมาน</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี <p>งบประมาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี 	<p>- มีทีมงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับระบบคุณภาพ และมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตาม เพื่อพิจารณาให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาตามมาตรฐาน</p>	<p>-ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย</p>	

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย การอบรมเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์และมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย - กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการวิจัย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน -อบรมให้ความรู้ทั้งภาคปฏิบัติ และภาคทฤษฎีเกี่ยวกับระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	ระยะเวลา -วันที่ 5 มีนาคม 2561 สถานที่ รพ.จตุรพักตรพิมาน วัสดุอุปกรณ์ -กระดาษ/เครื่องเขียน -กล่องถ้ำรูป -สมุดบันทึก งบประมาณ ออาหารว่างและเครื่องดื่ม	ตัวชี้วัด/การประเมินผล -ผู้ร่วมการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	ผลที่คาดว่าจะได้รับ -ผู้ร่วมการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	ผู้รับผิดชอบ -ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย

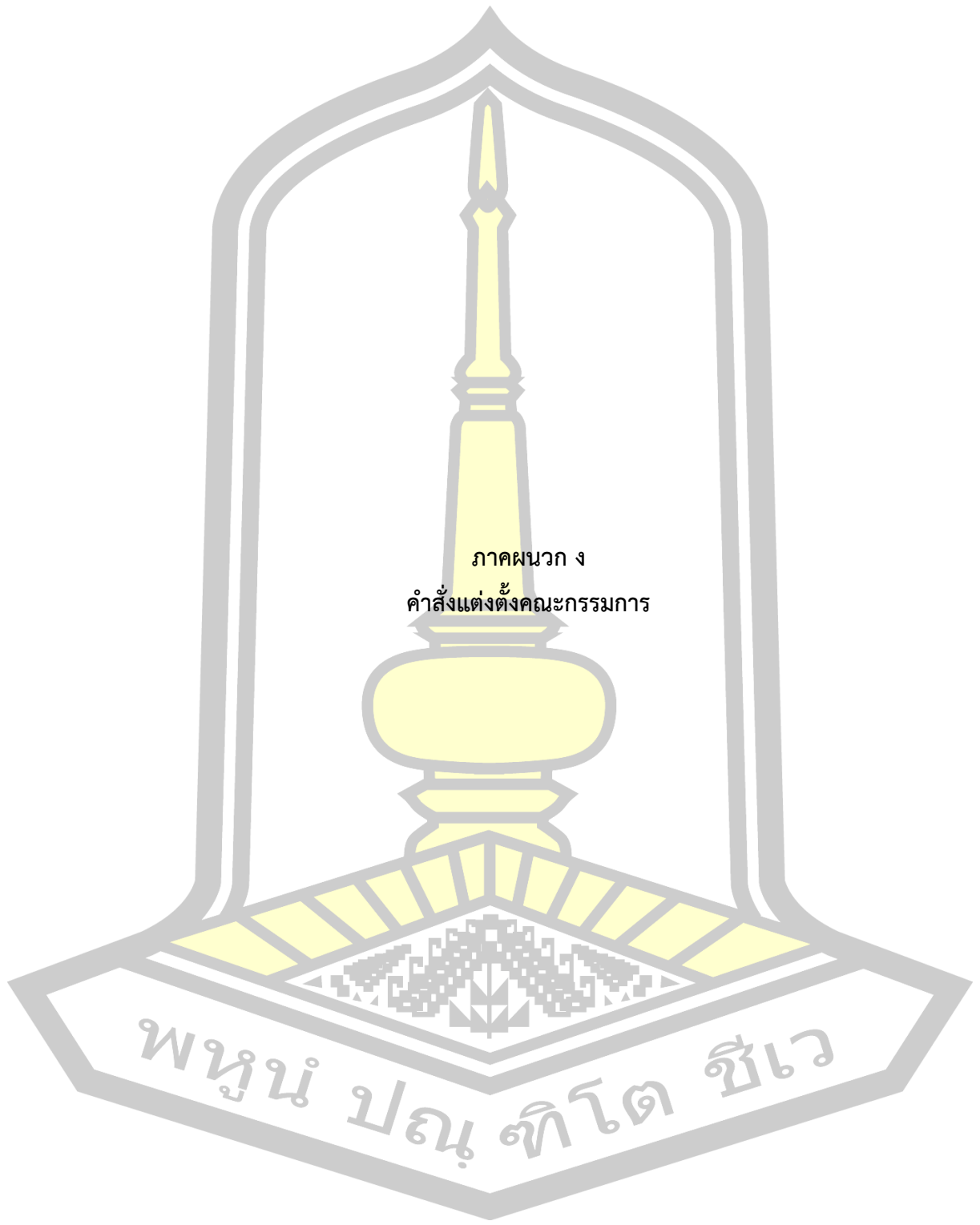
วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3 ร่วมมือในการจัดทำเอกสาร วัตถุประสงค์ - เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการพัฒนาเครื่องมือ เอกสาร แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป้าหมาย - กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการวิจัย	- ส่งเสริมให้ผู้ร่วมวิจัยช่วยกันในการจัดทำเอกสาร	ระยะเวลา - วันที่ 6-30 มีนาคม 2561 สถานที่ 1.รพ.จตุรพักตรพิมาน 2.รพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง วัสดุอุปกรณ์ - กระดาษ/เครื่องเขียน - กล้องถ่ายรูป งบประมาณ - ไม่มี	- จำนวนเอกสารที่ได้	- ได้เอกสาร และแบบฟอร์มต่างๆ เพื่อตามข้อกำหนดของมาตรฐาน	- ผู้วิจัย

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4 ตั้งกลุ่มไลน์ (line) เพื่อเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร วัตถุประสงค์ - เพื่อเพิ่มช่องทางในการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน เป้าหมาย - กลุ่มตัวอย่างที่รวมในการวิจัย	-จัดตั้งกลุ่มไลน์ “พัฒนาคุณภาพ Lab จตุร” เพื่อเป็นช่องทางในการประสานงาน รวมถึงเพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนาคูณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	ระยะเวลา -วันที่ 1 มีนาคม 2561 สถานที่ รพ.จตุรพักตรพิมาน วัสดุอุปกรณ์ -ไม่มี งบประมาณ -ไม่มี	-จำนวนกลุ่ม line -จำนวนผู้เข้าร่วมในกลุ่ม Line	-ผู้เข้าร่วมในกลุ่ม Line ใช้ช่องทางนี้ในการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานการค้าเงินงาน	-ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>ออกนิเทศติดตามในหน่วยงานหรือจุดบริการที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>- เพื่อติดตามการดำเนินงาน ภายหลังจากการจัดประชุมให้ความรู้ และร่วมมือกันในการจัดทำคู่มือ รวมถึงเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อค้นหาปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน และให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ</p>	<p>ดำเนินการดำเนินงาน</p> <p>- เพื่อติดตามการดำเนินงาน ภายหลังจากการจัดประชุมให้ความรู้ และร่วมมือกันในการจัดทำคู่มือ รวมถึงเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด เพื่อค้นหาปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน และให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>- วันที่ 23- 27 เมษายน 2561</p> <p>สถานที่</p> <p>รพ.สต.ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>- แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม</p> <p>- กล้องถ่ายรูป</p> <p>- สมุดบันทึก</p> <p>งบประมาณ</p> <p>- ไม่มี</p>	<p>-จำนวน รพ.สต.ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด</p>	<p>-รพ.สต.ทุกแห่งปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด</p>	

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
<p>3. ชั้นสังเกต(Observe)</p> <p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>1.สังเกตการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ใน รพ.สต.ผ่านการประเมิน ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว</p>	<p>ดำเนินงาน</p> <p>1. ลงพื้นที่สังเกตผลที่เกิดขึ้นและบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามแผนในพื้นที่วิจัย</p> <p>2. เข้าร่วมกิจกรรมที่เกิดจากแผน</p> <p>3. สังเกตโดยการประเมินด้านความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และผลการทำงานของตนเองตามระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</p>	<p>ระยะเวลา</p> <p>-เดือนมกราคม-พฤษภาคม 2561</p> <p>สถานที่</p> <p>-รพ.จตุรพักตรพิมาน</p> <p>-รพ.สต. 12 แห่ง</p> <p>วัสดุอุปกรณ์</p> <p>-กล้องถ่ายรูป -สมุดบันทึก</p> <p>-แบบประเมินด้านความรู้</p> <p>การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ</p> <p>-แบบประเมินตนเองตามระบบคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</p>	<p>-ระดับความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ในการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>-ผลการประเมินตนเองตามระบบคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</p>	<p>-ทราบผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>-ทราบผลลัพธ์ที่มีผลต่อการคุณภาพ</p> <p>ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>รพ.สต.ติดดาว</p>	<p>-ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย</p>

วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย	ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/วัสดุอุปกรณ์/งบประมาณ	ตัวชี้วัด/การประเมินผล	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
วัตถุประสงค์/กลุ่มเป้าหมาย 4. <u>ขั้นสะท้อนผล(Reflect)</u> - สรุปผลการดำเนินงาน - วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ - ถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสรุปกิจกรรมและขั้นตอนของการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมด 2. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน 3. เพื่อศึกษากระบวนการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เป้าหมาย - ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ใน รพ.สต. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว	ดำเนินงาน 1. ประชุมสรุปและถอดบทเรียน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน 2. ทบทวนกิจกรรมทั้งหมด 3. สรุปขั้นตอนและกระบวนการทั้งหมด 4. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินงานสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จ/สิ่งที่ทำให้ไม่สำเร็จและสิ่งที่ควรนำไปปรับปรุงแก้ไข	ระยะเวลา - เดือน พฤษภาคม 2561 สถานที่ - รพ. จตุรพักตรพิมาน วัสดุอุปกรณ์ - กล้องถ่ายรูป - สมุดบันทึก งบประมาณ - เครื่องดื่ม/อาหารว่าง	- จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม - การบันทึกภาพ - การจัดบันทึกกิจกรรม	1. ทราบกิจกรรมและขั้นตอนของกรปฏิบัติกรทั้งหมด 2. ทราบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม 3. ได้กระบวนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว	- ผู้วิจัยและ ผู้ช่วยนักวิจัย



ภาคผนวก ง
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



คำสั่งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
ที่...๒.../๒๕๖๑
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

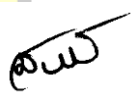
ด้วยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอมิแนวทางในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน และแนวทางการพัฒนางานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การจัดการบริการสุขภาพในอำเภอจตุรพักตรพิมาน มีคุณภาพมาตรฐาน และมีการส่งมอบบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสะดวกและรวดเร็ว จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ดังนี้

- | | | | |
|-----|--------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| ๑. | นายประชาญ เจริญถนอม | ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ | ประธานกรรมการ |
| ๒. | นางปราจิต พันธุ์พานิชย์ | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๓. | นางสุจิตร์ แพนศรี | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๔. | นางเพ็ญนภา ปัญญา | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๕. | นางแพรชมพูน สุขณะล้ำ | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๖. | นางสาวปารณีย์ ใจธรรม | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๗. | นางนันทิชาพร แก้วจันทร์ | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๘. | นางสุจิตรา ปินะเต | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๙. | น.ส.มะลิวัลย์ สุทธิประภา | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๑๐. | นางสาวภาวดี ทิโต | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๑๑. | นางกุลิสรา พิษสิงห์ | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๑๒. | นางวันวิสา เอกรักษา | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๑๓. | น.ส.รัตติกาล ภูมิเขตร์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๑๔. | น.ส.กุศลาสัย สุระอามาตย์ | ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ/เลขานุการ |
| ๑๕. | นางสาว วราภรณ์ ชัยโชติ | ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ | ผู้ช่วยเลขานุการ |

มีหน้าที่

๑. กำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๒. เป็นที่ปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำแผนการดำเนินงาน
๓. กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
๔. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

สั่ง ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายสุพัชร์ศักย์ พันธุ์ศิลา)

ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ



พหุ ประ โท ชีเว



คำสั่งโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

ที่..๑๒๓...../๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งที่ปรึกษาวิชาการด้านการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวนั้น ทั้งนี้ตามมาตรฐานได้กำหนดให้หน่วยงานที่มีการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ทุกแห่งในประเทศไทย ต้องมีการจัดตั้งระบบคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน ซึ่งในหมวดที่ ๑ ด้านบุคลากรกำหนดให้มีที่ปรึกษาทางด้านวิชาการสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ดังนั้นจึงขอแต่งตั้ง ทนพญ.กุศลาสัย สุราอามาศย์ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน หมายเลขติดต่อ ๐๔๓-๕๖๑๒๐๘ เป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการสำหรับ รพ.สต.ดงแดง ตำบลดงแดง โดยมีหน้าที่ เพื่อพิจารณาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ หรือเทคนิคทางด้านวิชาการเกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์ รวมถึงการเลือกทรายการทดสอบ การเลือกวิธีวิเคราะห์ เป็นต้น

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

พูน ฝน ลก โต ชีเว

สั่ง ณ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๑

นายสุพัชร์ศักย์ พันธุ์ศิลา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน



คำสั่งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน
ที่ ๑๖๗ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข เขต จังหวัด ได้มีนโยบายและเล็งเห็นความสำคัญ ในการพัฒนา ศักยภาพการจัดการบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนา คุณภาพการบริการ การบริหารจัดการ โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ๕ ดาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพมาตรฐานการประเมิน ๕ ดาว ๕ ดี จะ ทำให้หน่วยบริการมีคุณภาพ บุคลากรมีความสุข และให้ประชาชนได้รับบริการที่อย่างทั่วถึง อำเภอจตุร พักตรพิมาน จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ดังนี้

- | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------------|
| ๑. นายสำรวม จำปาพันธ์ | สาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน | ประธานกรรมการ |
| ๒. นายยุทธพันธ์ จุลรัตน์ | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล รพ. จตุรพักตรพิมาน | รองประธานกรรมการ |
| ๓. นายนันตศักดิ์ เศษสุวรรณ | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน | กรรมการ |
| ๔. นางประดับ สังฆะมณี | หัวหน้ากลุ่มงานการจัดการ รพ. จตุรพักตรพิมาน | กรรมการ |
| ๕. นางอุมาพร คงสกุล | หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม รพ. จตุรพักตรพิมาน | กรรมการ |
| ๖. นางวิภาพร ลุดมะ | หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม รพ. จตุรพักตรพิมาน | กรรมการ |
| ๗. นางสาวกุศลาลัย สุราอามาตย์ | หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการ | กรรมการ |
| ๘. นายยุทธนา มือโย | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการ |
| ๙. นางสุปราณี มือโย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๑๐. นายประชาญ เจริญถนอม | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๑. นางบุษบง พิธิสิงห์ | หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๒. นายพลพะ พลวุฒิ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วย
เลขานุการ |

บทบาทหน้าที่

๑. ประเมินรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว ระดับอำเภอ
 ๒. ให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงในการเตรียมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว รับการ ประกวดระดับโซน
 ๓. สรุปผลการประเมินส่งคณะกรรมการระดับจังหวัด
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ลิน

(นายสุพัทธ์ศักดิ์ พันธุ์ศิลา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน

ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข อำเภอจตุรพักตรพิมาน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวกุศลาสัย สุราอามาตย์
วันเกิด	วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2515
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 57 หมู่ที่ 16 ตำบลสะอาดสมบูรณ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน ตำบลหัวช้าง อำเภอจตุรพักพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45180
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2533 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีศึกษาร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทีโตะ ชีเว