

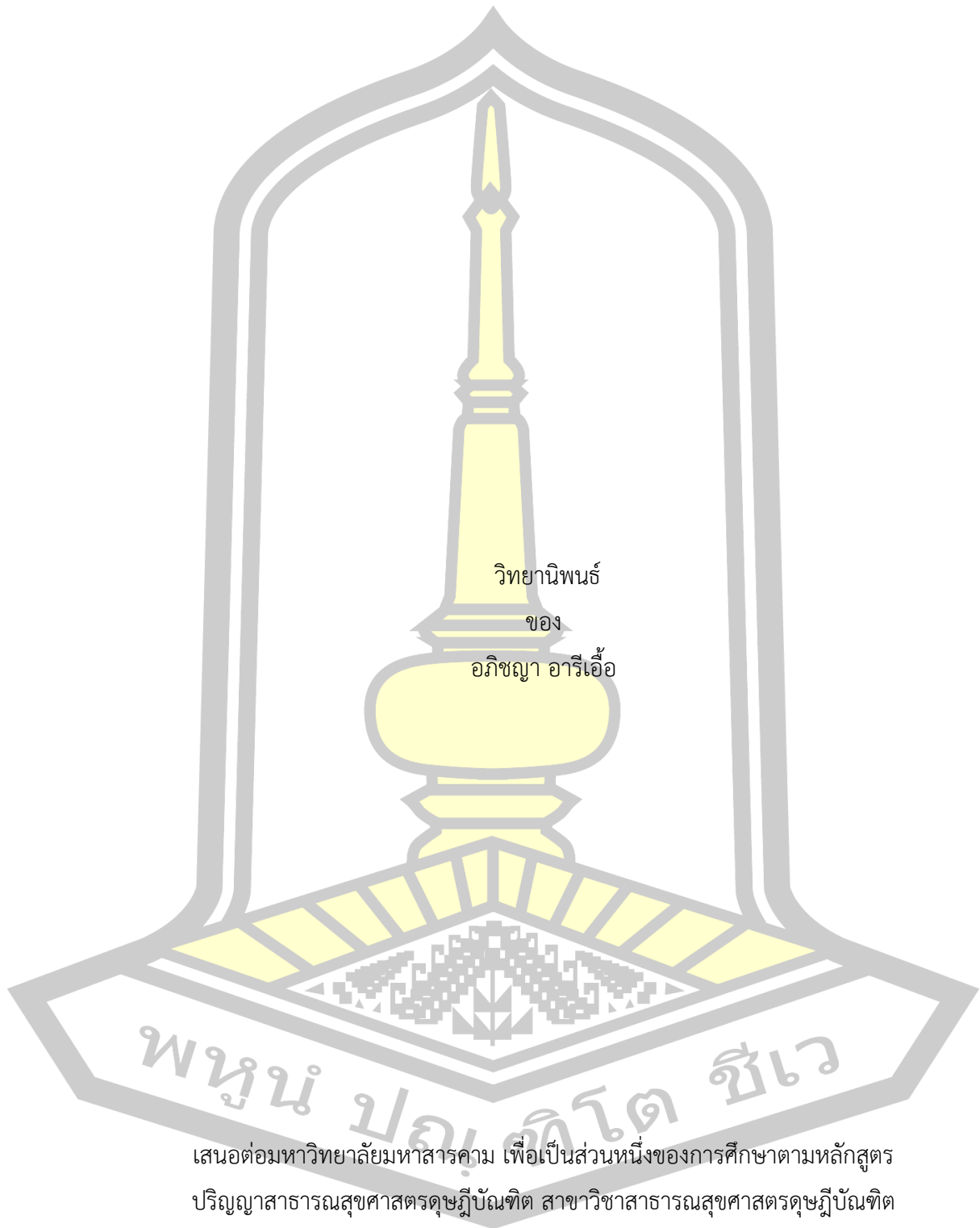
รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิทยานิพนธ์  
ของ  
อภิชนา อารีเอื้อ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
มกราคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

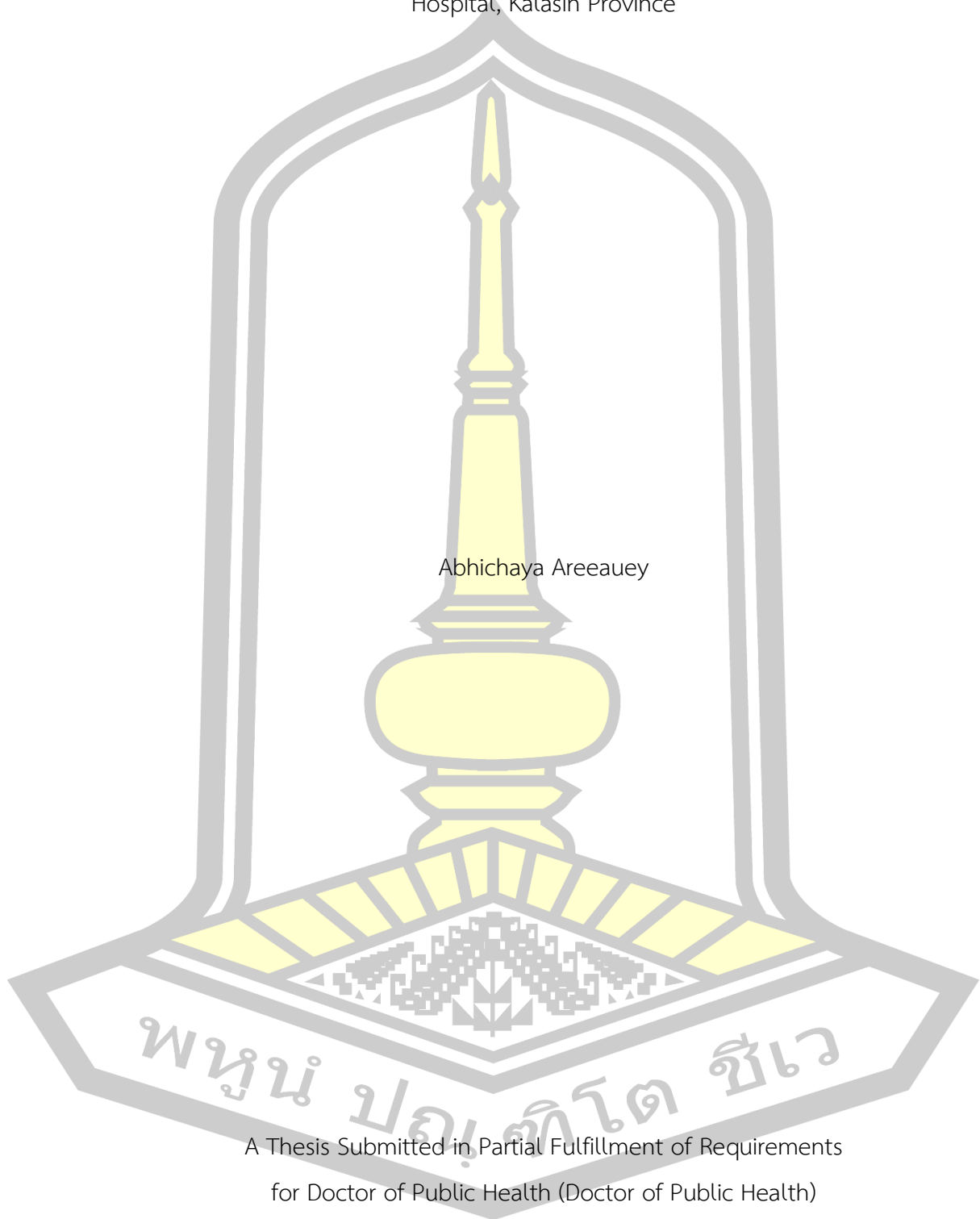


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มกราคม 2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Quality Hospital Improvement Model for Sustainable Quality Hospital in Kalasin  
Hospital, Kalasin Province



Abhichaya Areeauey

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

January 2021

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวอภิญา อารีเอื้อ แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. บัवरุณ ศรีชัยกุล )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ )

กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต )

กรรมการ

(ผศ. ดร. สุณิรัตน์ ยิ่งยืน )

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร )

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กิรินทร์ ชัยมุล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์		
ผู้วิจัย	อภิชนา อารีเอื้อ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล รองศาสตราจารย์ ดร. บั้วรณ ศรีชัยกุล อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2564

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มเป้าหมายการวิจัย เป็นบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จำนวน 500 คน การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1) วิเคราะห์บริบทและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ดำรงและรักษาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ระยะที่ 2) พัฒนาระบบการจัดการ ดำรง รักษาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ระยะที่ 3) ประเมินผลรูปแบบการจัดการ ดำรง รักษาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2562-กันยายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน Paired t-test และ Multiple logistic regression วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะที่ 1 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลได้แก่ ตัวแปรด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ OR=3.35 (95%CI=2.74-3.97) การจัดการ กระบวนการภายในองค์กร OR=7.36 (95%CI=1.93-28.02) การทำงานเป็นทีมและสนับสนุนจาก องค์กร OR=6.17 (95%CI=1.42-26.74) และการมีระบบรายงานที่ดี OR=3.35 (95%CI=2.74- 39.72) โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาระยะที่ 2 โดยการ ใช้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพสู่ความยั่งยืนคือ 2S2PA Model นั่นคือ มีการจัดโครงสร้างที่ดี การวางกลยุทธ์ที่ดี การมีความเชี่ยวชาญ มีระบบการจัดการที่ดี

และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาระยะที่ 3 ทำการประเมินผล 2S2PA Model ที่ค้นพบ โดยประยุกต์แนวคิดการประเมินผลของ CIPP Model พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับการดำรงและรักษาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยจะต้องมีการจัดสภาพแวดล้อมและปัจจัยนำเข้าที่เหมาะสม ดำเนินกระบวนการอย่างเป็นระบบ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการพัฒนาที่ดี เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน เกิดจากการค้นพบปัจจัยที่สำคัญ แล้วนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมทุกระดับ และมีความชัดเจนในการจัดการเรียนรู้ไปพร้อมกับการทำงานอย่างเป็นระบบ ประกอบกับมีระบบการกำกับดูแลที่ดี ส่งผลให้เกิดการดำรงรักษาและพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, รูปแบบการพัฒนาที่ยั่งยืน, ระบบการจัดการคุณภาพที่ดี, ธรรมนูญสถาบันด้านสุขภาพ



<b>TITLE</b>	The Quality Hospital Improvement Model for Sustainable Quality Hospital in Kalasin Hospital, Kalasin Province		
<b>AUTHOR</b>	Abhichaya Areaeuey		
<b>ADVISORS</b>	Associate Professor Songkramchai Leetongdeesakul , Ph.D. Associate Professor Buavaroon Srichaikul , Ph.D. Surasak Thiabrithi , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Doctor of Public Health	<b>MAJOR</b>	Doctor of Public Health
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2021

### ABSTRACT

This mix methods research aimed to explore the managerial development models for a sustainable quality hospital in Kalasin Hospital, Kalasin Province, Thailand. The target group as staff of Kalasin hospital were selected by stratified sampling technique as 500 samples. The research processes were divided into three phases: phase 1) context analysis and finding key factors that relate to continuous and sustainable quality hospital, phase 2) develop to the managerial model and mechanisms for continuous and sustainable quality hospital, and phase 3) Evaluation of the managerial model for maintenance and sustainable quality hospital. Both quantitative and qualitative data were collected during November 2019 - September 2020. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. The inferential statistics were used such as Pearson's Correlation Coefficient, Paired t -test and Multiple Logistic Regression. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results of the phase 1 was found that factors related to the quality improvement in the hospital were included 1) learning organization and continuous improvement as OR = 3.35 (95% CI = 2.74-3.97), 2). Internal organizations process as OR = 7.36 (95% CI = 1.93-28.02) and 3) teamwork and organizational support as OR =

6.17 (95% CI = 1.42-26.74) and reporting and information systems as OR = 3.35 (95% CI = 2.74-39.72) those related with the quality hospital improvement with statistically significant (p-value <0.05). In the second phase, the study was revealed that the development model for sustainable quality hospital by using the 2 cycle of action research process to explore a model for sustainable quality hospital, it was called the 2S2PA Model, that comprised, an organizational structuring well, participatory for strategies, well professionally action, good management processes with continuously assessment. As a result, the hospital quality accreditation of Kalasin hospital has been achieved an important of quality assurance results in all aspects. In Phase 3, the 2S2PA model was evaluated by applying a systematic assessment concept based on the CIPP Model. It was found that the model could complement the internal management system to maintain and improve the quality hospital, it can provide supportive environment that reinforces the contexts of the hospital. In aspect of inputs and processes were suitable arranged with systematically arrangement, and results of quality improvement was successfully with a continuous development for further sustainable development.

In summary, the development model for sustainable quality hospital derive from the finding of important factors including clearly goals, good management with supportive system at all levels. This leads to a 2S2PA model that emerges from creative cooperation from participants and was leading through learning and practicing together as well, continuous strategy and good governance system. Those are resulting in the maintenance and sustainable development of the quality hospital.

Keyword : Good Quality Management System, Governance in Health Care, Hospital Quality Development, Sustainable Development Model



## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.บัวรุณ ศรีชัยกุล และ อาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึง ความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ พญ.ขวัญพจน์ สดใส ผู้เยี่ยมชม รักษาสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล อาจารย์ ดร. สุทินชนะบุญ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อาจารย์ ดร. สุทธินันท์ สระทองหน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ วิจัยรวมถึงขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทุกท่านที่ ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัย ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไป ด้วยดี อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึง ขอมอบส่วนดี ทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็น ประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและขอมอบความกตัญญูกตเวทิตาคุณ แต่บิดา มารดา และผู้มี พระคุณทุก ท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียง ผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟัง คำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ใน การพัฒนางานวิจัยต่อไป

อภิขญา อารีเอื้อ

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 แนวคิด การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล.....	10
2.2 แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน.....	27
2.3 มาตรฐาน HA.....	32
2.4 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข.....	39
2.5 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR).....	43
2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	48

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	64
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
3.4 วิธีสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	73
3.5 วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
3.6 เกณฑ์การให้คะแนน และการจัดการข้อมูล.....	77
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
3.8 จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย.....	80
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	82
4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน.....	82
4.2 ระยะที่ 2 การค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.....	98
4.3 ระยะที่ 3 สร้างรูปแบบและ การประเมินผล.....	161
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	181
5.1 สรุปผล.....	181
5.2 อภิปรายผล.....	186
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	191
บรรณานุกรม.....	193
ภาคผนวก.....	200
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	201

ภาคผนวก ข หนังสือรับรอง การขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ .....	207
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	210
ภาคผนวก ง การทดสอบ ความตรงของเนื้อหา IOC การทดสอบค่า Reliability analysis ด้วยวิธี สัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach ค่าความเที่ยง Reliability.....	225
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาล ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรม บริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	243
ภาคผนวก ฉ ภาพประกอบกิจกรรม และรายละเอียดโครงการ กิจกรรม ของ การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ .....	255
ประวัติผู้เขียน.....	297



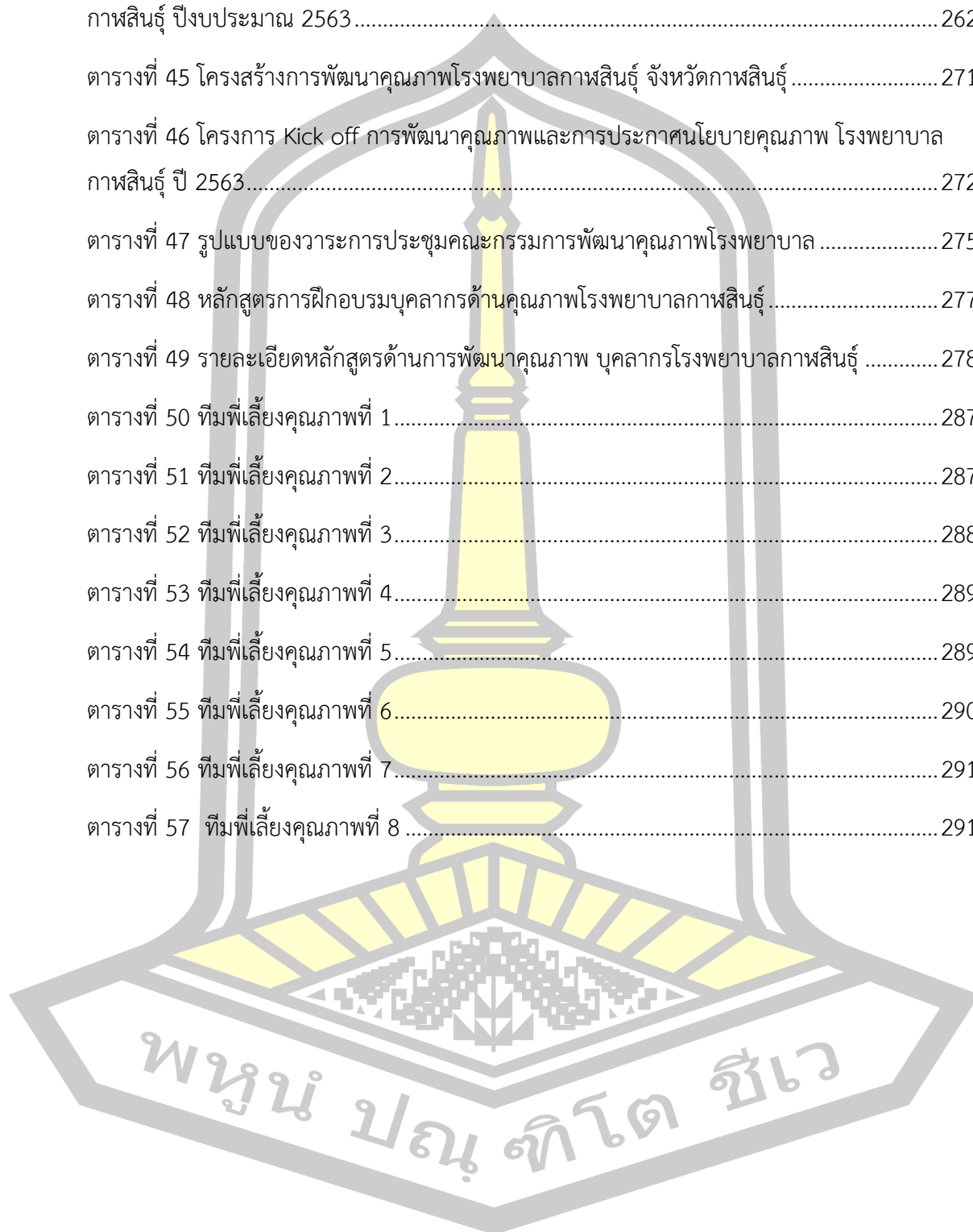
## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามการบริหาร และลักษณะงาน.....	24
ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์แยกตามสาขาวิชาชีพ แยกตามสาขาวิชาชีพแพทย์ .....	24
ตารางที่ 3 บุคลากรสาขาอื่นๆ.....	25
ตารางที่ 4 การประมาณค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา.....	68
ตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร.....	70
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล ทั่วไป (n=500).....	83
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ.....	86
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำแนกตามหมวดการพัฒนาคุณภาพ.....	89
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายชื่อ.....	90
ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในภาพรวม.....	95
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความปลอดภัย ของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	96
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์จุดจุดแข็งและจุดอ่อนที่เป็นโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล.....	100
ตารางที่ 13 โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัด กาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563.....	106
ตารางที่ 14 รูปแบบของวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	109

ตารางที่ 15 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล กาฬสินธุ์.....	112
ตารางที่ 16 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ (ต่อ) .....	113
ตารางที่ 17 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ (ต่อ) .....	114
ตารางที่ 18 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ (ต่อ) .....	115
ตารางที่ 19 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ (ต่อ) .....	116
ตารางที่ 20 แสดงข้อมูลร้อยละของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n=42) .....	120
ตารางที่ 21 สรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา แยกประเด็นในส่วนของข้อดีของโปรแกรมเดิม และ ข้อจำกัดของโปรแกรมเดิม.....	122
ตารางที่ 22 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ของ ทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน.....	131
ตารางที่ 23 ผลการตามรอยด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ.....	136
ตารางที่ 24 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความ เสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=245).....	138
ตารางที่ 25 แสดงค่าเฉลี่ย ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการใช้งานบริหารความเสี่ยงของ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รายด้าน.....	140
ตารางที่ 26 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความทันเวลาในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ ความเสี่ยง ของโปรแกรมเดิม เมื่อเทียบกับโปรแกรมใหม่ .....	140
ตารางที่ 27 แสดงร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวชี้วัด 2P Safetyที่ได้รับการ ตอบสนอง ของโปรแกรมเดิม เมื่อเทียบกับโปรแกรมใหม่ .....	141
ตารางที่ 28 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยง การตอบสนองต่อ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และร้อยละตัวชี้วัดด้าน 2P Safety ที่ได้รับการตอบสนอง ของโปรแกรมเดิม เมื่อเทียบกับโปรแกรมใหม่.....	142

ตารางที่ 29 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน (n = 245) ....	157
ตารางที่ 30 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ในเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน (n = 245) ....	158
ตารางที่ 31 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละด้าน ของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	158
ตารางที่ 32 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้เรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	159
ตารางที่ 33 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย ของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ก่อนการมีรูปแบบและหลังการมี รูปแบบในการพัฒนา (n=500).....	164
ตารางที่ 34 มาตรฐานตอนที่1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร .....	166
ตารางที่ 35 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล.....	169
ตารางที่ 36 ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย.....	176
ตารางที่ 37 ตอนที่ IV ผลลัพธ์ขององค์กร .....	179
ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล (n=500).....	244
ตารางที่ 39 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ.....	246
ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายชื่อ .....	249
ตารางที่ 41 ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	253
ตารางที่ 42 คณะกรรมการด้านอำนวยการ บริหาร และกำกับติดตามงานคุณภาพ และบทบาทหน้าที่ .....	256
ตารางที่ 43 คณะกรรมการที่มพัฒนาระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และบทบาทหน้าที่	257

ตารางที่ 44 โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563.....	262
ตารางที่ 45 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	271
ตารางที่ 46 โครงการ Kick off การพัฒนาคุณภาพและการประกาศนโยบายคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563.....	272
ตารางที่ 47 รูปแบบของวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล .....	275
ตารางที่ 48 หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรด้านคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	277
ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ .....	278
ตารางที่ 50 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 1.....	287
ตารางที่ 51 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 2.....	287
ตารางที่ 52 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 3.....	288
ตารางที่ 53 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 4.....	289
ตารางที่ 54 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 5.....	289
ตารางที่ 55 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 6.....	290
ตารางที่ 56 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 7.....	291
ตารางที่ 57 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 8.....	291





## สารบัญรูปรภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 วงจร PDCA (อ้างอิงจาก NPC Safety and Environmental service, 2554) .....	14
รูปภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ด้านไตรศาสตร์คุณภาพของจูราน (กิตติศักดิ์ พลอยพานิชย์เจริญ, 2551)18	18
รูปภาพที่ 3 McKinsey 7-S Framework ,1980 .....	20
รูปภาพที่ 4 องค์ประกอบของการพัฒนาที่ยั่งยืน .....	29
รูปภาพที่ 5 การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ, สรพ.2561 ....	36
รูปภาพที่ 6 ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ, สรพ.2561 .....	36
รูปภาพที่ 7 ภาพองค์ประกอบทั้งหก ของระบบสุขภาพ.....	40
รูปภาพที่ 8 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน.....	46
รูปภาพที่ 9 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (2).....	46
รูปภาพที่ 10 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (3).....	47
รูปภาพที่ 11 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (4).....	47
รูปภาพที่ 12 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (5).....	48
รูปภาพที่ 13 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (6).....	48
รูปภาพที่ 14 Simple Action Research Model (Maclsaac, 1995).....	51
รูปภาพที่ 15 กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน .....	63
รูปภาพที่ 16 The Convergent parallel (Creswell & Clark, 2013).....	65
รูปภาพที่ 17 หน้าจอการเข้าระบบรายงานความเสี่ยง .....	126
รูปภาพที่ 18 หน้าจอการเข้า Log in.....	127
รูปภาพที่ 19 หน้าจอ Alert.....	127
รูปภาพที่ 20 หน้าจอรายงานความเสี่ยง.....	128
รูปภาพที่ 21 แสดงหน้าจอบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง.....	128

รูปภาพที่ 22 ภาพ Flow ระบบบริหารความเสี่ยง.....	129
รูปภาพที่ 23 กระบวนการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	133
รูปภาพที่ 24 ระบบการแจ้งเตือนอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านไลน์มือถือ.....	154
รูปภาพที่ 25 MODEL 2S2PA.....	162
รูปภาพที่ 26 ภาพประกอบโครงการ การประชุมวางแผน และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนา คุณภาพ.....	256
รูปภาพที่ 27 ภาพนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	273
รูปภาพที่ 28 ภาพโลโก้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	273
รูปภาพที่ 29 ภาพเส้นทางมอบนโยบายคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	274
รูปภาพที่ 30 ภาพไลน์กลุ่มการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.....	274
รูปภาพที่ 31 ภาพประชุมพัฒนาความรู้บุคลากร 2P Safety.....	295
รูปภาพที่ 32 ภาพการจัดทำ Risk Profile หน่วยงาน.....	295
รูปภาพที่ 33 ภาพประชุมจัดทำแฟ้มเอกสารความเสี่ยง.....	295
รูปภาพที่ 34 ภาพการประชุมโปรแกรมความเสี่ยง.....	296



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 หลักการและเหตุผล

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDG) เป็นเป้าหมายที่สำคัญ ของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติที่องค์การสหประชาชาติและประเทศในภาคีเครือข่ายได้ร่วมกัน กำหนดเพื่อเป็นเป้าหมายสำคัญครอบคลุมในระยะเวลา 15 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 ถึง ปี พ.ศ. 2573 โดยมีมิติแห่งการพัฒนาที่เชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ในเป้าหมายสำคัญ 17 เป้าหมาย (เฉลิมเกียรติ แก้วหอม, 2555) เป้าหมายที่สำคัญด้านการมีสุขภาพดี (Good health) เน้น การพัฒนาเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและมั่นคง ทางด้านคุณภาพในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาคุณภาพจึงเป็นทั้งเป้าหมาย และวิธีการของการจัดการสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2561) ประกอบกับองค์ประกอบของระบบสุขภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวถึง ระบบสุขภาพสำคัญหกประการหรือ The Six Building Blocks (6BBs) มีการวางเป้าหมายที่สำคัญ ตามลำดับความสำคัญที่เริ่มจาก 1) การสร้างการเข้าถึงทางสุขภาพ (Accessibility) 2) การสร้าง ความครอบคลุม (Coverage) และ 3) คุณภาพ (Quality) เป็นเป้าหมายสำคัญ เพื่อมุ่งสู่ 4) การสร้าง ความปลอดภัย (Safety) ในที่สุด (World Health Organization, 2007) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานในทุกองค์กรและทุกกิจกรรมทางสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ สถาน พยาบาลหรือโรงพยาบาล จึงมีเป้าหมายด้านคุณภาพกำหนดไว้อยู่เสมอ เพื่อเป็นหลักประกันความ มั่นใจของผู้รับบริการต่อการจัดการบริการที่ส่งมอบให้ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2561) ด้วยเหตุนี้ ในแต่ละ ประเทศจึงจำเป็นต้องมีองค์กรและหน่วยงานที่เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพและรับรอง คุณภาพ (Accreditation) ของสถานพยาบาลเพื่อเป็นการยืนยันหรือรับรองว่า สถานพยาบาลหรือ โรงพยาบาลนั้นได้มาตรฐาน และสร้างความมั่นใจของผู้มารับบริการต่อสถานพยาบาลนั้น ๆ สำหรับ ในส่วนของประเทศไทยนั้น การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพได้เกิดและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน เช่นเดียวกับในระดับสากล (จารุวรรณ ธาดาเดช, 2556) โดยมีหลายองค์กรภายนอก สถานพยาบาล ที่ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการรับรองคุณภาพ อาทิเช่น การรับรองระบบการ บริหารจัดการองค์กรที่มีคุณภาพ หรือที่เรียกว่า ISO 9001 (International Organization for standardization ) (สถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ, 2018) หรือ มาตรฐาน JCI หรือ Joint

Commission International ซึ่งในปัจจุบัน พบว่าทั่วโลกมีสถานบริการที่ผ่านการรับรอง มาตรฐาน JCI แล้วมากกว่า 300 แห่ง จาก 39 ประเทศ และในประเทศไทยผ่านการรับรองแล้ว 53 แห่ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) และการรับรองที่สำคัญที่เป็นระบบของประเทศไทย คือ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ หรือ มาตรฐาน HA ซึ่งมีการกำหนดให้โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในประเทศไทย มีการนำมาใช้เป็นเครื่องมือหรือกลไกสำคัญ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และรับการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ จากสถาบันหรือองค์กรภายนอก ได้เข้ามาทำหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งในประเทศไทยได้เริ่มต้น จากการจัดตั้ง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ) ในสังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จนในที่สุดพัฒนามาเป็น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ) ที่มีฐานะเป็นองค์กรมหาชน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขไทยยังได้มีการวางนโยบาย และทิศทางการดำเนินงานที่มุ่งให้สถานบริการ มีการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมในหลายประการ หนึ่งในหลายประการที่สำคัญนั้นคือ การเร่งรัดพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและคุณภาพบริการในทุกระดับ มีเป้าหมายให้โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HAทุกโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข , 2561)

จากสถานการณ์ที่ผ่านมาของการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 มีโรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ทั้งสิ้น 938 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพ 777 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.83 ซึ่งโดยปกติจะมีระยะเวลาในการรับรองคุณภาพให้กับสถานพยาบาล 3 ปี โดยในปีดังกล่าว มีสถานพยาบาลที่ครบกำหนดการรับรองแล้ว 194 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.68 และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียด ในส่วนของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วนั้น พบว่ายังติดประเด็นการพัฒนาที่สำคัญ โรงพยาบาลชั้น 1 จำนวน 25 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชั้น 2 จำนวน 35 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลชั้น 3 จำนวน 65 โรงพยาบาล (กิตตินันท์ อรรถมณี, 2561) ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล ที่พบ คือ การขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ จากบุคลากรในองค์กรที่ขาดความรู้ความเข้าใจในงานคุณภาพ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรในตำแหน่งงานด้านคุณภาพ คนในองค์กรมีภาระงานที่มาก เกิดความเหนื่อยล้าจากภาระการให้บริการที่หนักหนาจากการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ในบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันงบประมาณการสนับสนุนด้านคุณภาพมีไม่เพียงพอ องค์กรส่วนใหญ่ขาดการกระตุ้นและแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ (อนวัธน์ ศุภชุตินกุล, 2556) ในขณะที่คุณภาพและความปลอดภัยเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพ รวมถึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน ถึงแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาของสถานพยาบาลในด้านคุณภาพเป็นอย่างมาก แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความเสี่ยงและความ

สูญเปล่าต่างๆ ตลอดจนข้อร้องเรียนต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา อันไม่สามารถทำให้แต่ละโรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพสามารถธำรงและรักษาคุณภาพไว้ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561)

โดยในมาตรฐานที่ทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) นำมาใช้ในประเมินเพื่อรับรองคุณภาพนั้น คือ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 (Hospital and Healthcare Standards 4<sup>th</sup> edition) โดยประกอบด้วย 4 ตอนด้วยกัน คือตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร ประกอบด้วย 6 ส่วนได้แก่ การนำ กลยุทธ์ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การวัดวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ กำลังคน และการปฏิบัติการ ตอนที่ 2 เป็นภาพรวมของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ทั้ง 9 ระบบ ได้แก่ การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ การกำกับดูแลวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน ตอนที่ 3 เป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 6 ขั้นตอน และตอนที่ 4 คือผลลัพธ์ขององค์กร ทั้ง 6 ด้าน โดยมีระดับคะแนนที่ใช้ในการประเมิน 5 ระดับ ตาม Scoring guideline 2018 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ,2561)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบบริการตาม Service plan ถูกจัดให้เป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไป ที่มีความรับผิดชอบจัดบริการเพื่อตอบสนองผู้มารับบริการทั้งจังหวัด ในแนวทางการจัดการบริการได้มีการพัฒนาคุณภาพและได้นำนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มีบริการเป็นเลิศ ตามวิสัยทัศน์ขององค์กรคือ เป็นองค์กรคุณภาพ ที่มีบริการเป็นเลิศ และมีระบบธรรมาภิบาล มีประเด็นยุทธศาสตร์ คือ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการให้ได้รับการรับรองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เป้าประสงค์คือโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA มีเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (คณะกรรมการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพเขตสุขภาพที่ 7, 2561) จากสถานการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพขององค์กรที่ผ่านมา โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน HA ในปี พ.ศ. 2560 และตามเกณฑ์ การประเมินเพื่อรับรองคุณภาพซ้ำตามมาตรฐาน HA (Re-accreditation) ซึ่งจะต้องเข้ารับการประเมินซ้ำในรอบปี พ.ศ. 2563 ที่จะถึงนี้ โดยในการประเมินเพื่อรับรองซ้ำที่ผ่านมาดังกล่าว โรงพยาบาลได้รับการประเมินให้ผ่านการรับรอง แบบมีเงื่อนไข กล่าวคือ ยังมีประเด็นการพัฒนาตามเกณฑ์ที่เคยผ่านการประเมินไปแล้ว พอเข้าสู่กระบวนการประเมินซ้ำพบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์บางประการ โดยติดประเด็นการพัฒนาในหมวดต่างๆ ดังนี้คือ ตอนที่ 1 ด้านกระบวนการ ด้านกำลังคน ด้านการวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ตอนที่ 2 ระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ ระบบสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย และตอนที่ 4

ผลลัพธ์ขององค์กร เป็นประเด็นเร่งด่วนที่ทางโรงพยาบาลจะต้องรีบแก้ไข ให้ความความก้าวหน้า ภายใน 3 เดือนก่อนที่จะเข้ารับการประเมินเพื่อพิจารณารับรอง โดยเฉพาะในระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร ใน โรงพยาบาล อันจะส่งผลต่อ ความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางการแพทย์ จากข้อมูล พบว่าระบบการรายงานอุบัติการณ์และความเสี่ยงน้อย ในปี พ.ศ. 2560 พบการรายงานอุบัติการณ์ 1456 เหตุการณ์ และปี พ.ศ. 2561 ลดลงเป็น 956 เหตุการณ์ แต่กลับพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับรุนแรงและไม่ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้น (ศูนย์ข้อมูลและเวชสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562) แสดงให้เห็นถึงเรื่องความปลอดภัยยังไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร โรงพยาบาลยังขาด ความต่อเนื่องในการพัฒนา ระบบการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ พบระบบการจัดการข้อมูล และสารสนเทศยังไม่เอื้อต่อการบรรลุยุทธศาสตร์ขององค์กร นอกจากนี้แล้วในประเด็นด้านการผลิต ผลงานวิจัย และนวัตกรรม ยังมีจำนวนลดลง ปี 2559-2561 52,32 และ 26 เรื่อง ตามลำดับ (ศูนย์ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562)ข้อเท็จจริงและผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยังไม่มีระบบการธำรงและ รักษาคุณภาพให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน แม้ว่ามีความพยายามอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ใน การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ แต่ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นเป็นประจักษ์พยานที่สำคัญที่แสดงให้เห็นว่า ระบบคุณภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนยังไม่ได้ถูกขับเคลื่อน และพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ปลูกฝังในองค์กร มิประเด็นที่เสี่ยงต่อการพัฒนาคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับ พื้นที่ จึงจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อธำรงและรักษา คุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล รวมทั้งการพัฒนากลไกหนุนเสริมภายในองค์กรให้เกิดการ พัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะนำไปสู่เป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป (จุฑารัตน์ ช่วยทวี และณิกานต์ทรงไทย, 2560) ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการค้นหา รูปแบบและแนวทางการพัฒนาเพื่อธำรงและรักษาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยหลักวิชาการและการ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ เพื่อสร้างรูปแบบและแนวทางที่เกิดจากการลงมือ ปฏิบัติจริงอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับผู้นำองค์กร ผู้บริหารทุกระดับ ตลอดจน ผู้ปฏิบัติงาน ในทุกสาขาวิชาชีพ มาสร้างและค้นหาแนวทางการพัฒนา ร่วมกัน เพื่อมุ่งสู่การธำรงและรักษาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนเป็นสิ่ง สำคัญที่องค์กรจะต้องมีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์และต่อเนื่องในรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบท ของพื้นที่ต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

กระบวนการในการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อการธำรงและรักษาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืนของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ควรเป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

### 1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบในการธำรงและรักษาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการธำรงและรักษาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบและธำรงรักษาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3.2.3 เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการธำรงและรักษาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ของ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

## 1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 สร้างระบบและกลไกการพัฒนาเพื่อการธำรงและรักษาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตามมาตรฐาน HA ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ของโรงพยาบาล

1.4.2 ค้นหาปัญหา และวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อการธำรงและรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ด้วยหลักวิชาการและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1.4.3 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยกระบวนการสร้างความร่วมมือในทุกกระดับ และสร้างความเป็นเจ้าของระบบคุณภาพอย่างแท้จริง

1.4.4 จัดทำข้อเสนอเชิงวิชาการเพื่อการธำรงและรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อการเรียนรู้ของเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้อง

## 1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการธำรงและรักษาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตามเป้าหมายโรงพยาบาลคุณภาพ อย่างยั่งยืนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยนำรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานของ Creswell & Clark (2013) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการวิจัย โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์และปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ

ขั้นที่ 1 ศึกษารายละเอียด วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนบริบทจากเอกสาร ทางวิชาการ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการธำรงคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ขั้นที่ 2 สร้างแบบสอบถาม เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในองค์กร โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากโปรแกรม Hospital Safety Culture Online จาก AHRQ สหรัฐอเมริกา เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

ขั้นที่ 3 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว ไปทดลองใช้ และนำไปเก็บข้อมูลกับบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ยั่งยืน

**ระยะที่ 2** การค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสม ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการวิจัย Action research เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการประชุมวางแผนร่วมกัน สะท้อนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ให้กับผู้บริหาร ทีมนำโรงพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติและรูปแบบสำหรับการที่ทำให้คุณภาพเกิดความยั่งยืนในองค์กร มีการบันทึกรายงานการประชุมจากการประชุมวางแผน ของ ผู้บริหารโรงพยาบาล 79 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 36 คน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 นำแนวทางปฏิบัติ และรูปแบบที่ได้ ลงสู่การปฏิบัติทั่วทั้งโรงพยาบาล ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน



ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูล ผลลัพธ์จากการประเมินกิจกรรม โครงการ และรูปแบบที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัด แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินคุณภาพ มาตรฐาน Scoring Guideline 2018 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนข้อมูลผลลัพธ์ ที่ได้กลับสู่เวทีคณะกรรมการบริหาร ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อร่วมกำหนดแนวทาง และการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ ในส่วนที่ยังเป็นปัญหา เพื่อดำเนินการต่อไป

### ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคุณภาพ ที่มีความยั่งยืนทำ การประเมินคุณภาพโดยใช้ กลไกการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล Internal survey จำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร ประเมินกระบวนการ (Process) ได้แก่ ประเมินข้อคะแนนจาก Scoring guideline ประเมินผลผลิตของระบบ (Output) โดยใช้ตัวชี้วัดงานด้านการพัฒนาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสรุป รายงานผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

### 1.5.1 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

#### 1.5.1.1 ประชากร

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในประชากรที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล กาศสินธุ์ จำแนกประชากรตามระยะของการวิจัย 3 ดังนี้

1) การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร คือ บุคลากร โรงพยาบาล กาศสินธุ์ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาศสินธุ์ ทุกกลุ่มวิชาชีพประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ และกลุ่มทีมสนับสนุนทั่วไป จำนวน 1,551 คน

2) การวิจัยระยะที่ 2 ประชากรของการวิจัยระยะนี้คือบุคลากรโรงพยาบาลกาศสินธุ์ ที่เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 79 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 36 คน รวม 115 คน

3) การวิจัยระยะที่ 3 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร คือ บุคลากร โรงพยาบาล กาศสินธุ์ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาศสินธุ์ ทุกกลุ่มวิชาชีพประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ และกลุ่มทีมสนับสนุนทั่วไป จำนวน 1,551 คน

### 1.5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือก วิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดตัวอย่างของการวิจัยเชิงปริมาณทั้งสิ้น 500 ตัวอย่าง และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และอย่างเป็นสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 คน

2) การวิจัยระยะที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจำนวน 79 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 36 คน รวมเป็น 115 คน

3) การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และอย่างเป็นสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 คน

### 1.5.2 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินงาน ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง เดือนกันยายน 2563

## 1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 **พัฒนาคุณภาพ** คือ การจัดระบบการทำงานขององค์กรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจสำหรับผู้รับบริการมากที่สุด

1.6.2 **มาตรฐาน HA** คือ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (Hospital and Healthcare Standards 4<sup>th</sup> edition) โดยประกอบด้วย 4 ตอนด้วยกัน คือตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร ประกอบด้วย 6 ส่วนได้แก่ การนำ กลยุทธ์ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ กำลังคน และการปฏิบัติการ ตอนที่ 2 เป็นภาพรวมของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ทั้ง 9 ระบบ ได้แก่ การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ การกำกับดูแลวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน ตอนที่ 3 เป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 6 ชั้นตอน และตอนที่ 4 คือผลลัพธ์ขององค์กร ทั้ง 6 ด้าน โดยมีระดับคะแนนที่ใช้ในการประเมิน 5 ระดับ ตาม Scoring guideline 2019

1.6.3 **ความต่อเนื่อง** คือ การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความเป็นไปได้

1.6.4 **ความยั่งยืน** คือ ความคงทนของระบบและกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สนองต่อความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาล และผู้มารับบริการ

1.6.5 **โรงพยาบาลกาฬสินธุ์** คือ โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และครอบคลุมประชาชนในเขตอำเภอเมือง และรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอีก 17 แห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีแพทย์เฉพาะทางหลักครบทุกสาขามีบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ จำนวน 1,551 คน โดยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีวิสัยทัศน์ คือ เป็นองค์กรคุณภาพ ที่มีบริการเป็นเลิศ และมีระบบธรรมาภิบาล

1.6.6 **รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ** คือ สิ่งที่กำหนดขึ้นโดยบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพขององค์กรทุกภาคส่วน โดยต้องมีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง และยั่งยืนในองค์กร

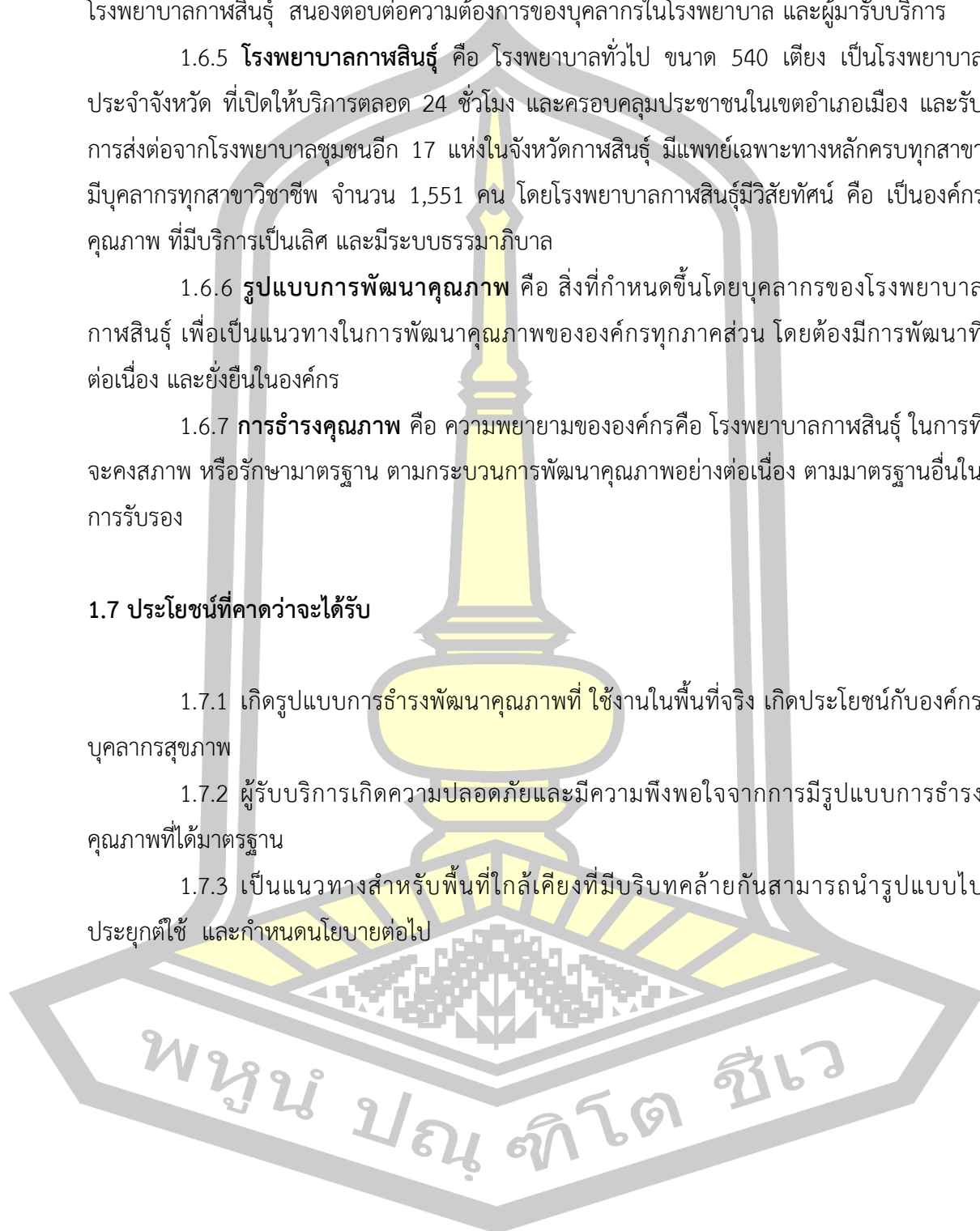
1.6.7 **การธำรงคุณภาพ** คือ ความพยายามขององค์กรคือ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในการที่จะคงสภาพ หรือรักษามาตรฐาน ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานอื่นในการรับรอง

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 เกิดรูปแบบการธำรงพัฒนาคุณภาพที่ ใช้งานในพื้นที่จริง เกิดประโยชน์กับองค์กรบุคลากรสุขภาพ

1.7.2 ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและมีความพึงพอใจจากการมีรูปแบบการธำรงคุณภาพที่ได้มาตรฐาน

1.7.3 เป็นแนวทางสำหรับพื้นที่ใกล้เคียงที่มีบริบทคล้ายกันสามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ และกำหนดนโยบายต่อไป



## บทที่ 2

### เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาและการธำรงคุณภาพ โรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งผู้ศึกษาได้มีการรวบรวม แนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด และงาน วิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้ คือ

- 2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.2 แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน
- 2.3 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (มาตรฐาน HA)
- 2.4 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2.5 การวิจัยแบบผสมผสาน
- 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 2.1 แนวคิด การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

#### 2.1.1 ความหมายของการพัฒนางานคุณภาพในองค์กร

การพัฒนาคุณภาพ หมายถึง ความพยายามอย่างมีแบบแผน และมีความต่อเนื่องเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั่วทั้งระบบ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของการทำงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร ซึ่งทั้งนี้ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารมี การใช้เครื่องมือและเทคนิคทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ และกระบวนการวิจัยเชิงแก้ไขเป็นแม่แบบ

คุณภาพ เป็นคำที่มีหลายความหมาย ซึ่งมีวิวัฒนาการ คือ ในยุคแรกๆ คุณภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับระบบการผลิต การพัฒนาผลิตภัณฑ์ ความหมายจึงสอดคล้องกับในเรื่องมาตรฐาน แต่ต่อมาความหมายมีกว้างขึ้น ซึ่งมีทั้งในเรื่องการผลิตและบริการ (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2551)

คุณภาพ (Quality) ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ ความหมาย ของคุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำตัวบุคคล หรือสิ่งของ โดยเน้น ระบบและการบริการคุณภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งลักษณะประจำของสิ่งของ(สินค้า/ผลิตภัณฑ์/บริการ) กับ เน้นระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (ให้ได้ลักษณะความดีของคน ลักษณะประจำของคนซึ่งเป็น ทรัพยากรบุคคล)

ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์ สรุปความความสอดคล้องความหมายของคุณภาพ ได้ 3 ด้าน

คือ

- 1) การเป็นไปตามมาตรฐานหรือข้อกำหนด
- 2) การสร้างความพอใจให้กับลูกค้า
- 3) มีต้นทุนการดำเนินงานที่เหมาะสม (ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์, 2545)

การพัฒนาคุณภาพ คือ การจัดระบบบริหาร และระบบการทำงาน ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน ซึ่งมุ่งเน้นในการทำงานที่มุ่งมั่น การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของลูกค้า มีการประกันคุณภาพ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพของสินค้า (Product Quality) หมายถึง ความสอดคล้องกันในข้อกำหนดมีความเหมาะสมในการใช้สอย และระดับของประโยชน์ตามคุณสมบัติของสินค้าที่ตอบสนอง ความต้องการ ซึ่งเกี่ยวกับ 3 เรื่อง คือ

- Grad (เกรด) หรือระดับของสินค้า
- Fitness for use คือ ความเหมาะสมต่อการใช้สอย
- Consistency คือ ความสม่ำเสมอในคุณสมบัติของสินค้านั้น ๆ

(สงครามชัย ลีทองดี, 2545)

คุณภาพบริการ (Service Quality) หมายถึง การมีความสอดคล้องในความต้องการของลูกค้า ระดับความสามารถของบริการในการตอบสนองความต้องการของลูกค้า และระดับความพึงพอใจของลูกค้า โดยมีวิวัฒนาการแบ่งเป็น 4 ยุค คือ

**ยุคที่ 1** มีความตรงตามมาตรฐาน (Fitness for standard) คือตรงตามที่ได้มีการออกแบบหรือกำหนดไว้

**ยุคที่ 2** ตรงกับประโยชน์ใช้สอย (Fitness for use) คือ มีความตรงกับการใช้งานของลูกค้า

**ยุคที่ 3** มีความเหมาะสมในเรื่องต้นทุนและราคา (Fitness for cost) คือเป็นราคาที่เหมาะสม คือคุณภาพสูงแต่ต้นทุนต่ำ

**ยุคที่ 4** ตรงตามความต้องการที่แฝงเร้นอยู่ (Fitness to Latent Requirement) คือตรงกับความต้องการของลูกค้า และเป็นสิ่งที่ลูกค้าคิดไม่ถึง (สงครามชัย ลีทองดี, 2545)

การพัฒนาคุณภาพบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้น การบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า ซึ่งนโยบายขององค์กรจึงต้องมีการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์นี้ โดยต้องมีการอธิบายถึงการออกแบบ การวางแผน และการควบคุมกระบวนการให้บริการ และการส่งมอบบริการ โดยกระบวนการตอบสนองความต้องการของลูกค้า จึงเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ ที่มี

หลักการและทฤษฎีหลายรูปแบบ โดยกระบวนการที่เป็นที่นิยมคือ กระบวนการ PDCA (กาญจนา ชินบุตร, 2545)

**สรุป** การพัฒนางานคุณภาพบริการในองค์กร คือ กระบวนการพัฒนาและบริหารจัดการงานที่ ต้องประกอบด้วยเรื่อง นโยบายคุณภาพ วัตถุประสงค์คุณภาพ การวางแผนงานคุณภาพ มีระบบการบริหารจัดการเชิงคุณภาพ การตรวจสอบประเมินผล และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่และสังคม ทั้งนี้โดยอาศัยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกทุกคนในองค์กร มีเป้าหมายคือความสำเร็จระยะยาวขององค์กร จากการสร้าง ความพึงพอใจให้กับลูกค้า และเอื้อประโยชน์ให้กับสมาชิกทุกคนในองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2556)

### 2.1.2 วิวัฒนาการและความเป็นมาของคุณภาพ

แนวคิดในเรื่องคุณภาพมีมาตั้งแต่สมัยโบราณกาล เช่น กรีก จีน อินเดีย อาณาจักรกรีก และโรมัน ซึ่งมนุษย์มักจะถูกอธิบาย โดยอาศัยลักษณะที่สืบทอดกันมา มนุษย์มีการสร้างเครื่องมือเพื่อการดำรงอยู่ และพัฒนามานานตั้งแต่ หินจนถึง เหล็กและได้มี ทฤษฎีที่ว่า การที่มนุษย์เริ่มมีเครื่องมือตัดหินได้นั้นมีต้นกำเนิดอยู่แอฟริกา เมื่อประมาณ 1.7 ล้านปีมาแล้ว ซึ่งเป็น การแสดงให้เห็นว่าบรรพบุรุษของเรามีความสนใจในเรื่องคุณภาพ อย่างน้อยก็เห็นได้ตรงเครื่องมือที่มนุษย์ได้สร้างขึ้นมา มนุษย์เราได้เรียนรู้สิ่งเหล่านี้มาเป็นเวลานาน ตั้งแต่เริ่มอุบัติขึ้นบนโลกแล้ว (Lean 4 SME, 2559) โดยมนุษย์ได้หยุดจากการเป็นเพียงผู้ล่าแต่อย่างเดียวแล้วหันมาเป็นผู้ผลิตด้วย โดยริเริ่มผลิตหรือ เพาะปลูกพืชพรรณธัญญาหารเมื่อประมาณ 10,000 ปีมาแล้ว จากประวัติศาสตร์ จะเห็นได้ว่ามนุษย์ได้มีการพัฒนาจากการหาอาหารพอเลี้ยงตัวเองมาสู่การค้าขาย โดยการค้าขายนี้เริ่มแรกก็คือการแลกเปลี่ยนข้าวของกัน วิธีการทางธุรกิจมีพัฒนาการมาเรื่อย ๆ พร้อม ๆ กับที่ได้พัฒนาการเดินทาง การขนส่ง จนในที่สุดก็ได้มีผู้คิดค้นเงินตราขึ้นมาเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการค้าในที่สุด และในช่วงเริ่มแรกก่อนที่จะมีการพัฒนา ทางด้านอุตสาหกรรมในประเทศอังกฤษ ก่อนศตวรรษที่ 19 ผู้ผลิตจะมีจำนวนน้อยราย ผู้บริโภค มีจำนวนมาก คุณภาพในช่วงแรก ๆ จึงถูกกำหนดโดยผู้ผลิตก็คือช่างฝีมือ เมื่อช่างฝีมือผลิตสินค้าจำนวนมาก ๆ มีประสบการณ์ในการผลิตมากขึ้นจึงได้กำหนดมาตรฐานของตนเองขึ้นมา งานผลิตในสมัยโบราณจะอาศัยทักษะของช่างฝีมือจึงมีการจารึกชื่อของช่างลงบนชิ้นงาน เช่น บนอาวุธ โลหะถ้าหากพบว่างาน ชิ้นไหนไม่ได้คุณภาพ ก็จะทำให้รู้ว่าใครเป็นผู้ผลิต (Lean 4 SME, 2559) ในช่วง ค.ศ. 1930 (พ.ศ. 2473) ได้เกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 มีความต้องการยุทโธปกรณ์ที่มีคุณภาพ ทางทหารจึงได้กำหนดคุณภาพขึ้นมาโดยใช้หลักทางสถิติซึ่งได้ตั้งมาตรฐานของทหาร ซึ่งเป็นจุดเริ่มแรกของการนำสถิติเข้ามาในการควบคุมคุณภาพ ดังเช่น ในปัจจุบัน

### 2.1.3 แนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญทางคุณภาพ (The Quality Gulus)

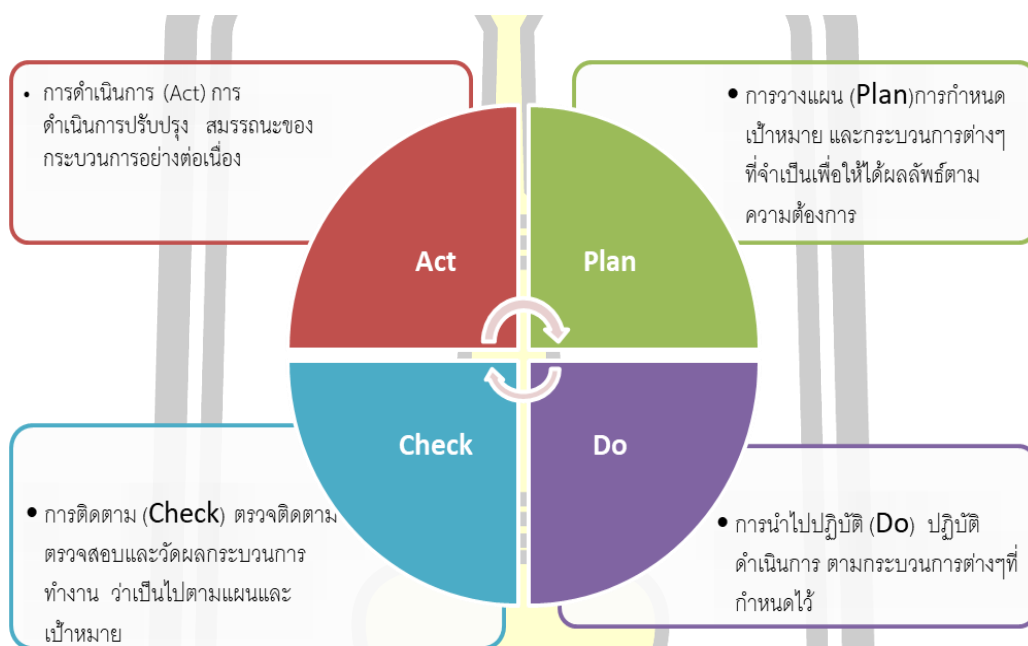
กระบวนการดำเนินงานด้านคุณภาพ ไม่เพียงแต่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายเท่านั้น หากยังสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า และมีต้นทุนในการดำเนินงานที่ได้เปรียบคู่แข่ง ดังนั้นจึงมีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญทางด้านคุณภาพหลายท่านได้ให้ความสนใจ และวางแผนแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพ กลายเป็นแนวทางปฏิบัติด้านคุณภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันดังต่อไปนี้

Walter A. Shewhart (1925) เป็นผู้ริเริ่มใช้วิธีการทางสถิติในการควบคุมคุณภาพที่เรียกว่า การควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ (Statistic Quality Control) โดยใช้แผนภูมิควบคุม และการสุ่มตัวอย่าง เพื่อการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ซึ่งใช้ในการควบคุมคุณภาพมาจนถึงทุกวันนี้

W. Edwards Deming (1938) เป็นผู้บัญญัติหลักการบริหารคุณภาพ 14 ข้อ

1. สร้างวัตถุประสงค์แน่วแน่ในการปรับปรุงคุณภาพสินค้าและบริการ
2. นำเอาปรัชญาใหม่มาใช้: การไม่ยอมรับความไม่มีคุณภาพ
3. หยุดใช้หลักการตรวจสอบคุณภาพที่ตัวสินค้า: ปรับปรุงที่กระบวนการทำงาน
4. หยุดเลือกผู้ส่งมอบสินค้าที่ราคาถูกแต่เลือกโดยเน้นที่คุณภาพ
5. เป็นหน้าที่หลักของการจัดการที่จะปรับปรุง กระบวนการทำงาน สินค้า และบริการอย่างต่อเนื่อง
6. จัดให้มีการอบรม
7. จัดให้มีการพัฒนาผู้นำ เพื่อช่วยเหลือ ชี้แนะ
8. กำจัดความเกลียดกลัว สอนให้กล้าถาม กล้าเสนอความเห็น กล้าคิดและกล้าทำ
9. กำจัด อุปสรรคการทำงานระหว่างส่วนงาน: สอนให้ทำงานเป็นทีม โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายองค์กรมากกว่าวัตถุประสงค์ของสายงานหรือ ส่วนงาน
10. เลิกใช้ Slogan ภาพรวมสำหรับพนักงาน: หากพนักงานทำงานเป็นทีมและต้องการมี Slogan ของทีม องค์กรต้องยอมให้ทำได้
11. เลิกเน้นที่จำนวนตัวเลข: เน้นที่คุณภาพ
12. กำจัด อุปสรรคที่ไม่เอื้อต่อการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย: ไร้ภาวะผู้นำ ขาดการการอบรมที่เพียงพอ ขาดเครื่องมือ หรือกระบวนการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ
13. จัดให้มีการให้ความรู้และอบรมแก่พนักงานทุกระดับทั้งผู้บริหารและพนักงาน ต้องมีการอบรมเรื่อง Total quality เครื่องมือทางสถิติ และการทำงานเป็นทีม
14. ลงมือทำ เพื่อให้การปรับเปลี่ยนองค์กร: คุณภาพเป็นเรื่องของทุกคนทั้งผู้บริหารสูงสุด จนถึงพนักงานระดับล่างสุด ผู้นำต้องมีความมุ่งมั่นและสนับสนุนเรื่องคุณภาพ

เอ็ดวาร์ด เดมมิ่ง (Edwards W. Deming) ปรมาจารย์ด้านการบริหารคุณภาพเป็นผู้เผยแพร่เครื่องมือสำหรับการปรับปรุงในกระบวนการทำงานของพนักงานภายในโรงงานให้ดียิ่งขึ้น และยังช่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนการผลิต โดยพนักงานเองจนวงจรมีเป็นที่รู้จักกันในอีกชื่อว่า “วงจรมี” ต่อมาพบว่าแนวคิดในการใช้วงจร PDCA นั้นสามารถนำมาใช้ได้กับทุกกิจกรรม จึงทำให้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายมากขึ้นทั่วโลก (ณัฐวิ ฤตกฤษฎ์, 2550) วงจร PDCA มีดังนี้คือ



รูปภาพที่ 1 วงจร PDCA (อ้างอิงจาก NPC Safety and Environmental service, 2554)

### Plan (วางแผน)

หมายถึง การวางแผนการดำเนินงานอย่างรอบคอบครอบคลุม การกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอาจรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆให้เกิดขึ้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน Planการจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงานกำหนดผู้รับผิดชอบ หรือผู้ดำเนินการ รวมทั้งกำหนดงบประมาณที่จะใช้การเขียนแผนดังกล่าว อาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของลักษณะการดำเนินงานการวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตและช่วยลดความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ดังนั้น P จะต้องมีการ

1. วัตถุประสงค์เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนของคณะ/พันธกิจ
2. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ(รายบุคคลหรือคณะบุคคล)



3. ระยะเวลาดำเนินการที่กำหนดไว้เหมาะสม
4. งบประมาณที่กำหนดเหมาะสม
5. มีการเสนอเพื่อขออนุมัติก่อนดำเนินการ

### Do (ปฏิบัติตามแผน)

หมายถึง การดำเนินการตามแผนนั้น ๆ ซึ่งอาจประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับ การดำเนินการ เช่น คณะกรรมการหรือหน่วยงานของคุณ จะต้องมีการ ดำเนินการ D เราต้องมี ผลการดำเนินการตามแผนดังนี้

1. มีการกำหนดขั้นตอนหรือวิธีการดำเนินการ
2. มีผู้รับผิดชอบดำเนินการได้ตามกำหนด
3. มีการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง
4. ดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด
5. ดำเนินการได้ตามงบประมาณที่กำหนดไว้

### Check (ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน)

หมายถึง การประเมินแผน อาจประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับ การ ดำเนินการ การประเมินขั้นตอนการดำเนินงานและการประเมินผลของ การดำเนินงานตามแผนที่ได้ ตั้งไว้ ซึ่งในการประเมินดังกล่าวสามารถทำได้เอง โดยคณะกรรมการที่รับผิดชอบแผนการดำเนินงาน นั้น ๆ ซึ่งเป็นลักษณะของการประเมินตนเอง C ต้องมีการประเมินการดำเนินการดังนี้

1. มีการกำหนดวิธี/รูปแบบการประเมิน
2. มีรูปแบบของการประเมินเหมาะสม
3. ผลของการประเมินตรงกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่
4. ปัญหา/จุดอ่อนที่พบในการดำเนินการมีหรือไม่
5. ข้อดี/จุดแข็งของการดำเนินการมีหรือไม่

### Act (ปรับปรุงแก้ไข)

Act หมายถึง การนำผลการประเมินมาพัฒนาแผนอาจประกอบด้วย การนำผลการ ประเมินมาวิเคราะห์ ว่ามีโครงสร้างหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานใดที่ควรปรับปรุงหรือพัฒนาสิ่งที่ตั้งอยู่ แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก มีการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินการใหม่ที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินการใน ครั้งต่อไป A ต้องมีการปรับปรุงตามผลการประเมิน

1. มีการระดมสมองเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา/จุดอ่อนที่ค้นพบ
2. มีการระดมสมองเพื่อหาทางเสริมข้อดี/จุดแข็งเพิ่มขึ้น
3. มีการนำผลที่ได้จากการระดมสมองเสนอคณะกรรมการประกันคุณภาพของ

คณะเพื่อพิจารณาสำหรับใช้วางแผนครั้งต่อไป

4. กำหนดกลยุทธ์ในการจัดทำแผนครั้งต่อไป

5. กำหนดผู้รับผิดชอบไปดำเนินการจัดทำแผนครั้งต่อไป (ณัฐวิ ฤตฤกษ์, 2550)

#### A.V. Feigenbaum (1960) เป็นผู้เขียนหนังสือคุณภาพสมบูรณ์แบบ

แนวคิดในการจัดการคุณภาพของ Feigenbaum ไม่ต้องการให้ผู้บริหารเป็นผู้สร้างระบบการจัดการคุณภาพขึ้นมาเอง เพราะมองการจัดการคุณภาพว่า เป็นเรื่องธรรมชาติของการบริหารที่ทุกคนในองค์กร ควรต้องมีส่วนร่วมในการสร้างด้วยกัน เงื่อนไขการสร้างจึงอยู่ที่ความเข้าใจระบบคุณภาพที่กำลังดำเนินการมากกว่า โดยต้องเปลี่ยนจากความคิดในการไล่ตามแก้ปัญหา มาเป็นวิธีการให้ทุกคนเข้าใจ และผูกพันกับแนวทางการจัดการคุณภาพที่มุ่งลูกค้า แต่ตัวผู้บริหารระดับสูงเป็นเงื่อนไขของความสำเร็จในการก่อตั้งระบบคุณภาพ ผู้บริหารต้องเลิกใช้วิธีแก้ปัญหาคุณภาพระยะสั้น และต้องเข้าใจว่าปัญหาคุณภาพไม่ใช่จะแก้ได้อย่างรวดเร็ว การเป็นผู้นำในด้านคุณภาพ จะทำให้บริษัทประสบความสำเร็จในตลาดด้วยคุณภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ต้นทุนการประเมินผล (Appraisal Costs) ต้นทุนการป้องกัน (Prevention Costs) และต้นทุนความล้มเหลว (Failure Costs) ซึ่งรวมกันเป็นต้นทุนคุณภาพทั้งหมด (Total Quality Cost) โดยผู้บริหารต้องมีความผูกพัน 3 ด้านคือ

1. สร้างความแข็งแกร่งให้กับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ
2. ทำให้การปรับปรุงคุณภาพกลายเป็นนิสัย
3. มองคุณภาพและต้นทุนว่าต่างก็มีผลต่อกัน

#### Philip B. Crosby (1979)

คrosby มีความสามารถในการจัดทำโปรแกรมปรับปรุงคุณภาพเพื่อเพิ่มผลกำไรซึ่งมีพื้นฐานมาจากหลักการจัดการคุณภาพที่สมบูรณ์ 5 ประการ (Five Absolutes of Quality Management) คือ

1. คุณภาพ หมายถึง การทำตามมาตรฐาน (Quality Means Conformance, Not Elegance)
2. ไม่มีปัญหาอะไรสำคัญเท่ากับปัญหาคุณภาพ (There is No Such Thing as A Quality)
3. ทำได้ถูกกว่าเสมอถ้าหากทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก (It is Always Cheaper to Do The Job Right The First Time)
4. ตัวชี้วัดผลงานคือต้นทุนคุณภาพ (The Performance Indicator is The Cost of Quality)
5. มาตรฐานของผลงานคือของเสียเป็นศูนย์ (The Performance Standard is Zero Defects)

หลักการที่ คروسปี เน้นได้แก่การทำตามมาตรฐานการแก้ไขปัญหาคุณภาพการทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก และการยึดเป้าหมายของเสียเป็นศูนย์ คروسปี ได้ให้ความหมายคุณภาพไว้ 4 ประการคือ

1. คุณภาพหมายถึงการทำตามมาตรฐาน (Conformance to Standards) พนักงานต้องรู้ว่ามาตรฐานของผลงานที่แท้จริงอยู่ตรงไหนและต้องคาดหวังว่าเขาจะทำให้ได้ตามนั้น
2. คุณภาพมาจากการป้องกันของเสีย (Defect Prevention) ไม่ใช่แก้ไขของเสีย (Not Defect Correction) การเป็นผู้นำการฝึกอบรมและการมีวินัยเป็นสิ่งแรกที่จะทำให้เกิดการป้องกันของเสีย
3. คุณภาพในฐานะมาตรฐานการทำงานนั้นต้องปราศจากของเสีย (Defect-free) มีเพียงการปราศจากของเสียเท่านั้นที่จะเป็นมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน
4. คุณภาพประหยัดเงิน (Saves Money) การทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรกทำให้ประหยัดต้นทุนในการแก้ไขการทำงานที่ไม่ดี

Juran (1986) ได้กล่าวถึงนิยามของการบริหารคุณภาพไว้ว่า

Management : QM หมายถึง กระบวนการในการชี้แจงและบริหารกิจกรรมต่างๆ ที่อย่างยิ่งต่อการดำเนินการเพื่อให้สามารถบรรลุจุดประสงค์ด้านคุณภาพขององค์กร (Identifying and Administering The Activities Needed to Achieve Organization) ซึ่งเป็นกระบวนการในการชี้แจง 3 กระบวนการหลักๆ คือ

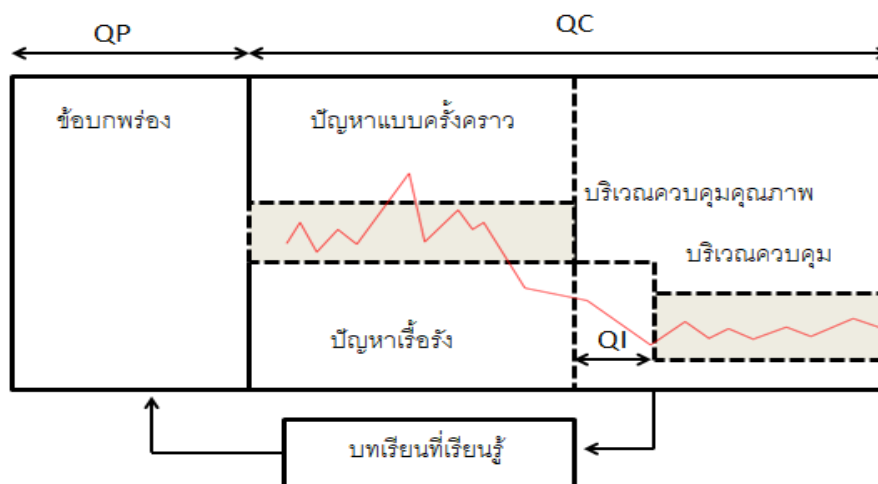
การวางแผนคุณภาพขององค์กร (QP) การประกันคุณภาพ (QA) นั่นคือ การสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดแก่ลูกค้า

การควบคุมคุณภาพ (Quality Control: QC) การควบคุมคุณภาพ คือการพิจารณาถึงกระบวนการ เพื่อทำการเปรียบเทียบกับความคาดหวังของลูกค้า หากพบว่าผลการดำเนินการตามกระบวนการ ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ที่ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความไม่พอใจ จะต้องมีการค้นหาสาเหตุของความไม่พอใจดังกล่าว และหาทางแก้ไข

การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement : QI) การปรับปรุงคุณภาพ คือการคาดการณ์ความคาดหวังใหม่ของลูกค้าการค้นหาความจำเป็นของลูกค้าสำหรับการพิจารณาสินค้าใหม่ ทำการวางแผน ใหม่ตลอดจน การควบคุมใหม่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

การประกันคุณภาพ (Quality Assurance : QA) การประกันคุณภาพ คือการดำเนินการใด ๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อลูกค้า ภายใต้แนวคิดนี้กระบวนการบริหารคุณภาพ จะเริ่มต้นจากการวางแผน ดำเนินการภายใต้การควบคุมคุณภาพ คือดำเนินการเพื่อให้คุณภาพเป็นไปตามเป้าหมาย ที่วางไว้ จะทำให้สามารถคาดการณ์สมรรถนะของกระบวนการที่ควรจะเป็นได้ การปรับปรุงคุณภาพจึงถูกนำมาใช้เพื่อดำเนินการแก้ไขและยกระดับของคุณภาพขึ้นจากเดิมซึ่ง

ลักษณะการดำเนินการแบบนี้จะมีการนำบทเรียนที่ได้รับมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนคุณภาพต่อไปซึ่งจากรูปภาพได้แสดงความสัมพันธ์ของไตรศาสตร์ด้านคุณภาพนี้ดังภาพ



รูปภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ด้านไตรศาสตร์คุณภาพของจรรยา (กิตติศักดิ์ พลอยพานิชย์เจริญ, 2551)

#### 2.1.4 แนวคิดทฤษฎีบริหารจัดการคุณภาพองค์กร

ความหมายของการบริหารจัดการองค์กร

ธงชัย สันติวงษ์ (2540) ให้ความหมายของการบริหารจัดการ คือ งานของหัวหน้าหรือผู้นำที่จะต้องทำ เพื่อให้กลุ่มต่าง ๆ ที่มีคนหมู่มากมาอยู่รวมกัน และร่วมกันทำงาน บรรลุวัตถุประสงค์ จนสำเร็จผลได้ประสิทธิภาพ

ศิริพงษ์ ลดาวัลย์ ณ อยุธยา (2540) ให้ความหมายของการบริหารจัดการ คือ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการ การดำเนินงานให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กร เพื่อให้ทำงานขององค์กรสำเร็จ

ฮาร์โอดดีคูล์ (Harold D.Koontz, 1972) ให้ความหมายของการบริหารจัดการ คือ การทำงานให้สำเร็จโดยอาศัยผู้อื่น

#### 2.1.5 แนวคิดการบริหารจัดการองค์กร

โรเบิร์ต เอช วอเทอร์แมน จูเนียร์ ชาวอเมริกัน ให้แนวคิดดังนี้ ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง องค์กรต้องสามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงนั้นได้ สิ่งสำคัญที่องค์กรปัจจุบันต้องการมากคือการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุน การใช้เทคนิคต่างๆ ในการแก้ปัญหา ในหนังสือ Adhocracy: the Power to Change ท่านได้ใช้ทักษะจากการเป็นที่ปรึกษาด้านการบริหารจัดการมากกว่า 25 ปี นำเสนอวิธีการในการที่จะสร้างองค์กรแบบ adhocracy และผลักดันให้มันทำงานได้

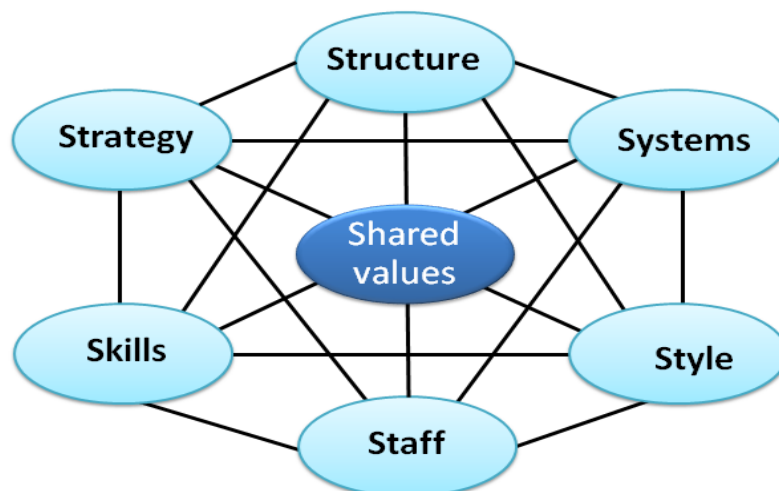
โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างทีมงานและการแยกกระจายหน่วยงานที่ใหญ่และซับซ้อนออกเป็นหน่วยย่อย สร้างวัฒนธรรมให้มุ่งเน้นการแก้ปัญหาอย่างเป็นธรรมชาติ

โทมัส เจ ปีเตอร์ส (Thomas J. Peters) และโรเบิร์ต เอช วอเตอร์แมน จูเนียร์ (Robert H. Waterman, 1980) ในการค้นหาความเป็นเลิศ ในช่วงต้นปี 1977 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานนอกจากกลยุทธ์และโครงสร้าง ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งหมด 7 ปัจจัยได้แก่

- โครงสร้าง (structure) มีรูปแบบเรียบง่ายธรรมดา พนักงานอำนวยความสะดวก (simple form & lean staff)
- กลยุทธ์ (strategy) มีความใกล้ชิดกับลูกค้า (close to the customer)
- บุคลากร (staff) มีอิสระในการทำงานและความรู้สึกเป็นเจ้าของ (autonomy & Entrepreneur ship)
- สไตล์การจัดการ (style) สัมผัสกับงานอย่างใกล้ชิด (hands-on)
- ระบบ (systems) มุ่งเน้นที่การปฏิบัติ
- ค่านิยมร่วม (shared value) ความเชื่อมั่นในค่านิยมเป็นแรงผลักดัน (value driven)
- ทักษะ (skills) มี เข้มงวดและผ่อนปรนในเวลา เดียวกัน (simultaneous loos tight properties)

ซึ่งตัวแปร 2 ตัวแรกคือโครงสร้างและกลยุทธ์ เปรียบเสมือนเป็นส่วนที่เรียกว่า ฮาร์ดแวร์ ซึ่งผู้จัดการในอดีตให้ความสนใจ ส่วนตัวแปรอีก 5 ตัวที่ค้นพบใหม่ในอดีตผู้จัดการมักไม่ให้ความสนใจมากนัก ซึ่งเปรียบเสมือนซอฟต์แวร์ แมคคินซี เรียกว่าตัวแปรเหล่านี้ว่า กรอบ 7 – S





รูปภาพที่ 3 McKinsey 7-S Framework ,1980

ที่มา : (Robert H. Waterman, 1980)

## 2.1.6 ทฤษฎีการจัดการ

### ทฤษฎีเชิงระบบ (systems theory)

ปี 1960 เป็นวิธีการจัดการที่ผสมผสานหน้าที่ในการจัดการกิจกรรมการจัดการและการวางแผนเชิงกลยุทธ์เข้าด้วยกัน โดยพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมภายนอก ทรรศนะที่อธิบายถึงผลกระทบจากสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีต่อองค์กรถูกเสนอโดย แดเนียล แคทซ์

โรเบิร์ต คาห์น (Robert Kahn) และเจมส์ ทัมป์สัน (James Thompson) นักทฤษฎีเหล่านี้มีมุมมองว่าองค์กรเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งถือเป็นระบบที่องค์กรได้นำทรัพยากรจากสภาพแวดล้อมภายนอกมาแปรสภาพเป็นสินค้าและบริการเพื่อส่งกลับไปยังสภาพแวดล้อมในที่ซึ่งสินค้าและบริการได้ขายให้กับลูกค้า นอกจากนี้ผู้นำทางทฤษฎีเชิงระบบเช่น ริชาร์ด จอร์นสัน (Richard Johnson) ฟรีมอนต์ แคสท์ (Fremont Kast) และเจมส์ โรเซนซ์เวจ (James Rosenweig)

องค์กรจะจัดการกับความไม่แน่นอนโดยการแบ่งหน้าที่ออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. องค์กรเป็นระบบเปิดที่ทำงานในสภาพที่ไม่แน่นอน
2. องค์กรพยายามดำเนินงานโดยใช้ความมีเหตุผล เพื่อเป็นการสร้างแน่นอนในการทำงาน

การทำงาน

3. องค์กรจะต้องคอยปรับตัวเพื่อให้ทำงานได้ดีที่สุดในสภาพแวดล้อมที่ไม่แน่นอน

แน่นอน

**Robert E. Wood** ต่างพยายามสร้างเครื่องมือที่ใช้เป็นกฎเกณฑ์ทางการจัดการที่เป็นรูปธรรมขึ้นมา แต่ช่วงนั้นได้เกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 ขึ้นเสียก่อนในระหว่างสงครามโลก หน่วยงานทางทหารต้องเผชิญ กับปัญหาที่มีความซับซ้อน ทั้งในด้านการจัดระเบียบประชาชนและการส่งกำลังบำรุง

### การจัดการเชิงประมาณ (Quantitative management)

เพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยใช้คณิตศาสตร์ สถิติและสารสนเทศ เป็นเครื่องมือเพื่อแก้ปัญหาทาง การจัดการ หลังสงครามโลกการจัดการเชิงปริมาณได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายมากขึ้นในแวดวงธุรกิจอย่างไรก็ตามการใช้การจัดการเชิงปริมาณยังคงใช้ได้เฉพาะปัญหาที่มีลักษณะเป็นแบบที่มีโครงสร้าง (structured problem) ทฤษฎีวิทยาการจัดการ เป็นวิธีการสมัยใหม่ในด้านการจัดการ ที่เน้นการใช้เทคนิคเชิงปริมาณอย่างเข้มงวด เพื่อช่วยให้ผู้จัดการทำการใช้ทรัพยากรองค์การเพื่อผลิตผลิตภัณฑ์และบริการให้มากที่สุด ในส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีวิทยาการจัดการ คือ การขยายการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ให้มีความทันสมัยโดยการนำวิธีการเชิงปริมาณเพื่อวัดส่วนประสมของคณงานและงาน เพื่อให้ประสิทธิภาพสูงขึ้น

สำหรับส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีวิทยาการจัดการ คือ การขยายการจัดการแบบวิทยาศาสตร์ ให้มีความทันสมัย โดยการนำวิธีการเชิงปริมาณเพื่อวัดส่วนประสมของคณงานและงาน เพื่อให้ที่ประสิทธิภาพสูงขึ้น แบ่งเป็น 4 กลุ่ม

1. การจัดการเชิงปริมาณ (Quantitative management) โดยใช้เทคนิคคณิตศาสตร์ เช่น โปรแกรม เชิงเส้นตรงและไม่เชิงเส้นตรง (linear and nonlinear programming) ตัวแบบ (modeling) แบบจำลองสถานการณ์ (simulation) และทฤษฎีแถวคอย (queuing theory) เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้จัดการ

2. การจัดการการดำเนินการผลิต (Operations management) ซึ่งประกอบด้วยเทคนิคต่าง ๆ ที่ผู้จัดการสามารถนำไปใช้ ในการวิเคราะห์ลักษณะระบบการผลิตขององค์การ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น แบบจำลองสินค้าคงคลัง (inventory model) และแบบจำลองเครือข่าย (network model) เพื่อปรับปรุงการตัดสินใจปัญหาการจัดการจัดจำหน่ายและการดำเนินการ

3. การจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management:TQM) เป็น การจัดการคุณภาพของหน่วยงานในองค์การทั้งหมดซึ่งประกอบได้ด้วยฝ่ายต่างๆที่ผู้จัดการสามารถนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ในการวิเคราะห์ระบบการผลิตในองค์การเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เช่นแบบจำลองสินค้าคงคลัง (inventory model) และแบบจำลองเครือข่าย (network model) เพื่อปรับปรุงการตัดสินใจปัญหาการจัดการจัดจำหน่ายโดยเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าในกระบวนการเพื่อแปรสภาพให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพของผลิตภัณฑ์

4. ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ (management information systems) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้จัดการออกแบบระบบสารสนเทศ เพื่อจัดการสารสนเทศเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อประกอบการตัดสินใจให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการยังช่วยให้ผู้จัดการ และบุคลากรในระดับต่าง ๆ ได้รับสารสนเทศที่จำเป็นต่อการนำไปใช้ประโยชน์และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างไรก็ตามในการนำทฤษฎีวิทยาการจัดการไปใช้ประโยชน์นั้น ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology) ได้เข้ามามีส่วนในการปรับปรุงคุณภาพการตัดสินใจและเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรได้เป็นอย่างดี และถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มความได้เปรียบในการแข่งขันให้กับองค์กร

### ทฤษฎีของ Z

Ouchi (Ouchi's Theory Z) เป็นทฤษฎีอธิบายโครงสร้างตามการจัดการผสมผสานระหว่างการบริหารแบบสหรัฐอเมริกาหรือ Theory A กับการบริหารแบบญี่ปุ่น หรือ Theory J คือ

- ทฤษฎี A เป็นแนวความคิดการจัดการของสหรัฐอเมริกาซึ่งองค์กรเน้นการทำงานระยะสั้น พนักงานมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อองค์กรน้อย
- ทฤษฎี J เป็นแนวความคิดการจัดการของญี่ปุ่นซึ่งองค์กรเป็นการจ้างงานตลอดชีพ พนักงานมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อองค์กรสูง
- ทฤษฎี Z เป็นแนวความคิดการจัดการประสมประสาน ระหว่างญี่ปุ่นและสหรัฐอเมริกาโดยเน้นการทำงานระยะยาวมีการตัดสินใจและความรับผิดชอบร่วมกัน

คุณลักษณะที่สำคัญของทฤษฎี Z คือ

1. ระยะเวลาจ้างงานเป็นไปตลอดชีวิต
2. ลักษณะงานอาชีพต้องให้เรียนรู้หลาย ๆ ด้าน
3. การเลื่อนตำแหน่งไม่จำเป็นร้อยละ 10 ปี
4. การประเมินประสิทธิภาพของการทำงานเป็นการทำงานเป็นทีม
5. การตัดสินใจ มีการกระจายอำนาจและรวมอำนาจตามสถานการณ์
6. มนุษย์สัมพันธ์ในองค์กรมีเสรีภาพเท่าเทียมกัน มีอิสระในความคิดของตนเอง
7. การบริหาร ใช้ระบบ M.B.O. แบบมีส่วนร่วม

### Two Factor Theory

หลักการ/แนวคิด/ประวัติความเป็นมา Frederick Herzberg ได้คิดค้นทฤษฎีการจูงใจในการทำงาน ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในวงการบริหาร ชื่อทฤษฎีของ Herzberg มีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไปคือ “motivation-maintenance theory” หรือ “dual factor theory” หรือ “the motivation-hygiene theory” ได้รับแรงบันดาลใจเรื่องการจูงใจ (Motivation) จาก



การที่ได้มีโอกาสพูดคุยกับชาวเยอรมันที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้ ๆ ฐาน Dachau concentration camp ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีระดับการจูงใจสูงมาก

Herzberg ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย ที่มีผลต่อการทำงานของบุคคลกรในองค์ โดยศึกษาถึงทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการทำงานเพื่อหาทางที่จะลดความไม่พอใจในการทำงานเพื่อทำให้คนงาน มีความรู้สึกที่ดีในการที่จะพยายามเสริมสร้างผลผลิตของงานให้มากขึ้น เขาพบว่าปัจจัยที่มีผล กระทบ ต่องานออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) เป็นปัจจัยกระตุ้นให้คนทำงาน โดยเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ดีที่จะเกิดขึ้น กับพนักงาน อันจะทำให้พนักงานมีความพึงพอใจเกี่ยวกับงานที่ทำ

2. ปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่จะสร้างความไม่พอใจในการทำงานให้กับพนักงาน ซึ่งจะเป็นตัวสกัดกั้นไม่ให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานขึ้นได้ หรือเป็นหัวข้อกำหนดเบื้องต้นที่จะป้องกันมิให้คนไม่พอใจในงานที่ทำอยู่ เป็นทฤษฎีที่สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรงเพื่อ จูงใจให้คนชอบและรักงาน ปฏิบัติเป็นการกระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจให้แก่บุคคลในองค์การให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสนองตอบความต้องการภายในของบุคคล

งานที่สร้างแรงจูงใจที่แท้จริง ตามแนวคิดของ Herzberg คือ มีความท้าทายเพื่อกระตุ้นให้พนักงานได้ใช้ความสามารถ พนักงานที่มีความสามารถสูงขึ้นจะต้องได้รับงานที่มีความรับผิดชอบสูงขึ้นด้วยเช่นกันหากงานที่มีอยู่ไม่เหมาะสมกับความสามารถของพนักงานจะต้องมีการพิจารณาโดยเร่งด่วน หรือหาพนักงานมีความสามารถต่ำมาทำงานแทน แต่หากพนักงานไม่ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ นั้น แสดงว่าเกิดปัญหาด้านการจูงใจ

### 2.1.7 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลขนาดทั่วไป จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการ คือ 540 เตียง เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง ครอบคลุมพื้นที่อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ และให้บริการในฐานะเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดกาฬสินธุ์ อีก 17 อำเภอ มีข้อมูลทั่วไปดังนี้

2.1.7.1 โรงพยาบาลมีเนื้อที่ 36 ไร่ 3 งาน 50 ตารางวา มีอาคารสำหรับให้บริการจำนวน 14 หลัง อาคารสนับสนุน 10 หลัง ระบบบำบัดน้ำเสียที่ได้มาตรฐานเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้ง มีเรือนพักขยะตามมาตรฐานIC แยกออกจากพื้นที่บริการ มีระบบรักษาความปลอดภัยและการดูแลด้านความสะอาดเรียบร้อยทั้งภายในอาคารและบริเวณรอบๆอาคาร มีระบบสำรองไฟฟ้า และระบบสำรองสาธารณูปโภค ต่างๆ มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้รับบริการที่จอดรถสำหรับผู้ป่วยทั่วไป/ผู้มา รับบริการห้องสมุดสำหรับบุคลากรและผู้รับบริการตู้ ATM ร้านค้าสวัสดิการ/บริการถ่าย

เอกสารสถานที่พักญาติบริเวณระหว่างอาคาร ตู้อีโตรีทัศน์สาธารณะตู้รับความคิดเห็น 60 จุดบริการ  
กล้องวงจรปิด 90 จุด

2.1.7.2 ประชากร ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เขตอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ คูแลประชากร  
รวม 146,123 ราย

2.1.7.3 ชุมชนหรือกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นเป้าหมาย (Targeted Customers)

- 1) กลุ่มผู้รับบริการที่ต้องการเร่งด่วน เช่น STEMI Stroke Trauma
- 2) แบ่งตามสิทธิ์เช่น ประกันสังคม UC
- 3) แบ่งตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มเด็กปฐมวัย/สตรี กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยรุ่น/  
นักเรียน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

2.1.7.4 ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

- 1) จำนวนบุคลากรทั้งหมด จำแนกตามระดับการบริหาร และลักษณะงาน

ตารางที่ 1 จำนวนบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามการบริหาร และลักษณะงาน

บุคลากร	ด้าน คลินิก (คน)	ด้าน สนับสนุน (คน)	ด้านการศึกษา			
			ต่ำกว่า ปริญญา ตรี	ปริญญา ตรี	ปริญญา โท	ปริญญา เอก
ผู้บริหารระดับสูง	9	1	0	0	8	1
ผู้บริหาร ระดับกลาง	29	4	0	6	26	1
ผู้บริหารระดับต้น	44	12	0	44	12	0
ผู้ปฏิบัติงาน	934	401	126	1,188	19	2

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์แยกตามสาขาวิชาชีพ แยกตามสาขาวิชาชีพแพทย์

หน่วยงาน	Full time	Part time
1. อายุรแพทย์	10	-
2. ศัลยแพทย์	6	-
3. สูติรีแพทย์	6	-
4. กุมารแพทย์	9	-

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์แยกตามสาขาวิชาชีพ แยกตามสาขาวิชาชีพแพทย์  
(ต่อ)

หน่วยงาน	Full time	Part time
5. ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์	5	-
6. จักษุแพทย์	5	-
7. โสตศอนาสิกแพทย์	4	-
8. จิตเวช	1	-
9. ทันตแพทย์	10	-
10. วิสัญญี	6	-
11. รังสีแพทย์	6	-
11. เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3	-
12. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3	-
13. เวชศาสตร์ครอบครัว	3	2
14. เวชศาสตร์ป้องกัน	1	-
15. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	1	-

ตารางที่ 3 บุคลากรสาขาอื่นๆ

หน่วยงาน	Full time		Part time (ชม./สัปดาห์)
	ระดับ ปริญญา	ต่ำกว่า ปริญญา	
- เภสัชกร	30	-	-
- พยาบาลวิชาชีพ	455	-	-
- พยาบาลเทคนิค, เจ้าหน้าที่พยาบาล	-	20	-
- นักกายภาพบำบัด	10	-	-
- นักเทคนิคการแพทย์	11	-	-
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	-	-
- นักรังสีการแพทย์	4	-	-

ตารางที่ 3 บุคลากรสาขาอื่นๆ (ต่อ)

หน่วยงาน	Full time		Part time (ชม./สัปดาห์)
	ระดับ ปริญญา	ต่ำกว่า ปริญญา	
- นักสังคมสงเคราะห์	2	-	-
- นักจิตวิทยา	1	-	-
- นักโภชนาการ	5	-	-
- นักวิชาการสาธารณสุข	45	-	-
- นักจัดการงานทั่วไป	20	-	-
- นักทรัพยากรบุคคล	3	-	-
- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	-	10	-
- เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	-	5	-
- เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	-	12	-
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข	-	3	-
- เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	-	20	-
- เจ้าพนักงานเวชสถิติ	-	7	-
- พนักงานราชการ	23	7	-
- ลูกจ้างประจำ	-	93	-
- ลูกจ้างชั่วคราว/พกส./ตำแหน่งอื่น ๆ	23	515	-
- ข้าราชการตำแหน่งอื่น ๆ	6	14	-

#### 2.1.7.5 วิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาล

**วิสัยทัศน์** เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ที่มีบริการเป็นเลิศ และมีระบบธรรมาภิบาล

**พันธกิจ**

1. ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
2. บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ
3. ให้บริการตามแผนพัฒนาระบบ บริการทุกสาขาแบบไร้รอยต่อ
4. ให้บริการปฐมภูมิที่เป็นองค์กรรวม
5. ผลิต พัฒนาบุคลากร ทางการแพทย์และสาธารณสุข
6. บริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล

### 2.1.7.6 กระบวนการและลำดับขั้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

2535 โรงพยาบาลเริ่มมีการนำคุณภาพ เรื่อง QA 5ส. TQM

2543 ได้รับการประเมิน ISO 9002

2547 ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ชั้น 1

2548 ผ่านการรับรองมาตรฐาน HPH

2553 ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA บันไดขั้น 2

2554 ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA บันไดขั้น 3

2556 ผ่านการรับรองซ้ำตามมาตรฐาน HA ครั้งที่ 1

2560 ผ่านการรับรองซ้ำตามมาตรฐาน HA ครั้งที่ 2

และในปี 2563 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต้องเข้าสู่กระบวนการเพื่อรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ซ้ำ ครั้งที่ 3 ซึ่งจำเป็นต้องมีแนวทางในการพัฒนา เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืนทั้งองค์กร บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

## 2.2 แนวคิดการพัฒนายั่งยืน

### 2.2.1 ความหมายของการพัฒนายั่งยืน

การพัฒนายั่งยืนคานิยามของ World Commission on Environment and Development หรือ Brundtland (2526) ได้ให้ความหมายไว้คือ รูปแบบของการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความต้องการของคนในรุ่นปัจจุบัน โดยไม่ทำให้คนรุ่นต่อไปในอนาคต ต้องประนีประนอมยอมลดทอนความสามารถ ในการที่ซึ่งจะตอบสนองความต้องการของตนเอง (Sustainable Development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs)

แนวคิดของพระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต, 2541) คือ การพัฒนายั่งยืนมีลักษณะที่เป็นบูรณาการ (Integrated) คือ ทำให้เกิดเป็นองค์รวม (Holistic) หมายความว่า องค์ประกอบทั้งหลายที่เกี่ยวข้องจะต้องมาประสานกันครบองค์ และมีอีกลักษณะหนึ่งคือ มีดุลยภาพ (Balance) หรือพูดอีกนัยหนึ่ง คือการทำให้ กิจกรรมของมนุษย์ สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ

### 2.2.2 ที่มาของการพัฒนายั่งยืน

1) แนวทางด้านนิเวศวิทยา การพัฒนายั่งยืนให้ความสำคัญลำดับสูงกับคุณค่าของทรัพยากรธรรมชาติโดยเน้นเรื่องความยั่งยืนของการทำงานและประสิทธิภาพของระบบนิเวศ เพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนทางนิเวศในระยะยาวทั้งนี้เพื่อส่งมอบทุนทางธรรมชาติให้แก่ทรัพยากร ธรรมชาติ

ต่าง ๆ และทุนที่มนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่ ปัจจัยการผลิตและสินค้าต่าง ๆ ให้คนรุ่นใหม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนอย่างยั่งยืน (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551)

2) แนวทางสังคม การพัฒนาที่ยั่งยืน จะต้องสามารถตอบสนองความต้องการ พื้นฐานของมนุษย์ได้อย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทางสังคม และกลุ่มชนระดับต่าง ๆ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือ การรักษาคุณภาพชีวิตของประชากรให้มีระดับสูงขึ้นอย่างยาวนาน

3) แนวทางด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาที่ยั่งยืน หมายถึง การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนยาวนาน บนพื้นฐานการสงวนรักษาทุนธรรมชาติไว้ใช้ประโยชน์สำหรับคนรุ่นปัจจุบันและรุ่นอนาคต ทั้งนี้ จำเป็นต้องปรับปรุงโครงสร้างการผลิตและการบริโภค และการพัฒนาเทคโนโลยีที่ไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551)

### 2.2.3 วัตถุประสงค์ของการพัฒนาที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาที่ยั่งยืนตามแนวคิดของ Edward Barbier คือ การบรรลุเป้าหมายทั้งสามองค์ประกอบนี้ให้ได้ดีที่สุด และโดยที่สังคมไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่สูงสุดในทุกส่วนประกอบได้ จึงจำเป็นต้องยอมลดเป้าหมายในบางองค์ประกอบ เพื่อให้เป้าหมายในองค์ประกอบอื่นเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการจัดลำดับความสำคัญระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ว่าจะให้องค์ประกอบใดมีลำดับความสำคัญ ที่สูงกว่าองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ถ้าให้ลำดับความสำคัญทางด้านการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในอันดับแรก ก็อาจต้องชดเชยด้วยการให้เป้าหมายทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมลดลง

ส่วนประกอบของความยั่งยืนทางเศรษฐกิจนั้น สังคมต้องสร้างความเจริญเติบโตที่ทำให้เกิดกระแสรายได้ที่เหมาะสม ในขณะที่ยังคงรักษาไว้ซึ่งสต็อกของทุนที่มนุษย์สร้างขึ้น ทุนมนุษย์และทุนธรรมชาติเป้าหมายพื้นฐาน 3 ประการของระบบเศรษฐกิจ คือ (Barbier, 1998)

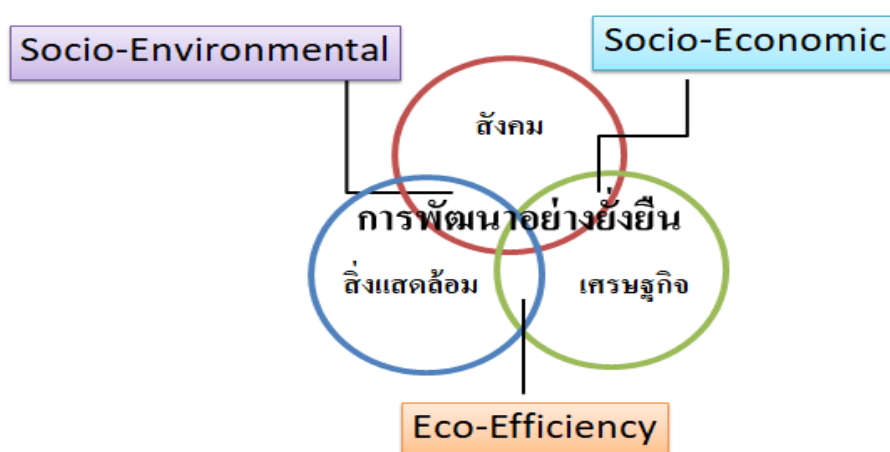
1. การเพิ่มขึ้นในการผลิตสินค้าและบริการ
2. การตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนหรือการลดปัญหาความยากจน
3. ทำให้เกิดการกระจายรายได้ที่เป็นธรรมเพิ่มขึ้น

ในส่วนประกอบทางด้านสังคมของการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้นจะต้องวางอยู่บนรากฐานของ 2 หลัก คือ หลักการความยุติธรรม และหลักการความเท่าเทียมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาในระยะยาว การเข้าถึงทรัพยากรและโอกาสของคนในสังคมจะต้องมีความเท่าเทียมกัน สิทธิมนุษยชนและผลประโยชน์อื่น ๆ เช่น อาหาร สาธารณสุข การศึกษา ที่อยู่อาศัยและโอกาสในการพัฒนาตนเอง ความเป็นธรรมในสังคมนี้นับยั้งถึงโอกาสที่เท่าเทียมกันของประชาชนทุกคนในด้านการศึกษาและการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างผลิตภาพให้แก่สังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้เป้าหมายทางสังคมทั้งด้าน

ของความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเป็นธรรมในสังคม ความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ และการมีส่วนร่วมของประชาชนประสบความสำเร็จ

ในส่วนประกอบด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน การรักษาไว้ซึ่งสต็อกของทุนธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นป่าไม้ แม่น้ำ ภูเขา แร่ธาตุอันเป็นสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่ควรดำรงอยู่ที่ทำให้ส่วนประกอบทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ความมีเสถียรภาพของระบบนิเวศของโลกจะไม่ถูกรบกวนกระทบกระเทือน

การพัฒนาที่ยั่งยืนที่จะต้องประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก อันได้แก่ ส่วนของระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคม และระบบนิเวศสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์และพึ่งพาซึ่งกันและกัน การพัฒนาที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นในส่วนที่ทับซ้อนกันของ 3 องค์ประกอบหรือพื้นที่แรเงาในภาพ กล่าวคือ มีการพัฒนาเศรษฐกิจ การพัฒนาสังคมและการปกป้องสิ่งแวดล้อมด้วยในขณะเดียวกัน



รูปภาพที่ 4 องค์ประกอบของการพัฒนาที่ยั่งยืน

ที่มา: (Barbier, 1998)

#### 2.2.4 ดัชนีชี้วัดความยั่งยืน

ดัชนีวัดความยั่งยืนของ เพียส และแอทกินสัน (David Pearce and Viles Atkinson) ได้เสนอดัชนีวัดความยั่งยืนแบบหลวม เมื่อ ค.ศ. 1995 โดยเริ่มจากสมมติฐานว่าทุนมนุษย์จะไม่มีการเสื่อมค่าเนื่องจากมีลักษณะของสินค้าสาธารณะที่สามารถส่งต่อจากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่นหนึ่งได้ และสมมติให้การออมได้ถูกนำไปลงทุนในทุนทางกายภาพต่างๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้น ซึ่งข้อสมมตินี้เป็น การสอดคล้องกับสมมติฐานของความยั่งยืนแบบหลวม ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า ทุนกายภาพสามารถทดแทนธรรมชาติได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นการรักษาไว้ซึ่ง สต็อกของทุนทั้งหมด จะขึ้นอยู่กับ อัตราการออม

ระดับชาติที่จะต้องมีมากพอที่จะชดเชยอัตราการเสื่อมค่าของทุนธรรมชาติและทุนกายภาพทั้งหมดรวมกันเป็นอย่างน้อย (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2559)

ค่าดัชนีความยั่งยืน (Z) จะมีค่าเท่ากับสัดส่วนการออมต่อรายได้ประชาชาติ หักลบด้วยการเสื่อมค่าของทุน ที่มนุษย์สร้างขึ้นต่อรายได้ประชาชาติ และหักลบด้วยการเสื่อมค่าของทุนธรรมชาติต่อรายได้ประชาชาติ

เงื่อนไขของการพัฒนาที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ หากค่าของดัชนีความยั่งยืนมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0 Pearce และ Atkinson ได้ทำการศึกษาดัชนีความยั่งยืนในประเทศต่างๆ 22 ประเทศพบว่าประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นมีความยั่งยืนในระดับสูง ในขณะที่ประเทศด้อยพัฒนา เช่น เอธิโอเปีย มาลี ไนจีเรีย ไม่มีความยั่งยืนในการพัฒนา อย่างไรก็ตามได้มีข้อวิจารณ์ถึงดัชนีความยั่งยืนนี้ว่าเป็นเพียงการมุ่งเน้นไปที่การรักษาความสามารถในการผลิตของประเทศเป็นสำคัญ ในกรณีของญี่ปุ่นที่ไม่มีทรัพยากรธรรมชาติ จึงไม่มีการดึงทุนทางธรรมชาติใช้มากนัก แต่จะนำเข้าทุนธรรมชาติ เช่น น้ำมันและสินแร่อื่นๆ จากต่างประเทศ อันเป็นทุนธรรมชาติของประเทศอื่นซึ่งมิได้มีการคำนึงถึงในดัชนีนี้ (Hartwick, John M. Queen's University/Nancy D. Olewiler, 1998)

ดัชนีวัดสวัสดิการทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน (Index of Sustainable Economic Welfare, ISEW) ของดาลีและคอบบ์ (Herman Daly and John Cobb) ถูกสร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1989

ดัชนีวัดสวัสดิการทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืน (ISEW) ตามแนวคิดของ Daly และ Cobb นี้ได้รับการปรับปรุงอีกครั้งหนึ่ง เมื่อ ค.ศ. 1994 โดยอาเซียนในรูปแบบของสมการได้ดังนี้

ดัชนี ISEW = มูลค่าการบริโภคสินค้าและบริการที่ผ่านตลาด (ปรับด้วยค่าดัชนีความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ + มูลค่าสินค้าและบริการที่ไม่ผ่านตลาด - ต้นทุนสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการพัฒนา เศรษฐกิจ (ซึ่งประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายในการแก้ไข ค่าใช้จ่ายในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน และ ส่วนของผลกระทบภายนอกที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข) - ค่าเสื่อมราคาของทุนธรรมชาติธรรมชาติ (ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

ดัชนี ISEW ของ Daly และ Cobb ซึ่งเป็นการปรับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ด้วย ภาวะมลพิษและความสูญเสียของทุนธรรมชาติ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงสวัสดิการหรือคุณภาพชีวิตของคนในสังคมที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาเศรษฐกิจเมื่อได้คำนึงถึงความเสียหายของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหรือทุนธรรมชาติแล้ว

ดัชนี ISEW นับเป็นดัชนีวัดความยั่งยืน แบบเข้มงวด ที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีหลักเกณฑ์ของเพียสและแอทคินสัน (Pearce-Atkinson Rule) ที่ใช้วัดความยั่งยืนแบบเข้มงวดคือ

ค่าเสื่อมราคาของทุนธรรมชาติ  $\leq 0$  ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติซึ่งหากใช้หลักเกณฑ์นี้แล้ว Pearce และ Atkinson ก็พบว่าใน 22 ประเทศที่ได้



ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1994 เจื่อนไขการพัฒนาที่ยั่งยืนแบบหลวมไปแล้วนั้น ไม่มีประเทศใดเลยที่ผ่านเกณฑ์การวัดความยั่งยืนแบบเข้มงวด แต่มีประเทศที่เข้าใกล้เกณฑ์นี้มากที่สุด คือ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น และฟินแลนด์ ที่มีค่าดัชนีเท่ากับ 1 2 และ 2 ตามลำดับ

### 2.2.5 บัญชีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ระบบบัญชีรายได้ประชาชาติโดยทั่วไปเป็นบัญชีที่เกี่ยวกับกระบวนการผลิตทั้งหมด นั่นคือ การไหลเวียนของรายได้ที่เกิดจากการใช้ปัจจัยการผลิตบัญชีรายได้ประชาชาติแบบดั้งเดิม ก็จะนับรวมเอาค่าจ้างอันเกิดจากปัจจัยแรงงาน ค่าเช่า อันเกิดจากปัจจัยที่ดิน ดอกเบี้ยอันเกิดจากปัจจัยทุนที่มนุษย์สร้างขึ้น เป็นต้น ซึ่งจะเห็นว่าปัจจัยทางด้านทรัพยากรธรรมชาติมิได้ถูกนำมาคิดคำนวณในบัญชีนี้ จึงทำให้มีการพัฒนาระบบบัญชีรายได้ใหม่ ที่นำต้นทุนทางด้านทรัพยากรมาคิดคำนวณด้วย บัญชีนี้ก็คือบัญชีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนหรือบัญชีสีเขียว (Green accounting) ซึ่งเป็นระบบบัญชีที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งแวดล้อมกับการพัฒนาให้เห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น

### 2.2.6 Sustainable Development Goals (SDG) การพัฒนาที่ยั่งยืน

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้นเริ่มจากองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาของประชากรโลก โดยในปี พ.ศ. 2544 ได้มีการกำหนดแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายทั้งหมด 8 ด้าน โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่ปีพ.ศ.2543-2558 ดังนั้นในปี พ.ศ. 2558 องค์การสหประชาชาติ ได้มีการประชุมร่วมกับประเทศสมาชิกรวม 189 ประเทศ ในการพัฒนาแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเป้าหมายนี้มีการพิจารณาในหลายมิติของปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีการกำหนดการพัฒนางานหลายด้านในเวลาเดียวกัน โดยยึดหลักการพัฒนาใน 17 เป้าหมาย ประกอบด้วย 5 แนวทางหลัก (United Nations, 2015) ดังนี้คือ

1) กลุ่มบุคคล (people) ประกอบด้วย 5 เป้าหมายคือ

1.1) ขจัดความยากจนทุกรูปแบบในทุกพื้นที่

1.2) ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหารปรับปรุงโภชนาการ และสนับสนุนการทำเกษตรอย่างยั่งยืน

1.3) สร้างหลักประกันให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของบุคคลทุกเพศทุกวัย

1.4) สร้างหลักประกันในการศึกษาให้มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมและมีความครอบคลุม ส่งเสริมให้โอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต

2) โลก (planet) ประกอบด้วย 6 เป้าหมายคือ

2.1) สร้างหลักประกันให้มีการใช้น้ำมีการบริหารจัดการน้ำและสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน

2.2) สร้างหลักประกันให้ทุกคนสามารถเข้าถึงพลังงานสมัยใหม่ในราคาย่อมเยา และ ยั่งยืน

2.3) สร้างหลักประกันให้มีแบบแผนการบริโภค และการผลิตที่ยั่งยืน

2.4) มีการดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับสภาวะ การเปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศและ ผลกระทบ

2.5) การอนุรักษ์และใช้แหล่งน้ำทะเล และทรัพยากรทางทะเล อื่น ๆ อย่าง ยั่งยืน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

2.6) ปกป้องฟื้นฟู และส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศอย่างยั่งยืน การบริหารจัดการป่าไม้ที่ยั่งยืน การต่อต้านการแปรสภาพเป็นทะเลทราย หยุดยั้งการเสื่อมโทรมของดินและ ฟื้นฟูสภาพของดินและหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ

3) ความเจริญรุ่งเรือง (prosperity) ประกอบด้วย 4 เป้าหมายคือ

3.1) ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและครอบคลุม และการจ้าง งานเต็มอัตรา และสร้างงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน

3.2) สร้างโครงสร้างพื้นฐานที่มีความต้านทาน และยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรม ที่ครอบคลุมและยั่งยืน ส่งเสริมนวัตกรรม

3.3) ลดความไม่เท่าเทียมทั้งภายในประเทศ และระหว่างประเทศ

3.4) ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย มีความต้านทาน และยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

4) ความสงบสุข (peace) มีเป้าหมายในการสนับสนุนสังคมให้เป็นสังคมที่สงบ สุขอย่างครอบคลุมสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยจัดให้มีการเข้าถึงความยุติธรรมสำหรับทุกคน และ พัฒนาสถาบันที่มีประสิทธิภาพมีความรับผิดชอบอย่างครอบคลุมในทุกระดับ

5) ภาคี (partnership) มีเป้าหมายในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของกลไกการ ดำเนินงานและสร้างหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

## 2.3 มาตรฐาน HA

### 2.3.1 ความหมายของ HA

Hospital Accreditation คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ระบบงานภายในของ โรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างต่อเนื่องการรับรองเป็นเพียงส่วนหนึ่งในขั้นตอนส่วนสุดท้ายของกระบวนการ (สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561)

### 2.3.2 ความเป็นมาของมาตรฐาน HA

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) โครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับโฉมโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุขการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเริ่มต้นโดยแพทยสภา ซึ่งต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เข้าไปศึกษาและจัดทำคู่มือ การนำมาตรฐานดังกล่าวไปใช้ประเมิน การมีค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์การวิชาชีพ ด้านสุขภาพ การจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่างๆ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561)

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในประเทศไทย เริ่มจาก การนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement (TQM/CQI) มาทดลอง ปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งเมื่อปีพ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ และเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจาก โครงการวิจัยและพัฒนามาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปีพ.ศ. 2542 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561)

### 2.3.3 พัฒนาการของ Hospital Accreditation ในประเทศต่างๆ

Hospital Accreditation เริ่มต้นด้วยมาตรฐานง่าย ๆ 5 ข้อในอเมริกาเมื่อ 70 ปีที่แล้ว เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ และค่อยๆ พัฒนาต่อมาเป็นความร่วมมือของ องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดตั้งขึ้นเป็น Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation (JCAHO) มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจูงใจจากรับรองเพื่อการฝึกอบรม มาสู่การเป็นเงื่อนไขสำหรับโรงพยาบาล ที่จะให้บริการผู้ป่วยในระบบ Medicaid และ Medicare

Hospital/Healthcare Organization Accreditation ได้ขยายตัวไปสู่ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอีกหลายๆ ประเทศตามมา จนในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 70 ประเทศทั่วโลกที่มีระบบนี้เกิดขึ้น โดยที่มีความหลากหลายของลักษณะโครงสร้างองค์กรและแหล่งทรัพยากร องค์กรในช่วงเริ่มต้นของระบบนี้ในโลก จะเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ขณะที่องค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงหลังๆ โดยเฉพาะในประเทศยุโรปตะวันออก จะมีลักษณะเป็นองค์กรของรัฐ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561)

แนวคิดของระบบนี้ค่อยๆ เปลี่ยนไปตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโลก จากที่เริ่มต้นในลักษณะของ การตรวจสอบตามมาตรฐาน มาสู่การใช้เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้การเยี่ยมสำรวจเป็นเสมือน external peer review ซึ่งการเริ่มต้นนำระบบนี้เข้ามาทดลองใช้ในประเทศไทย เมื่อปีพ.ศ. 2540 นั้น เป็นช่วงที่กำลังมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดนี้อย่างขนานใหญ่ในประเทศอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ประเทศไทยจึงได้รับแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนามากกว่าการตรวจสอบเข้ามาตั้งแต่ต้น “HA is an educational process, not an inspection”

ในช่วงเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกันจุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำเอาประสบการณ์มา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่ม การใช้เทคนิคการเป็นโค้ชหรือการเป็น facilitator

ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มาตรฐาน HA ฉบับแรกคือ ฉบับปีกัญจนภิเชก ได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น เช่น การทำงานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ระบบบริหารความเสี่ยง การมีองค์กรแพทย์มากำกับดูแล มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวในการนำข้อมูลวิชาการ มาจัดทำและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพมากขึ้น กระบวนการ HAได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติตามสภาพความพร้อม ของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นแรกเป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วยการปฏิบัติอย่างง่ายๆ และตรงประเด็น อาศัยสิ่งที่เป็นปัญหาความเสี่ยง ผลที่ไม่พึงประสงค์ ต่าง ๆ นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ เท่ากับเป็นการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อไป (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2561)

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดีมีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ให้คุณค่า อยู่ยั้งยืนยง”

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

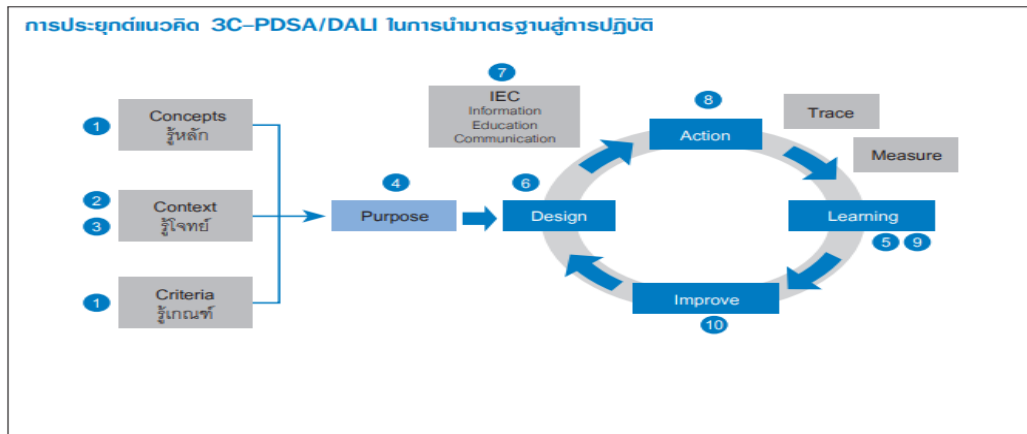
### 2.3.4 องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation

- (1) การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา
- (2) การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างสอดคล้องกับบริบทของตน และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสม
- (3) การประเมินจากภายนอกในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยค้นหา จุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น
- (4) การยกย่องชื่นชมด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือ การมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

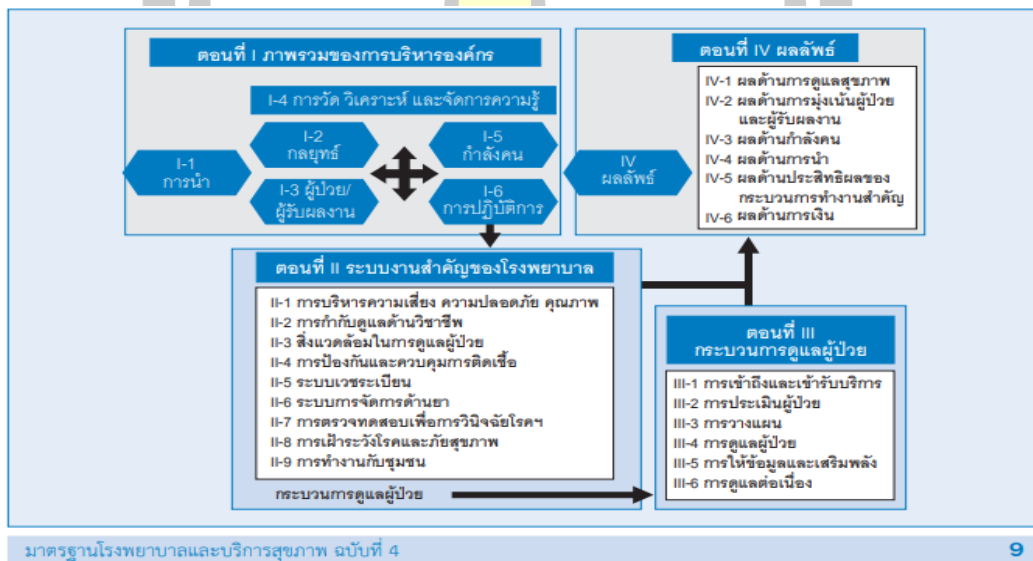
### 2.3.5 ขอบเขตของมาตรฐาน HA

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมการบริหารโรงพยาบาล การจัดการระบบงานสำคัญ กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท ซึ่งมีสิ่งที่ควรใช้ควบคู่กับมาตรฐานดังนี้

- 1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาความท้าทาย และความสำคัญ
- 2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริม สุขภาพ
  - ทิศทางการนำ: visionary leadership, system perspective, agility
  - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
  - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
  - การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
  - พาเรียนรู้: learning, empowerment
- 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose Process-Performance)
- 4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)



รูปภาพที่ 5 การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ, สรพ.2561  
ที่มา : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (2561)



รูปภาพที่ 6 ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ, สรพ.2561  
ที่มา : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (2561)

PDSA เป็นวงล้อของการปฏิบัติตั้งแต่การออกแบบการนำไปปฏิบัติการเรียนรู้หรือ ทบทวนติดตาม ประเมินผลและการปรับปรุงให้ดีขึ้นอาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดีทำถูกทำ เป็น” Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action –Learning-Improvement (DALI) โดย ความหมาย 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่ เหลือสิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เป้าหมาย

หรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ตีมาจากการวิเคราะห์ Context หรือสถานการณ์เฉพาะของต้นคู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ Criteria หรือมาตรฐานเมื่อได้เป้าหมายชัดเจนก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจนรู้ประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้ ในการคิดและการทำที่ตื้นนั้นควรมีหลักการหรือค่านิยมหลัก เป็นตัวกำกับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้นการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาการเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบซึ่งมีวิธีการมากมายเช่น

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่นอกตำราใช้การไม่ได้แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงานส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติได้จริงและในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion & Learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวางการมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้นและเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) สนทนาสนทนา (Dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่นความเข้าใจตนเองก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้วอาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิดหรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (Portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้นการเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระไม่ต้องมีรูปแบบหรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น Service profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (Tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราคำนึงเคยสามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆได้ง่ายตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรคข้อมูลข่าวสารยาสิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริงช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเองโดยเข้าไปดูในสถานที่จริงเจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอกการเข้าไปพร้อม ๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ที่ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัดการวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมายควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูลขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่น ๆ มาประกอบด้วย

10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อนความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และเสียงสะท้อนต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้นพึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรกแต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคลการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมแล้วหรือไม่มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกหากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยควรจะต้องทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในประเมินผลในมุมมองทั่วไปคือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมาการประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้นโดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงมิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกันช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้วช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการเพื่อให้เกิดการ ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้าการให้ Recognition ต่าง ๆ เช่นกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 สู่ HA หรือประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนาเป็นเพียงผลพลอยได้เพื่อตอกย้ำให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงานแต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบ



ของโรงพยาบาลเองระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้มาตรฐานให้เกิดประโยชน์จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเองสามารถระบุดูเอาแห่งปัญหาหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน 5 ประการคือ ทิศทางนำผู้รับผลคนทำงานการพัฒนาพาเรียนรู้ และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกกรอบแนวคิดรวมนี้อย่างง่าย ๆ ว่า 3C-PDSA นอกจากนี้การนำมาตรฐานไปใช้จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของ มาตรฐานเข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวมพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง

## 2.4 แนวคิดการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุข

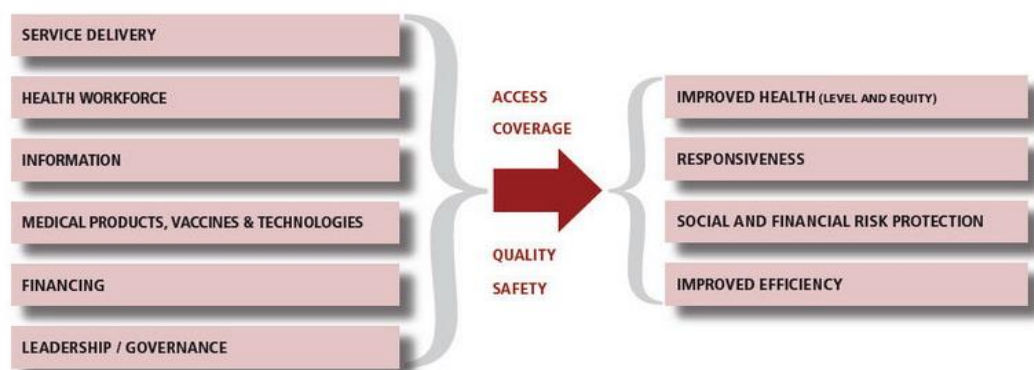
ระบบสุขภาพ (Health System) ครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพของบุคคล ภายนอกบุคคล กิจกรรมต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ และกิจกรรมใดก็ตามที่มีผลต่อสุขภาพ รวมไปถึงการมีกลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ (การสาธารณสุขไทย, 2554-2558)

ระบบสาธารณสุข (Public Health System) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ หมายถึงการจัดการที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สาธารณสุขสาธารณสุข, 2531) นอกจากนี้แล้วยังเกี่ยวข้องกับ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพของ บุคคล ครอบครัว และชุมชน

### 2.4.1 องค์ประกอบของระบบบริการสาธารณสุข

องค์ประกอบของระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วย ระบบต่างๆ 6 ด้าน คือ (World Health Organization, 2010)

1. ระบบบริการ (Service Delivery) ได้แก่ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information)
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Product, Vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Health Financing)
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)



### รูปภาพที่ 7 ภาพองค์ประกอบทั้งหมด ของระบบสุขภาพ

ที่มา : World Health Organization (2010)

ระบบบริการสาธารณสุข ทั้ง 6 องค์ประกอบนี้มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ 4 ประการ คือ

1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรในกลุ่มต่างๆ ในการได้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดี

2) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้น ได้ตอบสนองความต้องการของ ประชาชนในระดับที่เกิดความพึงพอใจ

3) เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีระบบการป้องกันความเสี่ยง ด้านสังคมและการเงิน จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

4) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในเรื่องการจัดการทรัพยากรและเทคโนโลยี โดยการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญที่วางไว้ ได้แก่ การเข้าถึงบริการของประชาชน ความครอบคลุมของ บริการสาธารณสุข และบริการต่างๆที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีความปลอดภัย

ประเด็นในเรื่องของการจัดการด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือการ กระจายทรัพยากรให้เหมาะสม เพื่อป้องกันความเหลื่อมล้ำที่อาจเกิดขึ้น ทั้งด้าน บุคลากรทาง การแพทย์เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระหว่างในเมืองใหญ่และในชนบท รวมทั้งมาตรการ สร้างแรงจูงใจและความภูมิใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการทำงานในชนบท เป็นสิ่งที่ควรให้ความสนใจ (สงครามชัย ลีทองดี, 2559)

นอกจากนี้แล้ว คุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการด้านสาธารณสุข เป็นสิ่งที่ มีความสำคัญต่อผู้มารับบริการ เพราะความผิดพลาดในการให้บริการมีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย จาก จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด พบว่ามีภาวะที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นถึงร้อยละ 35

และประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตที่เกิดจากภาวะไม่พึงประสงค์นี้ สามารถป้องกันได้ ดังนั้นในสถานบริการ ควรเน้นมาตรการในการป้องกัน (สงครามชัย ลีทองดี, 2559)

#### 2.4.2 กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ

1) กลไกในระดับชาติ การเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 มีการเชื่อมโยงทุกประเทศและทุกระบบเข้าด้วยกัน ทำให้ประเทศต่างๆจำเป็นต้องมีการปรับตัว เข้ากับการเปลี่ยนแปลงกับสถานะต่างๆ สำหรับประเทศไทย ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ เช่น การปฏิรูประบบสุขภาพโดยการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ ที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข องค์กรที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ อาทิ สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สำนักงานงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอดจนกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สถาบันวิจัยเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557)

2) กลไกระดับพื้นที่ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ โดยมุ่งที่จะดำเนินการ จัดบริการสุขภาพเชิงรุกในระดับพื้นที่ (Regional Public Health Service Provision) โดยมีการบริหารจัดการในรูปแบบของเขตสุขภาพ เนื่องจากการบริหารจัดการในระดับจังหวัดมีข้อจำกัด เนื่องจากความแตกต่างของจำนวนประชากร ในบางจังหวัดขาดความรวดเร็วในการตอบสนองปัญหา (Speed) ตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และยังเป็นภาระกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่อีกด้วย โดยได้มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทั้งการให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดความเสมอภาค ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการ ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเครือข่าย เน้นการพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย พัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีขึ้น (Service Outcome) ลดเวรลารอคอย ลดคิวในการให้บริการ ขยายความครอบคลุมการให้บริการ ลดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและเกิดผลลัพธ์ ( Outcome) ต่อประชาชนโดยตรง (สถาบันวิจัยเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557)

### 2.4.3 การอภิบาลระบบสุขภาพ

การอภิบาล หมายถึง การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (สถาบันวิจัยเพื่อสุขภาพ, 2557)

การอภิบาลระบบสุขภาพ หมายถึง การบริหาร การจัดการ การดูแล การปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชน ที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชน ในการกำหนดทิศทางระบบสุขภาพโดยรวม (สถาบันวิจัยเพื่อสุขภาพ, 2557)

รูปแบบของการอภิบาลสุขภาพ

1) การอภิบาลโดยรัฐ (Hierarchical governance) เป็นรูปแบบการอภิบาลแบบพื้นฐาน มีการใช้อำนาจสั่งการจากผู้บังคับบัญชา มีระบบและโครงสร้างชัดเจน

2) การอภิบาลโดยตลาด เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ ยินดีที่จะจ่ายในบริการที่ตนเองพึงพอใจ ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบธุรกิจ ทำให้สามารถเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของงานที่ทำได้ ในภาครัฐมีเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน (Pay for Performance) และการร่วมจ่ายในการรับบริการนอกเวลาราชการ

3) การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by network) เน้นความเป็นหุ้นส่วนหรือเจ้าของร่วมกัน (Partnership) มีความเคารพกัน ไว้วางใจ (trust) เข้าอกเข้าใจกัน (empathy) เป็นการบริหารจัดการแบบแนวราบให้เกิดการทำงานที่มาจากจิตสำนึกขององค์กร และผู้ปฏิบัติงานมากกว่าผู้สั่งการ

คุณลักษณะของการอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี 4 ประการ

1) ความเป็นธรรม (equity) คือ เรื่องสุขภาพจะต้องทำให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน การได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการดูแลตนเองของประชาชนทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกัน

2) มีคุณภาพ (quality) คือ การบริการที่เกิดจากรัฐ หรือองค์กรต่างๆ ในภาคเอกชน จะต้องมีความมาตรฐานตามหลักวิชาการ ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคน

3) มีประสิทธิภาพ (efficiency) เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด จึงต้องส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า แต่ไม่ทำให้ความเป็นธรรม และควมมีคุณภาพลดน้อยไป การสร้างเครือข่ายต่างๆ เพื่อบูรณาการทรัพยากรและงานไปด้วยกัน เพื่อให้เกิดความสำเร็จ จึงเป็นความคาดหวังจากการอภิบาลจากระบบสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) เป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มประสิทธิภาพด้วย

4) มีความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) การรับผิดชอบต่อสังคม โดยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างๆ มีการตรวจสอบแบบโปร่งใส

**สรุป** การอภิบาลระบบสุขภาพ ต้องอาศัยองค์กรต่างๆเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาการ ภาควิชาการ โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่สานพลังองค์กร ประสานให้มีการใช้งาน ทั้ง 3 ภาคส่วนอย่างสมดุล นอกจากนี้ยังมีองค์กรด้านสุขภาพอื่นอีก ได้แก่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทเรื่องขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพบริการสาธารณสุข การอภิบาลระบบสุขภาพ ต้องมีการปรับปรุงพัฒนา เปลี่ยนแปลงให้เท่าทันเหมาะสมกับบริบทของสังคมอยู่ตลอดเวลา

## 2.5 การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR)

### 2.5.1 ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Mixed Methods Research” มีใช้ตรงกับคำว่า “Mixed Methodology Research” ซึ่งในภาษาไทยจะตรงกับคำว่า “วิธีวิทยาการวิจัยเชิงผสมผสาน” เพราะทั้งสองคำนี้มีรากฐานที่มาแห่งความหมายและลักษณะต่างกันกล่าวคือ วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาร่วมกันศึกษาหาคำตอบของงานวิจัยในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือในระหว่างขั้นตอนภายในเรื่องเดียวกันหรือใช้เทคนิควิธีการเชิงผสมในเรื่องเดียวกันแต่ดำเนินการวิจัยต่อเนื่องแยกจากกันแล้วนำผลการวิจัยมาสรุปร่วมกันทั้งนี้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน เกิดขึ้นได้บนพื้นฐานของกลุ่มสำนักคิดปฏิบัตินิยม และสถานการณ์นิยม ซึ่งสนับสนุนว่าการใช้เทคนิควิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสามารถที่จะนำมา ร่วมกันศึกษาหาคำตอบในปัญหาวิจัยเดียวกันได้ในขณะที่ วิธีวิทยาการวิจัยเชิงผสมผสานนั้นหมายถึง การผสมผสานกันในระดับปรัชญา หรือพื้นฐานของความเชื่อเกี่ยวกับความจริงและวิธีการค้นหาความจริงโดยที่ปรัชญาแรกคือ ปฏิฐานนิยม (Positivism) ที่เชื่อว่าความจริงมีลักษณะเป็นวัตถุวิสัย (Objective) สามารถจำแนกแฉกนับเป็นตัวเลขได้ชัดเจน แต่ปรัชญาที่สองคือปรากฏการณ์นิยมที่เชื่อว่าความจริงมีลักษณะเป็นอัตวิสัย (Subjective) มีความหมายแปรเปลี่ยนไปตามบริบทไม่ควรจะ จำแนกแฉกนับเป็นตัวเลขเพราะจะทำให้หมดความหมายหรือลดความหมายของความจริงนั้นไปทั้งนี้ กลุ่มสำนักคิดบริสุทธิ์นิยม (Purist) มีความเห็นที่ไม่สามารถที่จะนำมาหลอมรวมสำหรับการค้นหา ความรู้ความจริงร่วมกันได้เพราะเหตุว่ามอง และเชื่อเกี่ยวกับความจริงต่างกันโดยสิ้นเชิง (รัตนะ บัว สนั่น, 2554)

เป็นวิธีวิจัยที่ผู้วิจัยบูรณาการ การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน ทั้งเรื่อง เทคนิค วิธีการ แนวทาง ความคิดรวบยอดเพื่อสามารถตอบคำถาม การวิจัยได้สมบูรณ์ขึ้น (Johnson & Onwuegbuzie, 2004)

เป็นประเภทของการออกแบบการวิจัยประเภทหนึ่งซึ่งใช้ ซึ่งใช้วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในการกำหนดปัญหาการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการอ้างอิง (Tashakkori & Teddlie, 2009)

**สรุป** การวิจัยแบบผสมผสาน เป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพมาใช้ในการวิจัยเดียวกัน เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่รอบคอบ รัดกุม โดยใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงปริมาณมาแก้จุดอ่อนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดอ่อนของงานวิจัยเชิงปริมาณ

### 2.5.2 ความเป็นมาของงานวิจัยแบบผสมผสาน

แบ่งการวิจัยหรือกระบวนการแสวงหาความรู้ ความจริงอย่างมีระบบแบบแผนโดยอาศัยกระบวนการทาง วิทยาศาสตร์สามารถแบ่งได้เป็น 3 ยุคคือ

ยุคที่ 1 ยุคระเบียบวิธีเดียว หรือยุคนักวิจัยบริสุทธิ์ (Mono Method หรือ Purist Era) ยุคนี้ จะใช้กระบวนการทัศนการวิจัยแบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณบริสุทธิ์หรือการวิจัยเชิงคุณภาพบริสุทธิ์

ยุคที่ 2 ยุคระเบียบวิธีแบบผสม (Emergence of Mixed Methods) จากข้อจำกัดของระเบียบวิธีเดียว จึงเกิดการนำวิธีการเก็บข้อมูลวิธีต่างๆมาใช้ในการวิจัย

ยุคที่ 3 ยุคการวิจัยแบบผสม (Emergence of Mixed Model Studies)

การวิจัยแบบผสมผสานเกิดขึ้นครั้งแรก ใน ค.ศ. 1959 หรือ พ.ศ. 2502 โดย Campbell และ Fiske เป็นผู้แนะนำ ให้ใช้วิธี เก็บข้อมูลเชิงปริมาณหลายๆ วิธี และเพิ่มวิธีการเชิงคุณภาพเข้าไปในการ ศึกษาเชิงปริมาณด้วย ในการศึกษาทาง สังคมศาสตร์และ พฤติกรรมศาสตร์ หลังจากนั้นก็มีนักวิชาการอีกหลายคน แสดง ทัศนะเกี่ยวกับการผสมผสานวิธีเก็บข้อมูล เช่น Sieber Bryman, Reichardt & Rallis

ค.ศ. 2003 หรือ พ.ศ. 2546 Creswell ได้เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างระหว่าง รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัย แบบผสมผสาน

ค.ศ. 2005 หรือ พ.ศ. 2548 การวิจัย แบบผสมผสานได้รับการยอมรับมากขึ้นจนมีการตีพิมพ์วารสาร ชื่อ Journal of Mixed Methods Research จนถึงปัจจุบัน

### 2.5.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากแนวคิดของนักวิชาการ เช่น Creswell & Clark (2007) ; Creswell (2015) สามารถสรุปจุดมุ่งหมายของ การวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

1. เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัยเชิงเดียว (Mono Method Research)

2. เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่างๆ ในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

3. เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือเติมเต็มประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา  
4. เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติ เป็นข้อขัดแย้ง หรือเป็นทัศนะใหม่  
5. เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย

6. เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวาง ลุ่มลึก มากขึ้น

7. เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ

#### 2.5.4 ลักษณะสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากแนวคิดของ Teddlie, C. & Tashakkori, A (2003); Johnson & Christensen (2014) สามารถสรุปลักษณะสำคัญ ของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

1. ใช้วิธีเก็บรวบรวมและวิธีวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามวิจัย

2. รวมหรือผสมผสานข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ

3. ใช้แนวคิดเชิงปรัชญาหลากหลายร่วมกันหรือกระบวนทัศน์ที่หลากหลาย (Paradigm Pluralism)

4. เน้นความหลากหลายในทุกระดับของกระบวนการวิจัย

5. ยืดคำถามหรือปัญหาวิจัยเป็นหลักในการกำหนด วิธีการที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

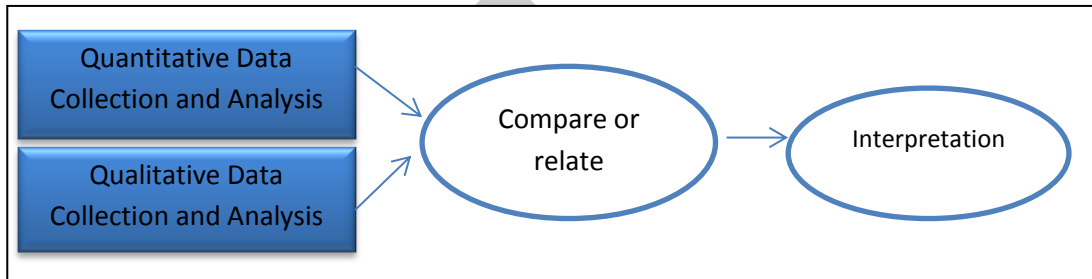
6. ใช้วิธีรวบรวมข้อมูลหลายๆ วิธี เพื่อเสริมซึ่งกัน และกันลักษณะทั้ง 6 ข้อดังกล่าวข้างต้นเรียกรวมกันว่า “การผสม ผสานวิธีวิทยา” (Methodological Eclecticism) ซึ่งหมายถึง การเลือกสรรและการบูรณาการวิธีวิทยาที่เหมาะสมที่สุด จากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจ

#### 2.5.5 แบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสาน

รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานแบ่งตามเวลาการดำเนินการวิจัยและความสำคัญของการวิจัย เป็น 6 รูปแบบใหญ่ (Creswell, 2013)

1) การวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกันกับเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้งสองแบบเท่าเทียมกัน และนำผลมารวมกันในช่วงของการแปลผล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือทำให้การวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

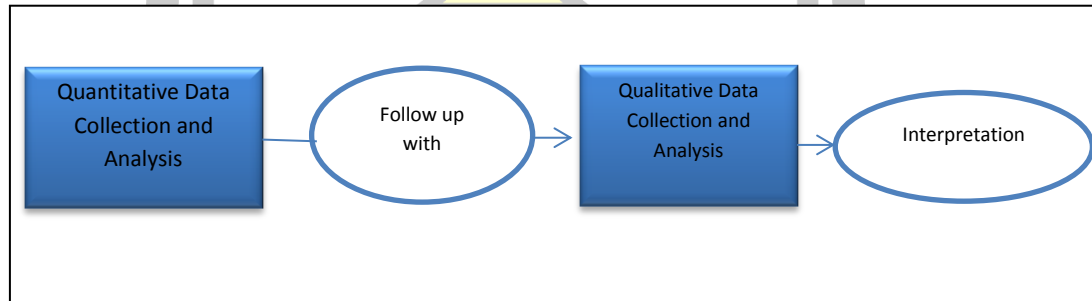
(a) The convergent parallel Design



รูปภาพที่ 8 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน  
ที่มา : Figure 3.2 in Creswell (2013: 69)

2) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยหลัก เป็นการวิจัยเชิงปริมาณก่อน เพื่อตอบปัญหาการวิจัย และต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยในการอธิบายผลให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

(b) The explanatory sequential design

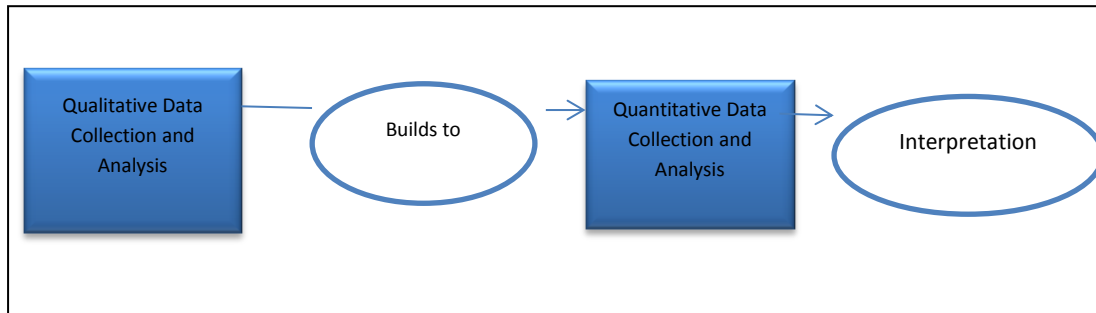


รูปภาพที่ 9 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (2)  
ที่มา : Figure 3.2 in Creswell (2013: 69)

3) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Explanatory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยหลัก เพื่อสำรวจข้อมูลโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ และนำผลมาต่อด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อยืนยันและสามารถนำผลไปใช้ต่อในวงกว้าง

(c) The exploratory sequential design

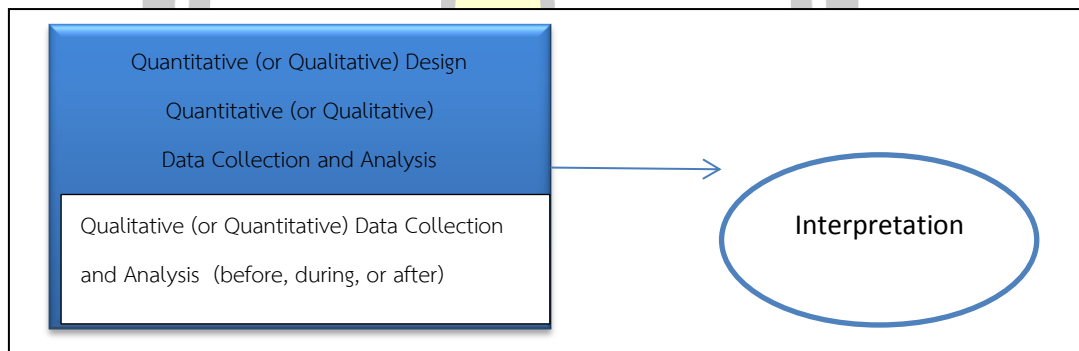




รูปภาพที่ 10 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (3)  
ที่มา : Figure 3.2 in Creswell (2013: 69)

4) การวิจัยแบบรองรับภายใน (Embedded Design) เป็นการวิจัยที่มีการวิจัยย่อยเป็นเชิงคุณภาพ หรือเชิงปริมาณภายในการวิจัยหลัก ไม่ว่าจะเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณ เพื่อให้การวิจัยไปสนับสนุนการวิจัยหลัก ให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

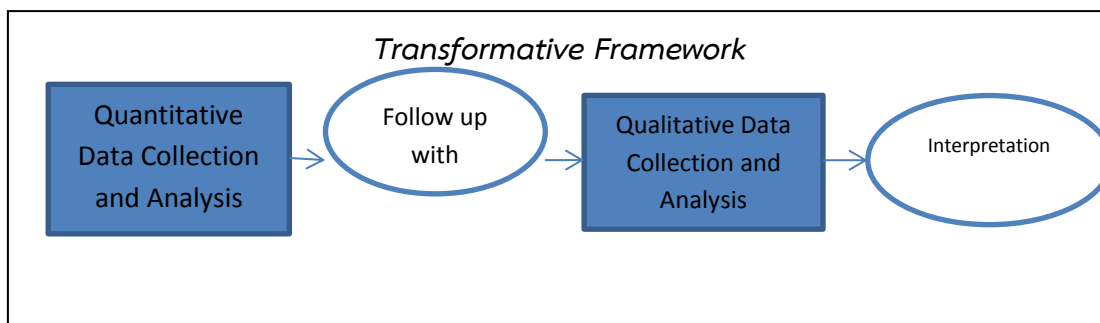
(d) The embedded design



รูปภาพที่ 11 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (4)  
ที่มา : Figure 3.2 in Creswell (2013: 69)

5) การวิจัยแบบปฏิรูป (Transformative Design) เป็นการวิจัยที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดจากผลการวิจัย เป็นการวิจัยวิธีวิจัยหนึ่ง แล้วต่อยอดอีกวิธีหนึ่ง วิธีไหนก่อนก็ได้อย่างอิสระ เพื่อให้เกิดความร่วมมือสูงสุด ซึ่งมักเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ยากต่อการเข้าถึง สุดท้ายนักวิจัยบูรณาการผลของการศึกษาวิจัย จากระยะแรกและระยะหลังเข้าด้วยกันในการแปลผล เพื่อสรุปกรอบแนวคิด

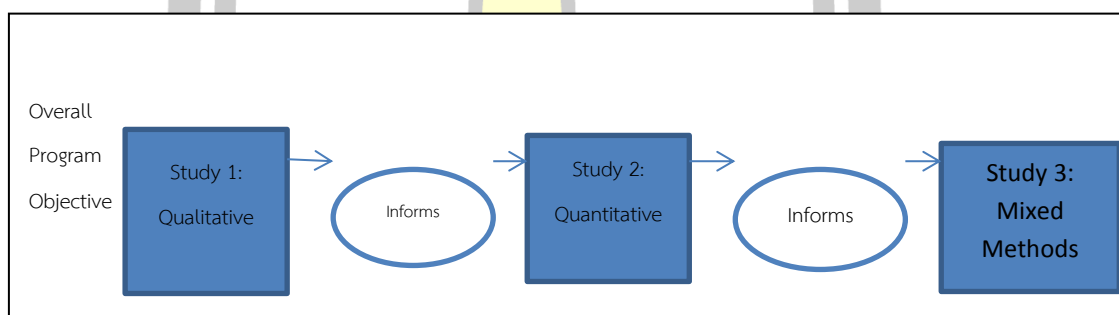
(e) The transformative design



รูปภาพที่ 12 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (5)  
ที่มา : Figure 3.2 in Creswell (2013: 69)

6) การวิจัยแบบหลายช่วง (Multi-phase Design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบ อาจมีทั้งแบบเป็นขั้นตอนและแบบพร้อมกัน เพื่อตอบปัญหาการวิจัยอย่างเป็นระบบสำหรับโครงการวิจัยขนาดใหญ่ อาจต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของนักวิจัยเป็นกลุ่มใหญ่

(f) The multiphase design



รูปภาพที่ 13 รูปแบบการวิจัยผสมผสาน (6)  
ที่มา : Figure 3.2 in Creswell (2013: 69)

สรุป การวิจัยแบบผสมผสาน เป็นการวิจัยที่ได้รับความสนใจของนักวิจัยและนักวิชาการ เป็นประโยชน์ต่อวงการวิจัย เนื่องจากเป็นการรวมข้อดีของการวิจัยทั้งสองรูปแบบ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องอาศัยทักษะของนักวิจัย ซึ่งต้องวางแผนรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

## 2.6 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

### 2.6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัย (Research) เป็นการศึกษาค้นคว้าหาคำตอบอย่างมีระบบแบบแผน และเชื่อถือได้

การปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแผนที่ได้ไปทดลองปฏิบัติ ในสถานการณ์จริงเพื่อ ยืนยันผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ของผู้ปฏิบัติที่กลายมาเป็นผู้วิจัย หรือทำงานร่วมกับผู้วิจัย นำประเด็นและปัญหาในหน่วยงานของตนเอง ไปปฏิบัติ ผ่านกระบวนการ ที่เป็นวงจร สามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลายวิธี (Hollow, 2010)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติอย่าง เป็นระบบระเบียบ มีการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงและ ได้มาซึ่งรูปแบบและคำตอบของการแก้ปัญหา โดยอาศัยทางวิทยาศาสตร์ และการศึกษาอย่างเป็น ระบบ (นางพรรณ พิริยานุพงศ์, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยประเภทหนึ่ง ที่ใช้กระบวนการปฏิบัติอย่างเป็น ระบบผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ วิเคราะห์วิจารณ์ผลการปฏิบัติการ โดย การใช้วงจร 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับปรุงแผนเข้าสู่วงจรใหม่ จนได้ข้อสรุปที่แก้ปัญหาได้จริง

**สรุป** การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายในการแก้ปัญหา มุ่งการ เปลี่ยนแปลง โดยความร่วมมือของบุคลากรในระบบและนักวิจัย มีการวิเคราะห์ปัญหาจาก สถานการณ์จริงเน้นสร้างการเปลี่ยนแปลง อย่างเป็นขั้นตอนมีระบบอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ที่ เกี่ยวข้อง ตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมาประมวลเป็น แนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้

### 2.6.2 วิวัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Roots)

1945 Collier เป็นคนแรกที่น่าแนวคิดในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วย นักวิจัย นัก บริหาร และประชาชน

1946 Kurt Lewin นักจิตวิทยาชาวเยอรมัน ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมา ใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน จนได้ชื่อว่าเป็น บิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1974 Habermas ได้กล่าวถึงเรื่อง ความรู้ประกอบด้วยความสนใจ 3 อย่าง คือ เทคนิค การปฏิบัติ และการปลดปล่อย

1970 และ 1980 ได้มีการพัฒนาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขึ้น เพราะถูกแรง กัดดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษา และสังคม ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงวิพากษ์ เชื่อม กับ Concept “Conscientization” ของ Marxist และ Freire มีความเชื่อว่า คนมีความตระหนัก ในสังคมและประวัติศาสตร์ของความเป็นจริงเพิ่มขึ้นว่ามีอิทธิพลต่อชีวิตและทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง

1982 ได้มีการพัฒนาแนวทางการวางแผนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถึงแม้ว่าการพัฒนา ด้านการศึกษาและชุมชนจะไม่เชื่อมต่อโดยตรงกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสิ่งสำคัญ คือนักวิจัยสุขภาพอยากสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถควบคุมชีวิตตนเอง และเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ได้

### 2.6.3 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6.3.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการศึกษา โดยมีการเปลี่ยนแปลงการศึกษา และมีการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง

2.6.3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานเป็นกลุ่ม (Participatory) มีการร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด

2.6.3.3 ใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุกขั้นตอน เพื่อปรับปรุงงานไปสู่จุดมุ่งหมาย

2.6.3.4 เป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic learning process) โดยนำแนวความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐาน ทดลอง ฝึกปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบว่าข้อสมมติฐานของแนวคิดนั้นผิดหรือถูก

2.6.3.5 เป็นการเริ่มต้นจากจุดเล็กๆอาจเริ่มต้นจากคนเดียวที่พยายามเปลี่ยนแปลงงาน หรือปรับปรุงงานให้ดียิ่งขึ้น โดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

2.6.3.6 เป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่เกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม จากการบันทึกพัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล และสามารถนำปรากฏการณ์ ที่ศึกษามาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้แนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

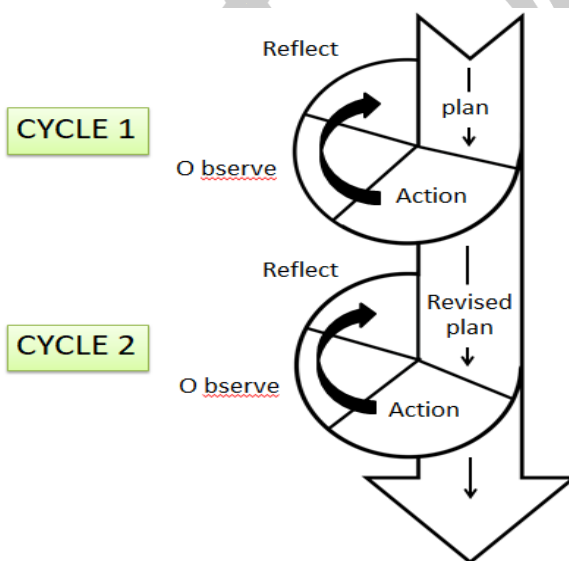
**สรุปหลักสำคัญ** คือ ผู้ปฏิบัติเป็นผู้วิจัยมีลักษณะยืดหยุ่น พัฒนาต่อเนื่องปรับตามสถานการณ์ เป้าหมายเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยการเรียนรู้ร่วมกัน

### 2.6.4 ลักษณะเด่นและวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ลักษณะการวิจัยเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และวิธีคุณภาพ (Qualitative) ร่วมกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ได้เน้นการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจน แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยลักษณะเด่นคือ การดำเนินการวิจัยเป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความต่อเนื่อง (Hirsch, Greenwood, & Leven, 2000)

ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ต่อมาเป็นการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงาน

ตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติ คือ การสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) ว่าผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป



รูปภาพที่ 14 Simple Action Research Model (Maclsaac, 1995)

## 2.6.5 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.6.5.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการแก้ไข แยกแยะรายละเอียดของปัญหา ลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับใคร แนวทางแก้ไขเป็นอย่างไร จะต้องปฏิบัติอย่างไร

2.6.5.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนที่วางไว้ มาดำเนินการ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยอาจพบปัญหา ต้องทำการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขแผน ดังนั้นแผนที่กำหนดไว้ ควรจะมีคามยืดหยุ่น ปรับได้ เปลี่ยนไปตามความเหมาะสม

2.6.5.3 ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ สังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (Action of Process) และผลของการปฏิบัติ (Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวม

ข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ต้องเลือกใช้อย่างเหมาะสม เพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

- 1) การบันทึกสนาม (Filed note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ที่เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็น โดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือแปลความหมาย
- 2) การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการได้คำถามที่มีความยืดหยุ่นมากกว่าแบบสอบถาม ทำได้ 3 ลักษณะคือ
  - 2.1) แบบไม่ได้วางแผน (Unplanned) เป็นการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการของคู่สนทนา
  - 2.2) แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง (Plan but – unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจที่สุด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่นประกอบ เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนตรงประเด็น
  - 2.3) แบบมีโครงสร้าง (Structured) เป็นการสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถามที่เตรียมไว้แล้ว
- 3) การใช้สังคัมมิติ (Sociometric method) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คำถามว่า เขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ ทำงานกับใคร แล้วนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ว่าใครเป็นผู้นิยมของกลุ่ม หรือใครถูกเพื่อนเพิกเฉย
- 4) แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สามารถใช้ได้ทั้งแบบปลายเปิดและแบบปลายปิด เลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล
- 5) การใช้แบบสำรวจรายการ (Checklist) เพื่อให้การบันทึกพฤติกรรมมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยอาจสร้างรายการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง แล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยใช้เครื่องหมาย / หรือ X หน้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามรายการที่มีอยู่
- 6) การบันทึกเสียง (Tape recording) เป็นวิธีที่สะดวกและง่าย ข้อดีคือ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด ข้อด้อยคือ ไม่สามารถบันทึกกิจกรรมที่แสดงท่าทาง
- 7) การใช้วีดิทัศน์ (Video tape recording) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอน บันทึกได้ทั้งภาพและเสียง มีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง
- 8) การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางสมองของแต่ละบุคคล

2.6.5.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการประเมินและตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา ผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

จะต้องร่วมกันตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้น ผ่านกระบวนการอภิปราย วิเคราะห์ เพื่อจะได้เป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

### สรุป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ที่แท้จริง จากประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการลงมือปฏิบัติจริง เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และยิ่งเชื่อว่าแนวคิดทฤษฎีใด ๆ ก็ตามจะถือว่าเป็นความจริงก็ต่อเมื่อได้รับการทดสอบหรือการพิสูจน์จากการนำไปใช้ประโยชน์ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเท่านั้น ลักษณะการวิจัยจึงเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีคุณภาพร่วมกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยา แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต ตามที่ Kurt Lewin (1946) บิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้กล่าวไว้ โดยเริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับต่อไป

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย จำนวน 14 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานตั้งแต่ปี 2550- 2562 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กนกนาค หงสกุล (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการงานชั้นสูงตรพลิกศฟ ในโรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คุณภาพการบริการงานชั้นสูงตรพลิกศฟในโรงพยาบาลศูนย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับประชาชนผู้รับบริการแตกต่างกัน ( $p < .05$ ) ปัจจัยภายในและภายนอกองค์กรทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการงานชั้นสูงตรพลิกศฟในโรงพยาบาลศูนย์ ปัจจัยภายนอกสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการบริการงานชั้นสูงตรพลิกศฟในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องสังคมไทย ส่วนปัจจัยภายในที่สำคัญได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่ บุคลากรและปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานชั้นสูงตรพลิกศฟในปัจจุบันความขาดแคลน

ด้านวัสดุอุปกรณ์อาคารสถานที่ โดยพบว่าที่พักรอของญาติไม่สะดวกร้อนเก้าอี้ไม่ค่อยเพียงพอ และพบว่า โรงพยาบาลขาดแคลนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการผ่าชั้นสุตรศพบและสถานที่ปฏิบัติงานไม่เหมาะสม การระบายอากาศไม่ได้มาตรฐานข้อเสนอแนะได้แก่ควรมีการปรับปรุงกฎหมายชั้นสุตรพลิกศพบที่เกี่ยวข้องให้เอื้ออำนวยต่อความมีประสิทธิภาพในการชั้นสุตรพลิกศพบของโรงพยาบาลศูนย์รัฐควรรสนับสนุนงบประมาณที่จำเป็นในการดำเนินงานชั้นสุตรพลิกศพบและควรถัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอกับความจำเป็นของงาน รวมทั้งปรับปรุงอาคารสถานที่ให้เหมาะสมนอกจากนั้นควรรสนับสนุนด้านเทคโนโลยีให้มีความทันสมัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพในการให้บริการ

กัลยาณี สุเวทเวทิน (2561) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital Accreditation) กระบวนการพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2550 ได้จัดทำคู่มือบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาให้กับโรงพยาบาล ซึ่งมีการประชุมติดตามและจัดทีมลงไปกระตุ้นและชี้แนะการพัฒนา ระยะที่ 2 ช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2555 จัดทำโครงการพัฒนาเข้ม ระยะที่ 3 ช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2560 โรงพยาบาลผ่านการ รับรอง HA ครบทั้ง 7 แห่ง ในปี 2556 ส่งผลให้ได้รับรางวัล Provincial Success ในระดับประเทศ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยระบบพีแอลเอ โดยศึกษาความคิดเห็นของทีมพัฒนาคุณภาพในระบบพีแอลเอ พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพีแอลเอได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และมีความคุ้มค่ากับเงินงบประมาณอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจในกระบวนการพัฒนาระบบพีแอลเอในระดับมากความคิดเห็นด้านกระบวนการพัฒนาและผลของกระบวนการพัฒนาต่อโรงพยาบาลและการให้บริการ อยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จในด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาลระดับมากและมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA ด้วยระบบพีแอลเออย่างต่อเนื่อง จนสามารถได้รับโล่รางวัล Provincial Success

ชญาตุตม์ ทุ่มทวน (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงานและปัจจัยด้านการบริหาร กับผลการดำเนินงานในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบว่า ปัจจัยด้าน การบริหารในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการดำเนินงานในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงานกับผลการดำเนินงานในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการบริหารภาพรวมกับผลการดำเนินงานในการพัฒนา และรับรองคุณภาพเป็นบวกและอยู่ในระดับสูง

ณัฐกฤษฎา ธรรมกวินวงศ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ของโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยตาม



ความสัมพันธ์การจำแนก คือปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ ปัจจัยด้านด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการเสริมพลัง ปัจจัยด้านส่วนร่วมประเมิณผล ปัจจัยด้านโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยด้านการประเมิณผล และสุดท้ายปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม

ทวิวัฒน์ ชัยมงคล (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยสภาพแวดล้อม และระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อม อธิบายความแปรผันในระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโดยรวมได้ร้อยละ 98.4 ( $p < .01$ ) สำหรับระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการด้านผลประโยชน์และ ด้านประเมิณผล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมร่วมกันอธิบายความแปรผันในระดับการมีส่วนร่วมดังกล่าวได้ร้อยละ 62.1, 80.9, 70.0 และ 72.4 ( $p < .05$ ) ตามลำดับ ตัวแบบของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ บุคลากรมีระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมและรายด้านอันได้แก่ด้านการตัดสินใจด้านการปฏิบัติงานด้านผลประโยชน์และด้านการประเมิณผลอยู่ในระดับปานกลาง และบุคลากรส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพมีบุคลากรเพียงร้อยละ 18.5 ที่มีปัญหาได้แก่ปัญหาการไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมขาดความรู้ความเข้าใจตลอดจนไม่ตระหนักถึงความสำคัญในกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

นภาพรณ์ อินตะ (2555) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจและด้านประเมิณผลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากรที่พบมากที่สุดคือบุคลากรของโรงพยาบาลขาดการนำปัญหามาเรียนรู้ร่วมกันและบุคลากรไม่สนใจที่จะดำเนินการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 98.0 รองลงมาคือ การติดต่อประสานงานไม่มีประสิทธิภาพคิดเป็นร้อยละ 96.5 บุคลากรขาดความรู้และความเข้าใจในงานพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 95.6 และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 80.9 การไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ร้อยละ 60.3 และขาดการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็น ร้อยละ 51.5 ปัญหาด้านการบริหารที่พบมากที่สุดคือขาดการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบร้อยละ 99.1 การดำเนินงานเป็นแบบสั่งการร้อยละ 87.7 ปัญหาด้านวัฒนธรรมองค์กรที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรขาดการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาระบบบริการเป็นแบบแยกส่วนพบ ร้อยละ 100.0 ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่คุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดความร่วมมือกันและความยั่งยืน

ยงยุทธ เอี่ยมฤทธิ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชนของบุคลากร จังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพอยู่ในระดับมาก อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ( $p < 0.05$ ) สำหรับปัจจัยด้านบรรยากาศองค์การและปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยอายุราชการมีมิติมุ่งความสำเร็จและมิติเห็นพ้องด้วยสามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 21.6

เยาวภา ปฐมศิริกุล (2554) ได้พัฒนาแบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ซึ่งพบว่า ปัจจัยการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยประกอบด้วย 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยกลยุทธ์ ปัจจัยระบบบริหารจัดการและปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยปัจจัยการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพที่สำคัญมากที่สุดคือ ปัจจัยการจัดการทรัพยากรบุคคล รองลงมาได้แก่ ปัจจัยระบบการบริหารจัดการและปัจจัยกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในแต่ละด้าน พบว่า ปัจจัยที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ กลยุทธ์การตลาดภายในการพัฒนาบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ระบบการจัดบริการสุขภาพระบบการมุ่งเน้นพัฒนาตลาด การธำรงรักษาบุคลากร ระบบบริหารคุณภาพการคัดเลือกบุคลากรและกลยุทธ์ระดับธุรกิจของโรงพยาบาล ตามลำดับและปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการภายในของโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือด้านการเติบโตของผู้รับบริการด้านการเรียนรู้และการเติบโตขององค์การและด้านการเงินของโรงพยาบาล

ราตรี ฉิมฉลอง (2551) ได้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่านรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) พบว่าผลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ สรุปการพัฒนาพบว่า การพัฒนาคุณภาพคงอยู่ และเกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย (1) ทำด้วยใจ (2) ทำอย่างต่อเนื่อง (3) ทำด้วยความสุข (4) ทำแล้วขยายผล (5) ทำอย่างผสมผสาน และ (6) ทำโดยใช้เครื่องมือกระตุ้น ได้แก่ ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) และการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย Routine to Research (R2R) ปัจจัยทำให้ประสบความสำเร็จได้แก่ ผู้นำองค์กร การมีส่วนร่วม

ร่วมของบุคลากร การทำงานเป็นทีม การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร การปรับปรุงเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ความพร้อมด้านปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนา แขนงนำทำงานคุณภาพที่มุ่งมั่น การใช้แผนกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การให้ความสำคัญกับความสุขของคนทำงานในการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมองค์กร การได้รับพลังอำนาจ แรงจูงใจในการทำงาน และการให้ความสำคัญกับคุณค่าของคน

วิทยา บุญเลิศเกิดไกร (2562) ได้ศึกษาค้นหาประเด็นการพัฒนาโรงพยาบาลด้วยการใช้เครื่องมือวินิจัยองค์กร (Nine Cells) และดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 3 ปี ผลการวินิจัยองค์กรครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2558) พบว่าเป้าหมายระดับโรงพยาบาล (Organization Goal) ยังไม่ชัดเจน จึงได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล โดยให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วม ผลการวินิจัยองค์กรครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2559) พบว่าเป้าหมายในระดับบุคคล (Individual Goal) ยังไม่ชัดเจนหรือเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน จึงได้มีการกำหนดแนวทางในการบริหารบุคคล โดยใช้ผลงานประกอบจากตัวชี้วัดระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล ผลการวินิจัยองค์กรครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2560) พบว่าเป้าหมายในทุกระดับชัดเจนแล้ว แต่การบริหารจัดการยังต้องได้รับการพัฒนาต่อไป เครื่องมือวินิจัยองค์กร (Nine Cells) นับได้ว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถ ระบุประเด็นพัฒนาโรงพยาบาลได้ โดยเฉพาะประเด็นในการบริหารองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการพัฒนา

ศิริธร มุ่งทอง , อีระ ฤทธิรอด และ รัชตะวรรณ ศรีตระกูล (2561) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพภรณ์ โรงพยาบาล BBB จังหวัดขอนแก่น ผลจากการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรค 5 อันดับแรก ได้แก่ พนักงานขาดแรงจูงใจในการนำองค์กรสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าในพัฒนางานด้านคุณภาพ ขั้นตอนการปฏิบัติทำให้เกิดความยุ่งยาก ในการปฏิบัติงานและ ขาดการกระตุ้นให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง พนักงานมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ยเกี่ยวกับปัจจัย ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทั้ง 6 ปัจจัยอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในปัจจัยด้านภาวะผู้นำ รองลงมาคือ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีส่วนร่วม และด้านแรงจูงใจ ตามลำดับ ได้นำข้อมูลที่วิเคราะห์ที่ได้มาจัดทำแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 5 กระบวนการ ได้แก่ โครงการ HA Morning talk โครงการพัฒนาคุณภาพบุคลากรเพื่อการบริการผู้ป่วยระดับสากล โครงการเตรียมฝึกอบรมการใช้เครื่องมือคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพโครงการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนและโครงการตรวจ สอบคุณภาพจากภายในเพื่อภายนอก

สมสมัย สุธีรसान และยุพิน อังสุโรจน์ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของแบบจำลองการวัดของผลรวมการจัดการความยั่งยืนในงานคุณภาพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ พบว่า 8 องค์ประกอบที่สำคัญในงาน TOM ขององค์กร ปัจจัยที่สำคัญ คือ เรื่องการศึกษา และการฝึกอบรมบุคลากร จะทำให้เข้าใจ และรักษามาตรฐานงานคุณภาพและทำให้เกิดความยั่งยืนได้

สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา (2552) ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดตราดที่ผ่านการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ชั้นที่ 2 ซึ่งพบว่า ระดับความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดตราด ที่ผ่านการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ชั้นที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและวัฒนธรรมองค์กร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน ประสบการณ์การทำงานต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลต่างกัน ทศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพต่างกันและวัฒนธรรมองค์กรต่างกันมีความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแตกต่างกัน ( $p < .05$ )

สถาพร รัตนวารวิงษ์ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ การมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยรวมอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 30 ปี หรือ ต่ำกว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีประสบการณ์เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ปัจจัยจูงใจในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ บุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก การสนับสนุนจาก องค์กรในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านวิชาชีพ ปัจจัยจูงใจ และการสนับสนุน จากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลบางจาก อยู่ในระดับปานกลาง ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการ ปฏิบัติงาน และตำแหน่งงานที่ปฏิบัติกับการมีส่วนร่วม

ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## 2.7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งเป็นผลงานตั้งแต่ปี 2009-2017 โดยมีรายละเอียดดังนี้

Abdallah (2014) ได้ศึกษา การใช้ความคิดริเริ่มที่ทำให้เกิดคุณภาพในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ: การขับเคลื่อนและความท้าทาย พบว่า ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับความเป็นผู้นำของพนักงานมีผลกระทบอย่างมากต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการริเริ่มงานคุณภาพ การออกแบบมีความเกี่ยวข้อง และมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จและมีผลกระทบเชิงปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้นำเสนอความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่กว่าของบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินโครงการคุณภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวในการพิจารณา ซึ่งเป็นกรอบทั่วไปสำหรับการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดความสำเร็จของงานคุณภาพ

Charles D. Shaw (2010) ได้ศึกษา การรับรองคุณภาพอย่างยั่งยืน ของกลุ่มประเทศยุโรป 24 ประเทศ ในปี 2009 โดยใช้ การสำรวจผลลัพธ์ที่สำคัญด้าน สภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพในระดับชาติ ,แรงจูงใจ,นโยบายของรัฐบาล,ระเบียบข้อบังคับ โครงการที่อยู่ในกำกับ และกองทุน พบว่า ความท้าทายที่จะทำให้การรับรองคุณภาพเกิดความยั่งยืน คือ การมีนโยบายสนับสนุนและแรงจูงใจทางการเงินสำหรับการเข้าร่วม การมีกฎหมายกำกับ วัฒนธรรมคุณภาพ ที่ครอบคลุมทั้งระบบสุขภาพ

Dicle Aydin, Esra Yaldiz and Suheyta Buyuksahin (2017) ได้ศึกษา การออกแบบของโรงพยาบาลที่ยั่งยืน สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ในประเทศตุรกี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ขึ้นอยู่กับการออกแบบระบบ การใช้ประยุกต์กระบวนการ และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ ประกอบการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยสำคัญยิ่ง

Diana, Harle, Huerta, Ford, & Menachemi (n.d.) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของโรงพยาบาลอย่างมีคุณค่า พบว่า มีหลักฐานบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าโปรแกรมแรงจูงใจไฮเทค ได้มีการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อเป็นเกณฑ์การใช้งานที่มีความหมาย ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาปรับเปลี่ยนโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อเร่งการยอมรับและการใช้งานที่มีคุณค่า ในโรงพยาบาลโดยโปรแกรมแรงจูงใจไฮเทค

Diana et al. (n.d.) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพในการรับรองคุณภาพ และผลกระทบที่ได้รับจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฮ่องกง โดยใช้ SWOT Analysis พบว่า จุดแข็ง คือ การมีส่วนร่วมและการสื่อสารของพนักงานที่เพิ่มขึ้น การสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ การ

เปลี่ยนแปลงเชิงบวกในวัฒนธรรมองค์กร เพิ่มความเป็นผู้นำและความตระหนักของพนักงานในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของจุดอ่อนที่พบคือเพิ่มภาระงานของพนักงานการขาดความตระหนักเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การฝึกอบรมพนักงานไม่เพียงพอ และการสนับสนุนเพื่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องขาดมาตรฐานการรับรองที่ใช้บังคับสำหรับการใช้งาน ในท้องถิ่น รวมถึงการระบุพื้นที่ปรับปรุง ความปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มเงินทุน เพิ่มเติมการรับรู้ของประชาชนและความสะดวกสบายทางการตลาด ภัยคุกคามนั้นรวมถึงพฤติกรรมการฉวยโอกาสการตัดเงินทุน การขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมและวิธีการกำกับดูแลในการเข้าร่วมบังคับ

Desveaux, Mitchell, Shaw, & Ivers (2017) ได้ศึกษา การทำความเข้าใจผลกระทบของการรับรองคุณภาพในการดูแลสุขภาพ: แนวทางทฤษฎีที่มีเหตุผล พบว่า สามขั้นตอนสำคัญสำหรับการรับรองคุณภาพผลกระทบ: การเชื่อมโยงการซื้อในองค์กร และการดำเนินการขององค์กร ขั้นตอนเหล่านี้ จะสร้างแผนผังที่ระบุไว้ในทฤษฎีกระบวนการทำให้เป็นมาตรฐานการเชื่อมโยงกัน เกิดขึ้นเมื่อองค์กรและพนักงานเข้าใจว่าการรับรองสอดคล้องกับความเชื่อบริบท และรูปแบบของการให้บริการสิ่งเหล่านี้ ได้รับอิทธิพลทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพเกิดขึ้น เมื่อองค์กรดำเนินการอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อตอบสนองต่อการสังเกตข้อเสนอแนะหรือการสะท้อนตนเองจากกระบวนการรับรอง

Duong et al. (2017) ได้ศึกษา การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากศูนย์ ของคุณภาพสู่อุบัติการณ์ระหว่างประเทศเพื่อการรับรองมาตรฐาน: กรณีศึกษาศูนย์เวชศาสตร์ป้องกัน Hai Duong ในเวียดนาม, 2555-2556. พบว่า ห้องปฏิบัติการทดลองทั้ง 12 ห้อง (ส่วนผสมระหว่างโรงพยาบาลและสาธารณสุข) แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 44% เป็น 78% ห้องปฏิบัติการสาธารณสุขในจังหวัด Hai Duong เข้าสู่โปรแกรมด้วยคะแนนต่ำสุดของกลุ่ม (28%) แต่สรุปด้วยคะแนนสูงสุด (86%) ห้าเดือนหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมโดยไม่มีการสนับสนุนภายนอกเพิ่มเติมพวกเขาได้รับการรับรองผู้บริหารห้องปฏิบัติการ พนักงาน อธิบายปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของพวกเขา: การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของสถานที่, คำแนะนำวิธีการที่ได้รับจาก SLMTA, การสนับสนุนจากที่ปรึกษาของไซต์

Hijazi et al. (2018) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติในการจัดการคุณภาพในผู้ป่วยของโรงพยาบาลในประเทศ จอร์แดน : รูปแบบการทำนายผลลัพธ์ พบว่า รูปแบบของการจำลองสมการโครงสร้างผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ทำนายของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสำหรับ ทั้งผู้ดูแลและผู้ให้การดูแลทางคลินิกมีส่วนร่วมในกระบวนการรับรอง ความมุ่งมั่น ความเป็นผู้นำในการปรับปรุงคุณภาพและการวัดผลลัพธ์การปรับปรุงคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในกระบวนการรับรองนั้น แสดงให้เห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับผู้บริหาร ( $\gamma = 0.96$ ) อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ ( $\gamma = 0.31$ ) มี

โอกาสน้อยที่จะรับรู้ถึงอิทธิพลของการวัด ผลลัพธ์การปรับปรุงคุณภาพในการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางกว่าพยาบาล (แกมมา = 0.59) เช่นเดียวกับแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น ๆ (0.55)

Joao Ederson Correa, Joao Batista Turrioni (2018) ได้ศึกษา อิทธิพลของการรับรองคุณภาพขององค์กรที่มีความยั่งยืนและผ่านการรับรองคุณภาพของประเทศบราซิล พบว่า มีการตรวจสอบการดำเนินการรับรองคุณภาพ รวมถึงการวัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในการพัฒนาอย่างยั่งยืน ปัจจัยด้านการนำ ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพของทีม การมีวัฒนธรรมคุณภาพ และสร้างให้บุคลากรมีวัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรับรองคุณภาพเกิดความยั่งยืน

El-Jardali, Jamal, Dimassi, Ammar, & Tchaghchaghian (2007) ได้ศึกษา การพัฒนาคูณภาพ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบของการปรับปรุงคุณภาพ พบว่ารูปแบบในการพัฒนาเพื่อปรับปรุงคุณภาพ ใช้สำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้นำองค์กร ระบุกลยุทธ์ที่แตกต่างในความสัมพันธ์ทางบวก และส่งผลให้เกิดความสำเร็จในระดับที่สูงขึ้น

Perera, Andrades, & Wass (2017) ได้ศึกษา ข้อเสนอแนะจากการรับรองคุณภาพของผู้ตรวจประเมิน MRCGP International South Asia: การศึกษาวิธีผสมผสาน พบว่า การประกันคุณภาพของผู้ประเมิน โดยใช้ความคิดเห็นจากเพื่อนเป็นกระบวนการที่ประสบความสำเร็จ การค้นพบนี้เน้นในด้านการปรับปรุงและนำทางเส้นทางสู่โมเดลของข้อเสนอแนะที่ตอบสนองต่อมุมมองของผู้ประเมินและความรู้สึกอ่อนไหวทางวัฒนธรรม

Rik Engbers (2013) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาองค์กรสู่ความยั่งยืนของการเรียนการสอนทางคลินิกที่มีคุณภาพ ในเนเธอร์แลนด์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนาโปรแกรมด้านคุณภาพไม่ได้ถูกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพในโรงพยาบาล ทำให้การเรียนการสอนทางการแพทย์มีระดับที่ต่ำและมีสถานะที่ไม่เป็นทางการ ดังนั้นการสร้างกรอบแนวทางปฏิบัติด้านการเรียนการสอนทางการแพทย์ ที่สำคัญที่จะทำให้องค์กรเกิดความยั่งยืนคือ การมีอาจารย์แพทย์ที่มีสมรรถนะสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ

Umar, Nasir MSc (2009) ได้ศึกษาปัจจัยทางบริบทที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนในการพัฒนาคูณภาพในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความยั่งยืนด้านคุณภาพในประเทศที่พัฒนาแล้วมีความแตกต่างกับกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งได้มีการกำหนดโครงสร้างของทรัพยากร ที่ชัดเจน วัฒนธรรม และการสร้างคุณค่า มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรหลัก เป็นสำคัญ มากกว่าความยั่งยืนของโปรแกรม และอุปสรรคที่สำคัญของความยั่งยืนคือ การวางแผน และการเริ่มต้นที่ไม่ดี ไม่มีอย่างต่อเนื่อง

## สรุป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีประเด็นการทบทวน อยู่ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน และ ทบทวนในประเด็นหารูปแบบของการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยทั้ง 35 เรื่องพบประเด็นและข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับประเด็นใหญ่ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ในงานวิจัยที่ทบทวน พบปัจจัย ด้าน การนำองค์กร โดยการมีนโยบาย ปัจจัยด้านการสนับสนุนของทีมและองค์กร การสร้าง แรงจูงใจ การสนับสนุนด้านสารสนเทศ ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน ในงานวิจัยที่ทบทวน พบปัจจัย ด้าน ทรัพยากรบุคคล การฝึกอบรมให้มีความรู้ด้านคุณภาพ ทำให้เข้าใจในงานคุณภาพมากขึ้น การ มีการออกแบบระบบที่ดี และการระบบสนับสนุนที่เอื้อ ทั้งระบบรายงาน การติดตามกำกับ การมี ห้องเรียนรู้ และนวัตกรรมที่สนับสนุน

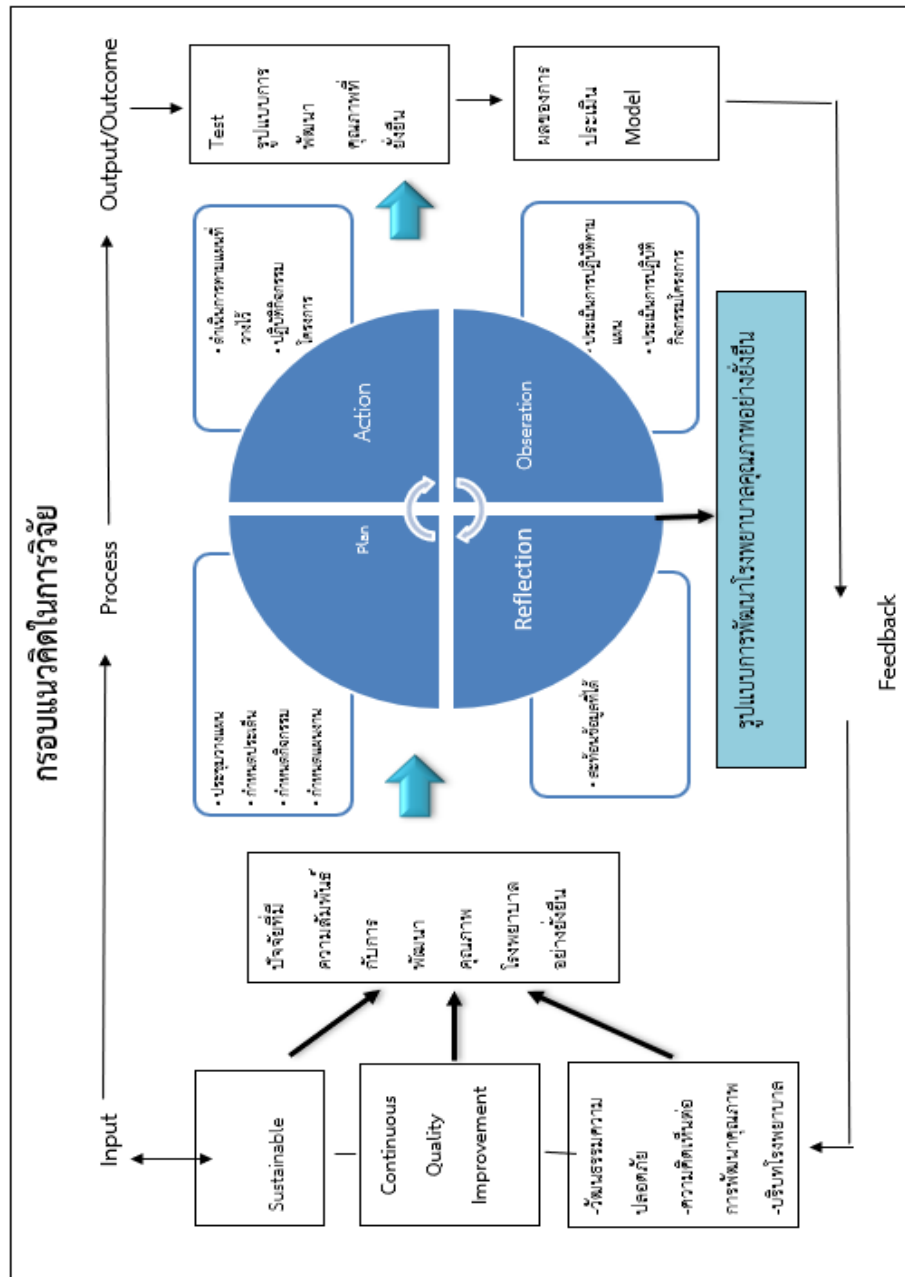
รูปแบบต่าง ๆ ที่แต่ละองค์กร และหลายประเทศนำมาใช้ เพื่อให้เกิดคุณภาพและความ ยั่งยืนในงาน ได้แก่ การมีระบบพี่เลี้ยง การสร้างทีม สร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้กับบุคลากรในองค์กร การมีระบบเครือข่ายสนับสนุน

## 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

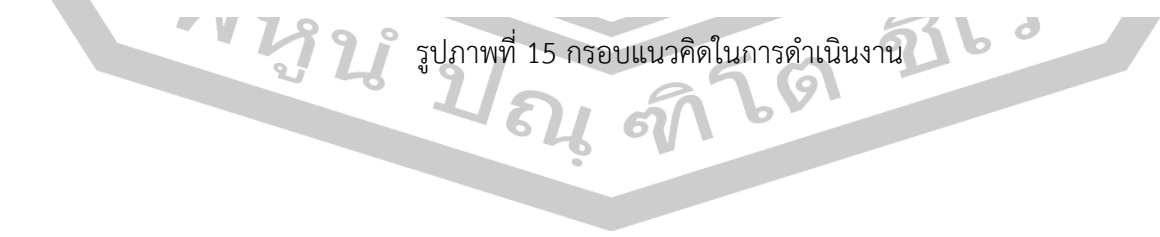
ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เอกสารทางวิชาการ ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) ได้ ดังนี้







รูปภาพที่ 15 กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



### บทที่ 3

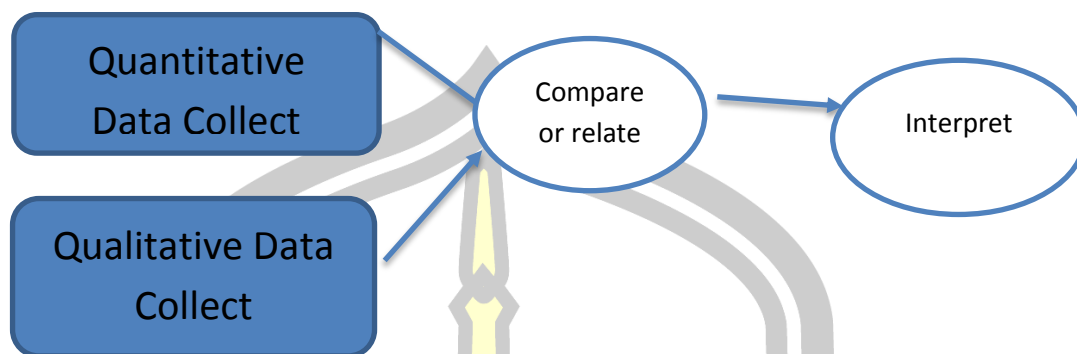
#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยแบ่งระยะการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยที่ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระยะที่ 2 การนำผลที่ได้จากการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนของโรงพยาบาล เพื่อค้นหารูปแบบการพัฒนาโดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพัฒนาที่ได้ในระยะที่ 2 มาทดลองใช้ ทดสอบ และประเมินผล ซึ่งขั้นตอนการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 วิธีสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.5 วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 เกณฑ์การให้คะแนน และการจัดการข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR) ตามแนวคิด Creswell & Clark (2013) ในแบบ The Convergent parallel ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีรูปแบบในการวิจัยแบ่งตามระยะในการดำเนินการดังนี้คือ



Mixed method แบบ Convergent parallel design

รูปภาพที่ 16 The Convergent parallel (Creswell & Clark, 2013)

**ระยะที่ 1** การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์และปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ

ขั้นที่ 1 ศึกษารายละเอียด วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนบริบทจากเอกสาร ทางวิชาการ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงคุณภาพของโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

ขั้นที่ 2 สร้างแบบสอบถาม เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในองค์กร โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากโปรแกรม Hospital Safety Culture Online จาก AHRQ สหรัฐอเมริกา เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ

ขั้นที่ 3 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว ไปทดลองใช้ และนำไปเก็บข้อมูลกับบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ยั่งยืน

**ระยะที่ 2** การค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสม ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทีมนำร่วมวางแผน โดยดำเนินการประชุมวางแผนร่วมกัน สะท้อนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ให้กับผู้บริหาร ทีมนำโรงพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติและรูปแบบสำหรับการที่ทำให้คุณภาพเกิดความยั่งยืนในองค์กร มีการบันทึกรายงานการประชุมจากการประชุมวางแผน ของ ผู้บริหารโรงพยาบาล 12 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 36 คน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 นำแนวทางปฏิบัติ และรูปแบบที่ได้ ลงสู่การปฏิบัติทั่วทั้งโรงพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 3 เก็บข้อมูล ผลลัพธ์จากการประเมินกิจกรรม โครงการ และรูปแบบที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัด แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินคุณภาพมาตรฐาน Scoring Guideline 2019 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนข้อมูลผลลัพธ์ ที่ได้กลับสู่เวทีคณะกรรมการบริหาร ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อร่วมกำหนดแนวทาง และการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ ในส่วนที่ยังเป็นปัญหา เพื่อดำเนินการต่อไป

### ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคุณภาพ ที่มีความยั่งยืน ทำการประเมินคุณภาพโดยใช้ กลไกการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล Internal survey จำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การประเมินบริบท (Context) ได้แก่ สถานการณ์และสภาพแวดล้อม ประเมินปัจจัยนำเข้า(Input) ได้แก่ ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร ประเมินกระบวนการ (Process) ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนของรูปแบบที่ได้ ประเมินผลผลิตของระบบ (Output) ประเมินข้อคะแนนจาก Scoring guideline

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสรุป รายงานผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

## 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยทั้ง 3 ระยะมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละระยะ ดังนี้

### 3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 การค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน

3.2.1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทุกกลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ และกลุ่มที่มิสนับสนุนทั่วไป จำนวน 1,551 คน (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562)

### 3.2.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

#### 3.2.1.2.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในขณะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และอย่างเป็นสัดส่วน

#### 1. กำหนดเงื่อนไขของการแบ่งกลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการ รองผู้อำนวยการตรวจสอบภายใน รองผู้อำนวยการฝ่ายใกล้เคียงข้อพิพาท รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมนุญมิ รองผู้อำนวยการฝ่ายกิจการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชี ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วยรวม จำนวน 79 คน

(2) กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข โดยจะต้องเป็นผู้มีใบประกอบวิชาชีพ จำนวน 962 คน

(3) กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ ประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือคนใช้ คนงาน เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกร เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน พนักงานเปล พนักงานขับรถส่งผู้ป่วย นักโภชนาการ รวมจำนวน 389 คน

(4) กลุ่มสนับสนุนอื่นๆ ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทั่วไป พนักงานธุรการ พนักงานบัญชี การเงิน เจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่ซีกฟอก จ่ายกลาง ช่างเทคนิค พนักงานทำความสะอาด นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักเวชสถิติ นักทรัพยากรบุคคล รวมจำนวน 132 คน

2. เลือกสุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มตามสัดส่วนประชากร จำนวน 1,551 คน และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละกลุ่มตามตารางต่อไปนี้

พูน ปณ ทิโต ชเว

ตารางที่ 4 การประมาณค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

รายการ	กลุ่ม				รวม
	ผู้บริหาร	ผู้ประกอบ วิชาชีพ	สนับสนุน ทาง การแพทย์	สนับสนุน ทั่วไป	
จำนวนประชากร	79	962	389	132	1,551
สัดส่วนของประชากรในแต่ละ กลุ่มอาชีพ	79/1,551 =4	962/1,551 =62	389/1,551 =25	132/1,551 =9	1.00
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	22	310	125	43	500

**เกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)**

- 1) เป็นบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดย
  - 2.1) กลุ่มผู้บริหาร มีตำแหน่งในการปฏิบัติงาน มีคำสั่งแต่งตั้งจากงานทรัพยากรบุคคล ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้นเป็นอย่างน้อย
  - 2.2) กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องเป็นผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพ
- 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)**

- 1) ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- 2) ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบเดียวตลอดทั้งแบบสอบถาม
- 3) ไม่สมัครใจที่จะร่วมวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย
- 4) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์น้อยกว่า 1 ปี
- 5) ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับมอบหมาย ตามคำสั่งแต่งตั้ง น้อยกว่า 1 ปี

**3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2****3.2.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

- 1) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 นี้ ได้แก่ กลุ่มคณะกรรมการบริหารกลุ่มคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

(1) กลุ่มคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 12 ฝ่าย หัวหน้ากลุ่มงาน 14 กลุ่มงาน และหัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 43 หน่วยงาน โดยต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น เป็นอย่างต่ำ

(2) กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยคณะกรรมการที่มีคำสั่งแต่งตั้ง ให้มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 36 คน

#### เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) เป็นคณะกรรมการตามคำสั่งแต่งตั้ง ปฏิบัติงานในคำสั่งแต่งตั้ง
- 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) เป็นบุคลากรโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไม่ถึง 1 ปี
- 2) เป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ไม่ถึง 1 ปี
- 3) ไม่สมัครใจที่จะร่วมการวิจัย

#### 3.2.2.2 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยในการวิจัยระยะที่ 2 นี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม รวมจำนวน 115 คน ดังนี้

- 1) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 79 คน
- 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 36 คน

#### 3.2.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ระยะประเมินผลโครงการ

**3.2.3.1 ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทุกกลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ และกลุ่มทีมสนับสนุนทั่วไป จำนวน 1,551 คน (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562)

**3.2.3.2 กลุ่มตัวอย่าง** การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และอย่างเป็นสัดส่วน

### 1. กำหนดเงื่อนไขของการแบ่งกลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการ รองผู้อำนวยการตรวจสอบภายใน รองผู้อำนวยการฝ่ายไกลเกลี่ยข้อพิพาท รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมนุญมิ รองผู้อำนวยการฝ่ายกิจการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและบัญชี ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสร้างเสริมสุขภาพ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย รวมจำนวน 79 คน

(2) กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข โดยจะต้องเป็นผู้มีใบประกอบวิชาชีพ จำนวน 962 คน

(3) กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ ประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกร เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน พนักงานแปล พนักงานขับรถส่งผู้ป่วย นักโภชนาการ รวมจำนวน 389 คน

(4) กลุ่มสนับสนุนอื่น ๆ ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทั่วไป พนักงานธุรการ พนักงานบัญชี การเงิน เจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่ซัพพลาย ช่างเทคนิค พนักงานทำความสะอาด นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักเวชสถิติ นักทรัพยากรบุคคล รวมจำนวน 132 คน

2. เลือกสุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มตามสัดส่วนประชากร จำนวน 1,551 คน และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละกลุ่มตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร

รายการ	กลุ่ม				รวม
	ผู้บริหาร	ผู้ประกอบวิชาชีพ	สนับสนุนทางการแพทย์	สนับสนุนทั่วไป	
จำนวนประชากร	79	962	389	132	1,551
สัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่มอาชีพ	79/1,551	962/1,551	389/1,551	132/1,551	1.00
	=4	=62	=25	=9	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	22	310	125	43	500



### เกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดย
  - 2.1) กลุ่มผู้บริหาร มีตำแหน่งในการปฏิบัติงาน มีคำสั่งแต่งตั้งจากงานทรัพยากรบุคคล ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับต้นเป็นอย่างน้อย
  - 2.2) กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องเป็นผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพ
- 3) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- 2) ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบเดียวตลอดทั้งแบบสอบถาม
- 3) ไม่สมัครใจที่จะร่วมวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย
- 4) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์น้อยกว่า 1 ปี
- 5) ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับมอบหมาย ตามคำสั่งแต่งตั้ง น้อยกว่า 1 ปี

## 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 3.3.1 ระยะเวลาที่ 1

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

**ข้อมูลเชิงปริมาณ** ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร รายละเอียดดังนี้

- 1) แบบสอบถามความคิดเห็นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพองค์กร และวัฒนธรรมความปลอดภัย ประกอบด้วย

**ตอนที่ 1** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ วิชาชีพ อายุงาน ในการทำงาน

**ตอนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นการพัฒนาคุณภาพองค์กร แบ่งเป็น 7 หมวด

หมวดที่ 1	การนำองค์กร	จำนวน 6 ข้อ
หมวดที่ 2	การวางแผนกลยุทธ์	จำนวน 5 ข้อ
หมวดที่ 3	ผู้ป้วยผู้รับผลงาน	จำนวน 5 ข้อ
หมวดที่ 4	การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้	จำนวน 5 ข้อ
หมวดที่ 5	กำลังคน	จำนวน 5 ข้อ
หมวดที่ 6	การจัดกระบวนการ	จำนวน 5 ข้อ
หมวดที่ 7	ผลลัพธ์	จำนวน 5 ข้อ

**ตอนที่ 3** เป็นแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร ประกอบด้วย

ข้อคำถาม 12 หมวด รวม 42 ข้อ

จำนวน 4 ข้อ

หมวดที่ 1 การสื่อสารที่เปิดกว้าง จำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 2 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด

หมวดที่ 3 การตอบสนองเกี่ยวกับความผิดพลาด จำนวน 4 ข้อ

หมวดที่ 4 การจัดคนทำงาน จำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยจำนวน 4 ข้อ

หมวดที่ 6 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน จำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 7 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงานจำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 8 ความคิดเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์จำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 9 ความคิดเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม จำนวน 4 ข้อ

จำนวน 3 ข้อ

หมวดที่ 10 ความคาดหวังของหัวหน้าและกิจกรรมที่ส่งเสริมความปลอดภัย

จำนวน 4 ข้อ

หมวดที่ 11 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

หมวดที่ 12 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล

จำนวน 4 ข้อ

โดยแบบสอบถามมีลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบของ Likert (อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540) มี 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ

4 หมายถึง เห็นด้วย

5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

### 3.3.2 ระยะที่ 2

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน มีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ถูกพัฒนามาจากการวิจัยระยะที่ 1 โดย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขึ้นวางแผน ใช้การบันทึกรายงานการประชุม การทำกลุ่ม เพื่อสร้างแนวทางและรูปแบบ สรุประเด็น และกิจกรรม โครงการที่จะทำ

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยการ Implement หน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้ รูปแบบการสื่อสารทางเวทีการประชุม ประชุมที่มนำต่างๆ ทางระบบ Intranet โรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรร่วมกันปฏิบัติตามกิจกรรม หรือโครงการต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต การประเมินผลกิจกรรม และโครงการต่างๆ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบประเมินผล โครงการ ก่อนและหลังจัดกิจกรรม แบบประเมินความรู้และทักษะ ในกิจกรรม และโครงการนั้นๆ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ได้แก่ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามประกอบด้วย 3 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลความพึงพอใจต่อกิจกรรมและโครงการ

ส่วนที่ 2 ความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมและโครงการ

ส่วนที่ 3 ทักษะด้านการพัฒนาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนข้อมูลกลับ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสรุปผลของโครงการ กิจกรรม เพื่อเสนอรายงานข้อมูลแก่ผู้บริหาร เพื่อหาแนวทางพัฒนาและร่วมกันวางแผนกิจกรรมอีกครั้ง

### 3.3.3 ระยะที่ 3

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อทดสอบรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพที่มีความต่อเนื่อง และยั่งยืน เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ได้แก่ แบบประเมินรูปแบบ ของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

## 3.4 วิธีสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

### 3.4.1 สร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ นำมาสร้างเป็นข้อ

คำถาม และเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข

### 3.4.2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**3.4.2.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** ความถูกต้อง ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อยจำนวน 3 คน โดยกำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสิน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ดังนี้

ให้ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถาม คำตอบ ไม่สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

#### 1) เกณฑ์การแปรผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ ให้นำไปคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้จากสูตร Index of Item-Objective Congruence: IOC (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ดังนี้

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

เมื่อ

IOC หมายถึง ดรรชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมาย

$\sum R$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อใดมีค่า IOC ใกล้ 1.0 แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาดีมาก แต่ถ้ามีค่าใกล้ศูนย์ แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาน้อย และถ้ามีค่าติดลบแสดงว่า เป็นข้อที่มีความตรงใช้ไม่ได้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จึงถือได้ว่าคำถามนั้น ๆ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

**3.4.2.2 ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)** เมื่อได้แบบสอบถามที่แก้ไขจากข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่สมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เป็นวิธีการหาค่าความเที่ยงเพื่อวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยครอนบาค (Cronbach,1951) เหมาะสมกับแบบทดสอบหรือแบบสอบถามที่มีการให้ค่าคะแนนที่ไม่เท่ากัน เช่น มาตรฐานวัดประเมินค่า (rating scale) ของ Likert เช่น แบบสอบถามวัดความคิดเห็น

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา คำนวณได้จากสูตร

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum s^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ  $\alpha$  หมายถึง ค่าความเชื่อถือของสัมประสิทธิ์แอลฟา  
 K หมายถึง จำนวนข้อคำถามของแบบทดสอบหรือแบบสอบถาม  
 $S_t^2$  หมายถึง ความแปรปรวนของข้อคำถามทั้งฉบับ  
 $S_i^2$  หมายถึง ความแปรปรวนของข้อคำถามรายข้อ

และค่าที่ยอมรับและเชื่อถือได้พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่า เครื่องมือนั้นมีความเที่ยงที่เชื่อถือได้ (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์ ,2549)

### 3.5 วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีวัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 2) เพื่อดำเนินการพัฒนาระบบและกลไกในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 3) เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดย การใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ประกอบด้วยระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล ดังนี้

### 3.5.1 เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย (Preliminary Phase)

3.5.1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลการพัฒนาคุณภาพ การรับรองคุณภาพ ข้อมูลอุบัติการณ์ที่มีในองค์กร

3.5.1.2 ขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

3.5.1.3 เตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย โดยใช้การบูรณาการตัวผู้วิจัย เข้ากับหน่วยงานประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ร่วมวิจัยคนอื่น ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยยิ่งขึ้น พร้อมทั้งทำความเข้าใจในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.5.2 ดำเนินการวิจัย (Action Phase)

**ระยะที่ 1** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสาร ทะเบียน สถิติรายงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง กระบวนการในการทำงานทุกขั้นตอน และศึกษาบริบทของโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ มาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 โดยใช้แบบสอบถาม ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัย และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ Logistic regression

**ระยะที่ 2** ผู้วิจัย นำผลที่ได้จากระยะที่ 1 ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการวิจัยในระยะที่ 2 โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน

**ขั้นวางแผน** นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวางแผนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม การประชุม ระดมความคิด เพื่อกำหนดรูปแบบร่วมกัน

**ขั้นปฏิบัติตามแผน** นำรูปแบบที่ได้ในการพัฒนาคุณภาพ ไปปฏิบัติจริง Implement ตามแผนที่ได้วางไว้

**ขั้นสังเกต** ประเมินติดตาม รูปแบบ และกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามกำกับ ประเมินผลร่วมกัน

**ขั้นสะท้อนกลับ** นำผลที่ได้จากการสังเกต ประเมิน สรุป และสะท้อนข้อมูลที่ต้องมีการปรับปรุงหรือปรับรูปแบบให้กับทีม เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพัฒนา อีกรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม และประเมินผลของกระบวนการ และกิจกรรมที่ปฏิบัติ

### 3.5.3 ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation Phase)

นำรูปแบบที่ได้จากระยะที่ 2 มาทดลองใช้ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่พัฒนากับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เป็นการทดลองระบบหรือรูปแบบที่ได้ โดยใช้มาตรฐาน HA ข้อคะแนนตาม Scoring Guideline 2019 เป็นตัววัดผลการพัฒนา โดย

- 1) จัดอบรมผู้ประเมินคุณภาพภายในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังนี้
  - 1.1 เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
  - 1.2 ผ่านการอบรมหลักสูตร การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล
  - 1.3 มีความรู้ด้านมาตรฐาน HA การวัดประเมินผล การให้คะแนนตาม Scoring Guideline 2019
- 2) ดำเนินการประเมินคุณภาพ ตามข้อคะแนน
- 3) ประเมินรูปแบบและระบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากระยะดำเนินการระยะที่ 1 โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนใช้ระบบและหลังใช้ระบบ
- 4) ประเมินผลผลิตของระบบ (Output) ได้แก่ คะแนนตาม Scoring guideline 2019

### 3.6 เกณฑ์การให้คะแนน และการจัดการข้อมูล

#### 3.6.1 เกณฑ์ในการให้คะแนนในการวิจัยเชิงปริมาณ

การประเมินคะแนนความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมขององค์กร การให้คะแนน ยึดตามข้อความเป็นหลัก โดยส่วนใหญ่ข้อความเป็นเชิงบวกตัวเลือกเป็นไปตามข้อความโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการพัฒนาคุณภาพ
- 4 หมายถึง เห็นด้วยกับการพัฒนาคุณภาพ
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจกับการพัฒนาคุณภาพ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับการพัฒนาคุณภาพ
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพ

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยในส่วนข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยใช้วิธีการแปรผลตามเกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute Criteria) ของบุญชม ศรีสะอาด (2543) ซึ่งแบ่งคะแนนเป็นช่วง ๆ มีความหมายดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51-2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.50 หมายถึง มีความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

เป็นการทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-square) ของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ ทดสอบว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์เป็นเมทริกซ์เอกลักษณ์หรือไม่ (Identity matrix) จากสมมติฐาน

HO: ตัวแปรต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

H1: ตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กัน

ถ้ายอมรับ HO แสดงว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน จึงไม่ควรใช้วิธีการวิเคราะห์หองค์ประกอบ แต่ถ้าปฏิเสธ HO (ยอมรับ H1) นั่นคือ ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน จึงสามารถใช้วิธีการวิเคราะห์หองค์ประกอบได้

##### 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนตาม Scoring guideline โดยใช้สถิติ Chi-square

#### 3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ได้แก่

##### 3.7.2.1 การให้รหัสข้อมูล (Coding)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ แล้วจะกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น



### 3.7.2.2 การจัดกลุ่มข้อมูล (Categorization)

นำเอาข้อมูลที่ถูกรหัสแล้ว จัดรหัสให้เป็นกลุ่ม ตามประเด็น หรือหัวข้อการวิเคราะห์ที่กำหนดไว้ โดยดูว่ารหัสไหนมีความหมายตรงกับหัวข้อที่กำหนดไว้บ้าง หลังจากนั้นสรุปข้อมูลทั้งหมด

### 3.7.2.3 การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

การตรวจสอบแบบสามเส้า เป็นวิธีการตรวจสอบจากภายใน และการตรวจสอบภายนอก แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) , การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation), การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) (Denzin, 1989 อ้างอิงใน Gray, 2009)

### 3.7.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.7.3.1 ร้อยละ (Percentage)

$$\text{คำนวณจากสูตร } \% = \frac{X \times 100}{N}$$

เมื่อ

% คือ ร้อยละ

$X$  คือ จำนวนข้อมูล (ความถี่) ที่ต้องการนำมาหาค่าร้อยละ

$N$  คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

#### 3.7.3.2 ค่าเฉลี่ย (Mean)

คำนวณได้จากสูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ

$\bar{X}$

คือ ค่าเฉลี่ย

$\sum x$

คือ ผลรวมของข้อมูลทั้งหมด

$n$

คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

พหุบัน ปอนทิโตน ชีเว

### 3.7.3.3 ค่ามัธยฐาน

$$\text{คำนวณได้จากสูตร } Mdn = \frac{N+1}{2}$$

เมื่อ  $Mdn$  คือ ค่ามัธยฐาน  
 $N$  คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

### 3.7.3.4 ค่าควอไทล์

$$\text{คำนวณจากสูตร } Qr = r \frac{(N+1)}{4}$$

เมื่อ

$Qr$  คือ ค่าตำแหน่งควอไทล์ที่ต้องการ

$r$  คือ ตำแหน่งที่ต้องการ

$N$  คือ จำนวนข้อมูลทั้งหมด

### 3.7.3.5 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)

$$\text{คำนวณได้จากสูตร } IQR = Q3 - Q1$$

เมื่อ

$IQR$  คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

$Q3$  คือ ค่าตัวเลขในตำแหน่งควอไทล์ที่ 3

$Q1$  คือ ค่าตัวเลขในตำแหน่งควอไทล์ที่ 1

## 3.8 จริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่อาจจะมีผลกระทบต่อบุคคลซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการปฏิบัติตามหลักการวิจัยในคนที่มีความจำเป็นต้องเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะได้ดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 103/2563 และเป็นการดำเนินการวิจัยที่มีผลกระทบต่อบุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัย จึงจะดำเนินการขออนุมัติความเห็นชอบต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย

ในคนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลข KLS.REC 034/2562 ที่เป็นพื้นที่วิจัยควบคู่กันไปด้วย

โดยในการวิจัยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาด้านจริยธรรม ดังนี้

### 3.8.1 การขอความยินยอม

ผู้วิจัยมีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ผลกระทบและประโยชน์จากการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งการขอความยินยอมด้วยวาจา และการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

### 3.8.2 การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล ไม่ให้ผู้อ่านทราบได้ว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นใคร รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัย การเข้าถึงข้อมูลการวิจัย มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้

### 3.8.3 ผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลไม่มาก หรืออาจไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลเลย หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัยต่อ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมผสานแบบคู่ขนาน (Mixed Methods: The convergent parallel design) เพื่อพัฒนารูปแบบของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการในการธำรงและรักษาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

4.1 ผลการศึกษาระยะที่1 การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

4.2 ผลการศึกษาระยะที่2 ค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง

4.3 ผลการศึกษาระยะที่ 3 สร้างคู่มือ แนวทางปฏิบัติ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และประเมินผล

#### 4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ โดยประกอบด้วยดังนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

4.1.2 ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาล

กาฬสินธุ์

4.1.3 ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4.1.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การศึกษาบริบท และสถานการณ์ ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน เป็น การศึกษาความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรใน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ ในการนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็น

บุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมทั้งสิ้น 1,551 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ในการคำนวณเพื่อประเมินค่าสัดส่วนในประชากร (อรุณ จิรวินน์กุล, 2551) จำนวน 500 คน ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) แจกแบบสอบถามโดยกำหนดตามสัดส่วนจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และพัฒนามาจาก AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale)

ในส่วนแรกนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยในการนำเข้าไปในกระบวนการศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมีองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน ตำแหน่งงาน ตลอดจนการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสสัมผัสกับผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=500)

รายการ	จำนวน (n=500)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	81	16.26
หญิง	419	83.74
2.อายุ		
20-30 ปี	8	8.23
31-40 ปี	138	27.67
41-50 ปี	234	46.71
51 ปี เป็นต้นไป	87	17.39

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=500) (ต่อ)

รายการ	จำนวน (n=500)	ร้อยละ
3.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	124	24.79
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	292	58.33
ปริญญาโท	40	6.38
ปริญญาเอก	4	0.82
4.อายุงานในโรงพยาบาลนี้		
1-5 ปี	116	23.25
5-10 ปี	113	22.74
10-15 ปี	71	14.20
15-20 ปี	74	14.80
20 ปีขึ้นไป	126	24.90
5.ประเภทการจ้างงาน		
ข้าราชการ	234	46.80
พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ	21	4.20
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	110	22.12
ลูกจ้างประจำ	25	5.00
ลูกจ้างชั่วคราว	110	22.12
6. ตำแหน่งงานมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย		
ใช่	379	75.72
ไม่ใช่	121	24.28
7. ตำแหน่งงาน		
ผู้บริหาร (หัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป)	36	7.20
สายวิชาชีพสาธารณสุข (มีใบประกอบวิชาชีพ)	239	47.80
สายวิชาชีพทางการแพทย์ (ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ)	114	22.80
สายสนับสนุนทั่วไป	111	22.20

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=500) (ต่อ)

รายการ	จำนวน (n=500)	ร้อยละ
8. สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน		
แพทย์	16	3.20
พยาบาล	204	40.80
ทันตแพทย์	19	3.80
เภสัชกร	36	7.20
เทคนิคการแพทย์	10	2.00
นักกายภาพบำบัด	10	2.00
นักวิชาการสาธารณสุข	36	7.20
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	89	17.80
เจ้าหน้าที่สนับสนุน	80	16.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.74) มีช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 46.71) มีอายุงานในโรงพยาบาล 20 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 24.90) เป็นข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.91) ส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติงานในตำแหน่งที่มีการปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย (ร้อยละ 75.7) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขที่มีใบประกอบวิชาชีพ (ร้อยละ 47.74) และอยู่ในสายวิชาชีพพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 40.74) รองลงมาคือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 15.84)

#### 4.1.2 การสำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 500 คน ได้นำมาวิเคราะห์ หาค่าสถิติพื้นฐาน เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปร ทั้ง 7 หมวด จำนวน 40 ข้อ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าภาพรวมมี ระดับความคิดเห็นมีค่าเฉลี่ย 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 แปลผลได้ว่า บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อยู่ในระดับมาก ในส่วนของรายข้อนั้นพบว่าความคิดเห็นที่มีระดับสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) บุคลากรรับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร มีค่าเฉลี่ย ระดับ

ความคิดเห็น 4.12 2) บุคลากรรับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร มีค่าเฉลี่ย 4.09 3) องค์กรช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชนได้ ค่าเฉลี่ย 4.05 สำหรับข้อที่มีระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) องค์กรของเรามีกระบวนการทำงานที่ดี สำหรับการทำงานขององค์กร ค่าเฉลี่ย 3.00 2) บุคลากรรับรู้วิธีการวัดคุณภาพงานของตน ค่าเฉลี่ย 3.02 และ 3) บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารสำหรับการทำงานของตน และ ทีมสนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาทักษะของตนเอง และบุคลากรสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ตนรับผิดชอบได้ มีค่าเฉลี่ย 3.22 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>หมวดที่ 1 : การนำองค์กร</b>			
1.บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่เราพยายามทำให้บรรลุ)	4.12	0.59	มาก
2.บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่เราพยายามไปให้ถึงในอนาคต)	4.09	0.58	มาก
3.ทีมนำของเราใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำองค์กรและบุคลากรของเรา	3.88	0.73	มาก
4.ทีมนำของเราสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของบุคลากร	3.98	0.59	มาก
5.ทีมนำของเราแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร	3.94	0.49	มาก
6.ทีมนำของเราถามบุคลากรว่ามีความคิดเห็นอย่างไร	3.86	0.66	มาก
<b>หมวดที่ 2 : การวางกลยุทธ์</b>			
1.ทีมนำของเราถามบุคลากรของเราเพื่อขอความคิดเห็นในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต	3.79	0.72	มาก
2.องค์กรของเราส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้	4.00	0.67	มาก
3.บุคลากรของเรารับรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะผลกระทบต่อพวกเขาและงานของพวกเขา	3.91	0.59	มาก



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
4.บุคลากรของเราู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก	3.95	0.60	มาก
5.องค์กรของเรามีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น	3.91	0.60	มาก
<b>หมวดที่ 3 : ผู้ป่วยผู้รับผลงาน</b>			
1.บุคลากรของเราเชื่อว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของพวกเขาคือใคร	3.94	0.64	มาก
2.บุคลากรของเราหมั่นถามผู้รับผลงานของตนว่าเกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน	3.84	0.61	มาก
3.บุคลากรของเราถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ตนให้บริการ	3.94	0.57	มาก
4.บุคลากรของเราได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงาน	3.89	0.51	มาก
5.บุคลากรของเราเชื่อว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของ องค์กรคือใคร	3.96	0.64	มาก
<b>หมวดที่ 4: การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้</b>			
1.บุคลากรของเราู้วิธีการวัดคุณภาพงานของตน	3.02	1.05	ปานกลาง
2.บุคลากรของเราใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของตนเอง	3.98	0.59	มาก
3.บุคลากรของเราเชื่อว่าตัวชี้วัดที่พวกเขาใช้อยู่ นั้น fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร	3.40	0.99	ปานกลาง
4.บุคลากรของเราได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของตน	3.22	0.75	ปานกลาง
5.บุคลากรของเราเชื่อว่าองค์กรโดยรวมของเรากำลังทำอะไรอยู่	3.60	0.70	มาก
<b>หมวดที่ 5: กำลังคน</b>			
1.บุคลากรของเราให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม	3.98	0.59	มาก
2.ทีมนำของเราส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรของเราพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่	3.22	0.45	ปานกลาง
3.บุคลากรของเราได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่กระทำ	3.89	0.66	มาก

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
4.องค์กรของเรามีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย	3.92	0.72	มาก
5.ผู้บริหารและองค์กรของเรามีความห่วงใยเกี่ยวกับบุคลากรของเรา	3.91	0.63	มาก
6.บุคลากรของเรามุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร	3.40	0.99	ปานกลาง
<b>หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ</b>			
1.บุคลากรของเราสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการเพื่อทำงานของตน	3.76	0.73	มาก
2.องค์กรของเรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานขององค์กร	3.00	0.77	ปานกลาง
3.บุคลากรของเราสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ตนรับผิดชอบ	3.22	0.75	ปานกลาง
4.องค์กรของเรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ	3.97	0.63	มาก
<b>หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ขององค์กร</b>			
1.ผลผลิตจากงานของบุคลากรของเราเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ	3.91	0.68	มาก
2.ผู้รับผลงานของบุคลากรของเราพอใจกับงานที่บุคลากรมอบให้	3.92	0.55	มาก
3.บุคลากรของเราเชื่อว่าองค์กรของเรามีผลงานด้านการเงินดีเพียงพอ	3.82	0.57	มาก
4.องค์กรของเรามีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ	3.75	0.72	มาก
5.องค์กรของเราจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร	3.92	0.55	มาก
6.องค์กรของเราปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ	4.12	0.46	มาก
7.องค์กรของเราปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง	4.05	0.51	มาก
8.องค์กรของเราช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน	4.09	0.50	มาก
9.บุคลากรของเราเชื่อมั่นว่าองค์กรของเราเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน	4.05	0.62	มาก
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>3.80</b>	<b>0.64</b>	<b>มาก</b>

ซึ่งในการศึกษาระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโดยจำแนกตามหมวดในการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 7 หมวด ซึ่งพบว่า ภาพรวมของระดับความคิดเห็นของบุคลากรเรื่องการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก โดยหมวดที่มีระดับความคิดเห็นสูงสุด คือ หมวดการนำองค์กร มีค่าเฉลี่ย 3.97 และหมวดที่มีค่าคะแนนของระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดคือ หมวด การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำแนกตามหมวดการพัฒนาคุณภาพ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.การนำองค์กร	3.97	0.60	มาก
2.การวางกลยุทธ์	3.92	0.64	มาก
3.ผู้ป่วยผู้รับผลงาน	3.91	0.59	มาก
4.การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้	3.96	0.57	ปานกลาง
5.กำลังคน	3.72	0.67	มาก
6.การจัดกระบวนการ	3.44	0.72	ปานกลาง
7.ผลลัพธ์ขององค์กร	3.49	0.81	มาก
รวม	3.80	0.64	มาก

#### 4.1.3 ความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ในส่วนที่ 3 ของการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ระดับความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยการนำมาวิเคราะห์ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน 12 ตอน จำนวน 42 ข้อ โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีความคิดเห็นในระดับสูงสุด 3 อันดับแรกคือ รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย 3.78 รองลงมาคือ ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม มีค่าเฉลี่ย 3.75 และ หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ย 3.58 ส่วนความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีระดับคะแนนต่ำสุด 3 อัน คือ เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (Outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.67 รองลงมาคือ การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรง) ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป) มีค่าเฉลี่ย 2.71 และสุดท้ายคือ เจ้าหน้าที่ที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นสิ่งที่มีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และ เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้มีค่าเฉลี่ย 3.00 รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>ตอนที่ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน</b>			
1.มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไข ก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1)	3.27	0.73	ปานกลาง
2.มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)	3.09	0.56	ปานกลาง
3. การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	2.71	1.09	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม</b>			
1.แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	3.54	0.45	มาก
2.แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี	3.22	0.75	ปานกลาง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
3.การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	3.40	0.99	ปานกลาง
4.เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้	3.00	0.77	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย</b>			
1.หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	3.51	0.65	มาก
2.หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง	3.54	0.45	มาก
3.เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว ระมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	3.09	0.56	ปานกลาง
4.หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	3.22	0.75	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</b>			
1.เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้รับบริการ	3.19	0.80	ปานกลาง
2.ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก	3.22	0.75	ปานกลาง
3.เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง เพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	3.57	0.58	มาก

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>ตอนที่ 5 การทำงานเป็นทีมสำหรับในหน่วยงานของโรงพยาบาล</b>			
1.สมาชิกในหน่วยงานช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	3.49	0.65	ปานกลาง
2.ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม	3.75	0.73	มาก
3.สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน	3.45	0.49	ปานกลาง
4.ถ้าส่วนใดในงานนี้มีความยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ	3.00	0.77	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง</b>			
1.เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นสิ่งนี้อาจมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	3.00	0.77	ปานกลาง
2.เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการ	3.09	0.56	ปานกลาง
3.เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าสิ่งที่ไม่ถูกต้อง	3.22	0.75	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด</b>			
1.เราได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์	3.15	0.48	ปานกลาง
2.เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วย	3.22	0.75	ปานกลาง
3.ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	3.64	0.61	มาก
<b>ตอนที่ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง</b>			
1.เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)	3.09	0.56	ปานกลาง
2.เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล	3.00	0.77	ปานกลาง
3.เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าการผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	3.22	0.75	ปานกลาง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>ตอนที่ 9 การจัดคนทำงาน</b>			
1.เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน	3.00	0.77	ปานกลาง
2.เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	3.15	0.48	ปานกลาง
3.เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (Outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	2.67	0.70	ปานกลาง
4.เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)	3.58	0.50	มาก
<b>ตอนที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย</b>			
1.ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	3.52	0.63	มาก
2.การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการสำคัญสูงสุด (top priority)	3.46	0.77	ปานกลาง
3.ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	3.43	0.66	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล</b>			
1.มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ที่ต้องทำงานร่วมกัน	3.40	0.99	ปานกลาง
2.หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี เพื่อให้การดูแลหรือบริการที่ดีสำหรับผู้รับบริการ	3.64	0.61	มาก
3.หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี	3.58	0.58	มาก
4.รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	3.78	0.78	มาก

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>ตอนที่ 12 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร</b>			
1.ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ	3.46	0.77	ปานกลาง
2.ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่สำคัญมีการบันทึกไว้ หรือ มีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	3.38	0.48	ปานกลาง
3.ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ	3.00	0.77	ปานกลาง
4.จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร	3.22	0.75	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.16</b>	<b>0.68</b>	<b>ปานกลาง</b>

ระดับความคิดเห็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เมื่อจำแนกรายด้าน โดยมีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาพรวม ค่าเฉลี่ย 3.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีระดับความคิดเห็นสูงสุดคือ การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ย 3.59 อยู่ในระดับมาก และด้านที่มีระดับความคิดเห็นต่ำสุดคือ ความคิดเห็นต่อความถี่ในการรายงาน ค่าเฉลี่ย 3.02 อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในภาพรวม

ข้อความ	Mean	S.D.	แปลผล
1.ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน	3.02	0.79	ปานกลาง
2.ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	3.29	0.74	ปานกลาง
3.ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย	3.34	0.60	ปานกลาง
4.การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.32	0.71	ปานกลาง
5.การทำงานเป็นทีมสำหรับในหน่วยงานของโรงพยาบาล	3.42	0.66	ปานกลาง
6.การสื่อสารที่เปิดกว้าง	3.10	0.69	ปานกลาง
7.การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.33	0.61	ปานกลาง
8.การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	3.10	0.69	ปานกลาง
9.การจัดคนทำงาน	3.10	0.61	ปานกลาง
10.การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.47	0.68	ปานกลาง
11.การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล	3.59	0.74	มาก
12.การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร	3.26	0.69	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.16</b>	<b>0.68</b>	<b>ปานกลาง</b>

#### 4.1.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาในเบื้องต้นนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ของบุคลากร และวัฒนธรรมความปลอดภัย ไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยสมการถดถอยโลจิสติก กรณีที่กำหนดให้ตัวแปรตามคือ การพัฒนาคุณภาพ จากตัวแปรทั้งหมดที่นำเข้ามาในสมการถดถอยโลจิสติก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.005 ซึ่งได้แก่ ปัจจัย เรื่องความถี่ของการรายงาน OR = 3.3547 (95% CI= 2.7420-3.9723) , การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง OR =7.3677 (95% CI=1.9368-28.0220), การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย OR =6.1788 (95% CI= 1.4277-26.7415) และการทำงานเป็นทีม OR =7212.2 (95% CI= 2.28.2-3.3801) รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตัวแปร	<b>B</b>	SE	Odd ratio	%95 CI	P-value
Constant	-3.6542	8733.0	0000.0		
ความถี่ในการรายงาน	1.9855	0.6648	3.3547	2.7420-39.723	0.0045
การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง	1.9970	0.6817	7.3677	1.9368-28.0220	0.0035
การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาล	1.8211	0.6817	6.1788	1.4277-26.7415	0.0149
การทำงานเป็นทีม	1.3542	0.7733	2.7212	2.2802-3.3801	0.0035

**สรุป** จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ในการสำรวจระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการการใช้สมการถดถอยโลจิสติก พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ 4 ประการ ได้แก่ ในเรื่อง การรายงาน

อุบัติเหตุการล้ม ความเสี่ยง การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ การสนับสนุนด้านการจัดการในโรงพยาบาล และการทำงานเป็นทีม

### สรุปในระยะที่ 1 ของการวิจัย

**ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จากการสำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์**

ในระยะที่ 1 ของงานวิจัยนี้ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน เพื่อนำไปสร้างรูปแบบที่เหมาะสมให้กับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในระยะที่ 2 ของงานวิจัย ซึ่งจากผลการสำรวจระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร โดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 500 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทั้ง 7 หมวดตามกรอบการพัฒนาคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย ตามหลัก Hospital safety culture ของ AHRQ 12 ด้าน นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติก ได้ปัจจัยที่มีผลทำให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน อยู่ 4 ประการ ได้แก่

#### 1. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความปลอดภัย คือ บุคลากรในองค์กรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีการถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยี ร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ควบคู่ไปกับการรับความรู้จากภายนอก ให้เกิดโอกาสในการหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและสร้างเป็นฐานความรู้ที่เข้มแข็งขององค์กร ก่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

#### 2. การมีระบบรายงานที่ดี

คือ ระบบการรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ และการตอบสนองต่อการรายงานและภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็วทันเวลา รวมทั้งระบบในการบันทึกจัดเก็บ และเรียกดูรายงานได้ทันเวลาเหมาะสม อันจะทำให้เกิดการวางแผนในการดูแลและป้องกันความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์

#### 3. การสนับสนุนด้านการจัดกระบวนการ

ความสามารถขององค์กร หรือทีมนำในการออกแบบระบบบริการ หรือแนวทางปฏิบัติให้เกิดขึ้น โดยอาศัยปัจจัยสนับสนุนขององค์กร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน และมีการควบคุมกำกับติดตาม นอกจากนี้แล้วในเรื่องระบบ

บริหารจัดการด้านสารสนเทศที่เข้ามาช่วยสนับสนุนให้เกิดความคล่องตัวในระบบรายงาน และจัดเก็บข้อมูลด้านคุณภาพขององค์กรด้วย

#### 4. การทำงานเป็นทีมและการสนับสนุนจากองค์กร

การทำงานเป็นทีมและการนำองค์กร คือ บุคลากรโรงพยาบาลมีการทำงานร่วมกัน ประสานงานกัน เชื่อมโยงข้อมูล มีระบบการทำงานที่ชัดเจน ทุกคนรู้หน้าที่ของตนเอง ปฏิบัติภารกิจของตนเอง มีการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และที่สำคัญคือมีเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกันของแต่ละทีม เพื่อให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

#### 4.2 ระยะเวลาที่ 2 การค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง

การค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการวิจัย Action research เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 วงล้อการพัฒนา

##### วงล้อที่ 1 ของการพัฒนา ประกอบด้วย

##### ขั้นตอนที่ 1 การประชุมวางแผน สิ่งที่ได้จากการประชุมวางแผน

- 1.1 กำหนดโครงสร้างหน้าที่ และความรับผิดชอบในระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- 1.2 กำหนดนโยบาย การพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
- 1.3 กำหนด บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการและคำสั่งแต่งตั้งของคณะกรรมการแต่ละคณะ

##### 1.4 จัดประชุมเพื่อทำแผนพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563

- 1.4.1 แผนปฏิบัติราชการตามยุทธศาสตร์ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
- 1.4.2 กำหนด Road Map การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

##### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ ประกอบด้วย โครงการและกิจกรรมดังนี้

- 2.1 ดำเนินการกำหนดโครงสร้างคุณภาพ การประกาศนโยบายคุณภาพ และ Kick off การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
- 2.2 โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทุกเดือน
- 2.3 โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพตามหลักสูตรของ สรพ.
- 2.4 โครงการประชุมทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน การตามรอยคุณภาพ
- 2.5 โครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety

2.6 โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตรวจสอบ

3.1 ผลของการกำหนดโครงสร้างงานคุณภาพ ประกาศนโยบายคุณภาพ และโครงการ Kick off งานพัฒนาคุณภาพ

3.2 ผลการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

3.3 ผลการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรของสสรพ.

3.4 ผลการตามรอยด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ

3.5 ผลการประเมินโครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety

3.6 ผลการประเมินการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วงล้อที่ 2  
ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลสรุปที่ได้จากกระบวนการพัฒนาในวงล้อที่ 1สู่การวางแผนใน

ในวงล้อที่ 1 มีรายละเอียดของกระบวนการดังต่อไปนี้

#### 4.2.1 การประชุมวางแผน

ผู้บริหาร ทีมนำโรงพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติและรูปแบบสำหรับการที่ทำให้คุณภาพเกิดความยั่งยืนในองค์กร มีการบันทึกรายงานการประชุม จากการประชุมวางแผน ของผู้บริหารโรงพยาบาล 79 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 36 คน รวม 115 คน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้มิติที่ประชุม ร่วมกัน โดยนำผลที่ได้จากระยะที่ 1 ของงานวิจัย เป็นตัวขับเคลื่อนในการวางแผนกระบวนการ

ผลที่ได้จากการประชุม และวางแผนร่วมกัน ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากการประชุม ในวันที่ 11 มกราคม 2563 โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานในที่ประชุม ดังนี้คือ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาล ที่ผ่านมามีพบว่า พบประเด็นที่ควรนำมาวางแผนและเป็นโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาลดังนี้

พหุ ประเด็น ชีวะ

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์จุดจุดแข็งและจุดอ่อนที่เป็นโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล

จุดแข็งของโรงพยาบาลด้านการพัฒนาคุณภาพ	เป็นจุดอ่อนที่เป็นโอกาสพัฒนา
<p>โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่มีศักยภาพหลายด้าน</p> <p>1.ทรัพยากรด้านบุคคล มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางครบทุกสาขาหลัก มีผู้บริหาร โรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตร ผู้บริหารระดับสูง มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางและมีความเชี่ยวชาญ</p> <p>2.ด้านการเงิน มีงบประมาณสนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุข งบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณจากกองทุนส่วนท้องถิ่น ที่สามารถ บริหารจัดการองค์ได้</p> <p>3.ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ โรงพยาบาล กาฬสินธุ์มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย สามารถให้บริการผู้รับบริการ</p> <p>4.มีการนำองค์กรที่ดี จากผลการสำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมี ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.97</p> <p>5.เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จากผลการสำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงอันดับ 2 คือ 3.96</p> <p>6.มีการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของ องค์กรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และผลการสำรวจ ในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย พบเรื่องการทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ที่ 3.59</p>	<p>1.โครงสร้างในการการบริหารงาน และ ดำเนินงานด้านคุณภาพไม่ชัดเจน มีการทำงาน ซ้ำซ้อนกันในบางงาน</p> <p>2.บทบาทหน้าที่ยังไม่ชัดเจนของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพองค์กร</p> <p>3.กระบวนการในการทำงานยังไม่ชัดเจน จาก การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในการพัฒนา คุณภาพขององค์กร ด้านการจัดกระบวนการของ องค์กร มีระดับคะแนนน้อยที่สุดใน 7 หมวด คือ ค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3.44 ระดับปานกลาง</p> <p>4.ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของ องค์กร พบการรายงานอุบัติการณ์มีระดับ คะแนนที่น้อย ค่าเฉลี่ย 3.02 อยู่ในระดับปาน กลาง</p> <p>5.ในกระบวนการบริหารจัดการด้านความ ปลอดภัยในองค์กรยังไม่ครอบคลุม จาก อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบยังมีน้อย (ข้อมูลระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ,2562)</p> <p>6. บุคลากรได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ ด้านการพัฒนาคุณภาพน้อย ทำให้ระบบงาน บางส่วนไม่ได้ถูกขับเคลื่อน (ความคิดเห็นจาก การประชุมของคณะกรรมการบริหาร,2563)</p>

จากการวิเคราะห์จุดอ่อน และจุดแข็งขององค์กรด้านการพัฒนาคุณภาพ ได้มีการนำประเด็นเหล่านี้มาวางแผนในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพ โดยการกำหนดโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบให้ชัดเจน ตามหลักการบริหารจัดการองค์กร POSDC ของ Harold D. Koontz (1984) ที่ประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์กร การจัดสรรและบริหารบุคลากร การอำนวยการ ดังนี้

#### 4.2.1.1 กำหนดโครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบในระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

- 1) โครงสร้างในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์บริหารงานโดยมีให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยตำแหน่ง
- 2) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทัวทั้งองค์กร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชั้นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ มีหน้าที่
  - 2.1) วางแผน กำหนดแนวทาง ขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพ
  - 2.2) จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพ
  - 2.3) ประสานการพัฒนาคุณภาพ
  - 2.4) จัดให้มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรในการคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.5) ติดตามและควบคุม กำกับ การพัฒนาคุณภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ให้มีการประชุมคณะกรรมการทุกเดือน-หากมีความจำเป็นเร่งด่วน ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีอำนาจเรียกประชุมเพิ่มเติม โดยมีต้องกำหนดตามวาระการประชุม
- 3) ในการพัฒนาคุณภาพให้มีทีมดำเนินการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ
  - 3.1) ทีมนำ หรือคณะกรรมการคุณภาพ
  - 3.2) ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) หรือทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้าน (Clinical Lead Team : CLT)
  - 3.3) ทีมนำเฉพาะด้าน (Corporate Functional Lead Team : CFLT)
  - 3.4) ทีมสนับสนุนคุณภาพบริการ (Supporting Lead Team : SLT)
  - 3.5) ทีมพัฒนาคุณภาพหน่วยงาน (Quality Improvement Team : QIT)
  - 3.6) ทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ (Facilitator : Fa)
  - 3.7) ทีมเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Surveyor : IS)

เมื่อกำหนดโครงสร้างในการบริหารงานและดำเนินงานด้านคุณภาพแล้ว เพื่อให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพที่เกิดความยั่งยืนในโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลร่วมกับทีมนำ ร่วมกันกำหนดนโยบายคุณภาพ ที่เป็นจุดเน้นการพัฒนา ซึ่งที่มาของการกำหนดนโยบายคุณภาพในครั้งนี้ ได้มาจาก ผลจากการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่พบว่า ประเด็นสำคัญในเรื่อง ความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ที่บุคลากรโรงพยาบาลต้องมีศักยภาพในด้านดังกล่าว และการจัดกระบวนการงานคุณภาพที่ต้องมีทีมสนับสนุน มีระบบการควบคุมกำกับติดตาม ที่สำคัญ ซึ่งถือว่าเป็นการกำหนดนโยบายคุณภาพที่มาจากผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยนโยบายการพัฒนาคุณภาพมีดังนี้

**4.2.1.2 กำหนดนโยบาย การพัฒนาคุณภาพ** ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน โดยมีกระบวนการในการกำหนดนโยบายด้านคุณภาพดังนี้  
ประกาศนโยบายคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มุ่งมั่นและพัฒนาองค์กร เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ที่มีบริการเป็นเลิศ และเป็นธรรมาภิบาล จึงกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และนำองค์กรสู่การพัฒนาคุณภาพซ้ำ
2. นำมาตรฐาน HA, 2P Safety ลงสู่การปฏิบัติในงานประจำ
3. มีระบบสนับสนุนงานคุณภาพ และติดตามคุณภาพภายในทั่วทั้งองค์กร

หลังจากนั้นประชุมเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแต่ละด้าน ทบทวนคำสั่ง และบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนโดยกรอบที่ใช้ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการแต่ละด้าน กำหนดและอิงมาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ).2562) โดยมีรายละเอียดดังนี้

**4.2.1.3 กำหนด บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ** และคำสั่งแต่งตั้งของคณะกรรมการแต่ละคณะ ผลที่เกิดขึ้นจากการศึกษา คือ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการอย่างชัดเจน ซึ่งเกิดจากการระดมความคิดของคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

**1) คณะกรรมการด้านอำนวยการ บริหาร และกำกับติดตามงานคุณภาพ** ได้แก่

1.1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานคุณภาพของโรงพยาบาล เป็นผู้ประสานงานคุณภาพที่สำคัญ ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า คณะกรรมการชุดนี้ มีความสัมพันธ์ กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ในเรื่อง การนำองค์กร



1.2) คณะกรรมการประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หรือ Facilitator เป็นคณะกรรมการที่มีบทบาท ในการประสานงานคุณภาพภายในโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องมี คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ เพื่อช่วยในการสื่อสารข้อมูล ระหว่างทีมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานในระหว่างทีมการดูแลผู้ป่วย ทีมนำเฉพาะด้าน และทีม สนับสนุน ซึ่งต้องมีการประสานงานคุณภาพและขับเคลื่อนการทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการแต่ละ ด้าน

1.3) คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล หรือ Internal survey มี บทบาทสำคัญในการเยี่ยมประเมิน และกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล

## 2) คณะกรรมการทีมพัฒนาระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

2.1) คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีบทบาทสำคัญ ในการพัฒนา บุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพแล้ว คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีบทบาทตามมาตรฐาน I-5 คือในเรื่องกำลังคน

2.2) คณะกรรมการระบบสารสนเทศทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญ การ บริหารงานสารสนเทศที่สำคัญ ระบบข้อมูลที่สำคัญของงโรงพยาบาล มีระบบการรายงานที่ดี และ ช่วยสนับสนุนระบบงานสำคัญและกระบวนการดูแลผู้ป่วย เมื่อเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ คือบทบาทตามมาตรฐาน I-4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้

2.3) คณะกรรมการจัดการความรู้และงานวิจัย มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการ พัฒนางานวิจัย นวัตกรรม เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

2.4) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา และพิทักษ์สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้กระบวนการต่าง ๆ ดำเนินไปได้ดี เมื่อเทียบ กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือบทบาทตามมาตรฐาน II-3 สิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

2.5) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีบทบาทสำคัญด้าน การบริหารจัดการความเสี่ยง ระบบรายงาน การจัดการความเสี่ยง การป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ มีการจัดระบบกระบวนการ และสร้างระบบรายงานที่ดี เพื่อสนับสนุนความปลอดภัยในองค์กร เมื่อ เทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือบทบาทตามมาตรฐาน II-1 การบริหารความ เสี่ยงและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

2.6) คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีบทบาท สำคัญในการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เมื่อเทียบกับมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือบทบาทตามมาตรฐาน II-4 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

2.7) คณะกรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียน มีบทบาทสำคัญ ในการพัฒนาระบบบริการเวชระเบียนผู้ป่วย การบันทึก การตรวจสอบเวชระเบียน สนับสนุนกระบวนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วย เมื่อเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือบทบาทตามมาตรฐาน II-5 ระบบเวชระเบียน

2.8) คณะกรรมการพัฒนาระบบยา มีบทบาทในการบริหารจัดการด้านยาภายในโรงพยาบาล ควบคุมกำกับติดตาม ระบบยา เมื่อเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือบทบาทตามมาตรฐาน II-6 ระบบยา

2.9) คณะกรรมการพัฒนาระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และรังสี มีบทบาทในการบริหารจัดการระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และรังสีวิทยา ควบคุม กำกับติดตาม เมื่อเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ คือบทบาทตามมาตรฐาน II-7 การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

### 3) ทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ประกอบด้วย

- 3.1) ทีมนำทางคลินิกศัลยกรรม
- 3.2) ทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม
- 3.3) ทีมนำทางคลินิกสูติกรรม
- 3.4) ทีมนำทางคลินิกกุมารเวชกรรม
- 3.5) ทีมนำทางคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ
- 3.6) ทีมนำทางคลินิกจิตเวช
- 3.7) ทีมนำทางคลินิก หู ตา คอ จมูก

#### บทบาทหน้าที่

1. วิเคราะห์ภาพรวมจากการประเมินตนเองของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. นำข้อมูลทีวิเคราะห์ได้มากำหนดประเด็นชี้้นำทางการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนด/มอบหมายให้สมาชิกในการวางแผนพัฒนาคุณภาพ
4. นิเทศและติดตามผลการพัฒนา เพื่อให้การสนับสนุนการปรับปรุง แก้ไขปัญหาอุปสรรค
5. สรุปรวบรวมผลการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอและเสนอรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบโดยเฉพาะทีมนำและคณะกรรมการบริหาร

ซึ่งเมื่อเทียบกับมาตรฐานบริการและบริการสุขภาพแล้วพบว่า ทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก จะเกี่ยวข้องกับมาตรฐานใน ส่วนที่ III คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพทางคลินิกนี้ต้องมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

**สรุป** มีการวางแผนกำหนดโครงสร้างหน้าที่ ของระบบบริหารงานคุณภาพ โรงพยาบาล กำหนดนโยบายคุณภาพ ในปี 2563 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร ด้านทีมนำทางคลินิก ด้านทีมนำเฉพาะด้าน และด้านทีมสนับสนุน พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ ในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบ ติดตามให้ได้ตามมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

**4.2.1.4 จัดประชุมเพื่อทำแผนยุทธศาสตร์ด้านพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563** โดยกำหนดให้มีการประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านพัฒนาคุณภาพ ขึ้นในวันที่ 17 มกราคม 2563 โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มเป้าหมายในการจัดทำแผน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จำนวน 8 คน หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลจำนวน 34 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 36 คน รวม 79 คน

มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการ ด้านพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วัตถุประสงค์ใน
2. เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
3. เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการงานคุณภาพอันจะนำไปสู่ การพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน ผลที่ได้จากการประชุมทำแผนพัฒนาคุณภาพในครั้งนี้คือ

1) แผนปฏิบัติราชการตามยุทธศาสตร์ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ มีจำนวนทั้งหมด 6 โครงการ โดยมีระยะเวลาดำเนินโครงการตั้งแต่ มกราคม 2563 ถึงกันยายน 2563 ดังนี้

พหุ ประเด็น ชีวะ

ตารางที่ 13 โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัด  
กาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563

โครงการ	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1.กำหนดโครงสร้าง ประกาศนโยบาย คุณภาพ และ Kick Off การพัฒนาคุณภาพ	5,600 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ศูนย์พัฒนา คุณภาพ/FA
2.โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพและประสานงานคุณภาพ โรงพยาบาลทุกเดือน	25,200 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ศูนย์พัฒนา คุณภาพ/FA
3.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน คุณภาพ ตามหลักสูตรของ สรพ.	251,500 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมนำ/ศูนย์ พัฒนา คุณภาพ
3.โครงการประชุมทีมนำ /ทีมนำเฉพาะด้าน /IS /Clinical tracer /การตามรอยคุณภาพ	6,000 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมสิ่งแวดล้อม FA
5.โครงการบริหารความเสี่ยงและความ ปลอดภัย /2 P Safety	58,000 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมบริหาร ความเสี่ยง/FA
6.โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์	7,200 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมผู้เยี่ยม สำรวจภายใน

ในการกำหนดมีการวางแผนยุทธศาสตร์ของงานพัฒนาคุณภาพและจัดทำแผนงาน  
โครงการ ทั้งสิ้นจำนวน 6 โครงการ งบประมาณทั้งสิ้น 353,500 บาทถ้วน และกำหนด Time line  
ในการดำเนินแผนงานโครงการ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์ และกำหนดระยะเวลาใน  
การดำเนินงาน และควบคุมกำกับการพัฒนางาน

4.2.2 **ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action) มีการดำเนินกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพและให้เกิดความยั่งยืนดังนี้คือ**

4.2.2.1 **ดำเนินการกำหนดโครงสร้าง และความรับผิดชอบในการดำเนินงานด้านพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์**

โดยมีการประชุมของผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง ทีมบริหาร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

1) เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้เป็นผู้นำทีมประกาศนโยบาย และถ่ายทอด นโยบายคุณภาพ ในทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สื่อสารนโยบาย โดยสื่อสารผ่านระบบสื่อสารภายใน ทั้งเว็บไซต์ของโรงพยาบาล ผ่านระบบหนังสือเวียนอิเล็กทรอนิกส์ ป้ายนโยบายคุณภาพ ที่มอบให้กับทุกหน่วยงาน ผ่านกิจกรรมการ Kick off พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมดังนี้

2) พิธีประกาศนโยบายคุณภาพ และลงนามข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กับหัวหน้ากลุ่มภารกิจ จำนวน 6 กลุ่มภารกิจ หัวหน้ากลุ่มงาน 23 กลุ่มงาน หัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 145 หน่วยงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3) มอบป้ายนโยบายคุณภาพ มอบธงคุณภาพ ให้กับตัวแทนของหน่วยงานทุกหน่วยงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมบริหารโรงพยาบาล ทีมพัฒนาคุณภาพ เสมือนเป็นการมอบหมายงานและหน้าที่ด้านการพัฒนาคุณภาพให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4) กำหนดเส้นทางในการลงมอบนโยบายคุณภาพ ในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล

5) จัดทำและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์นโยบายคุณภาพผ่านระบบเสียงตามสายโรงพยาบาล ผ่านหน้าเว็บไซต์ โรงพยาบาล และระบบหนังสือเวียนอิเล็กทรอนิกส์

6) สร้างเข็มมุ่งการพัฒนาด้วยสื่อมัลติมีเดีย การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เส้นทางพัฒนาคุณภาพ

7) ระบบสื่อสารโดยกำหนดกลุ่มไลน์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อสื่อสารงานคุณภาพ

8) ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจและติดตามงานคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการทีมพัฒนาระบบงานสำคัญ จำนวน 13 ทีม ทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก 7 ทีม พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้คือ

8.1) ประชุมทีมเพื่อร่วมจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการแต่ละชุด โดยกำหนดกรอบในการทำคำสั่งคณะกรรมการ โดยยึดตามมาตรฐานและบริการสุขภาพ ที่มีการปรับปรุงครั้งที่ 4 ลงวันที่ 16 มกราคม 2561

8.2) มอบหมายผู้รับผิดชอบในการทำร่างชุดคำสั่งคณะกรรมการแต่ละชุด

8.3) ผู้รับผิดชอบ จัดทำร่างคำสั่ง เสนอให้งานพัฒนาคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบ

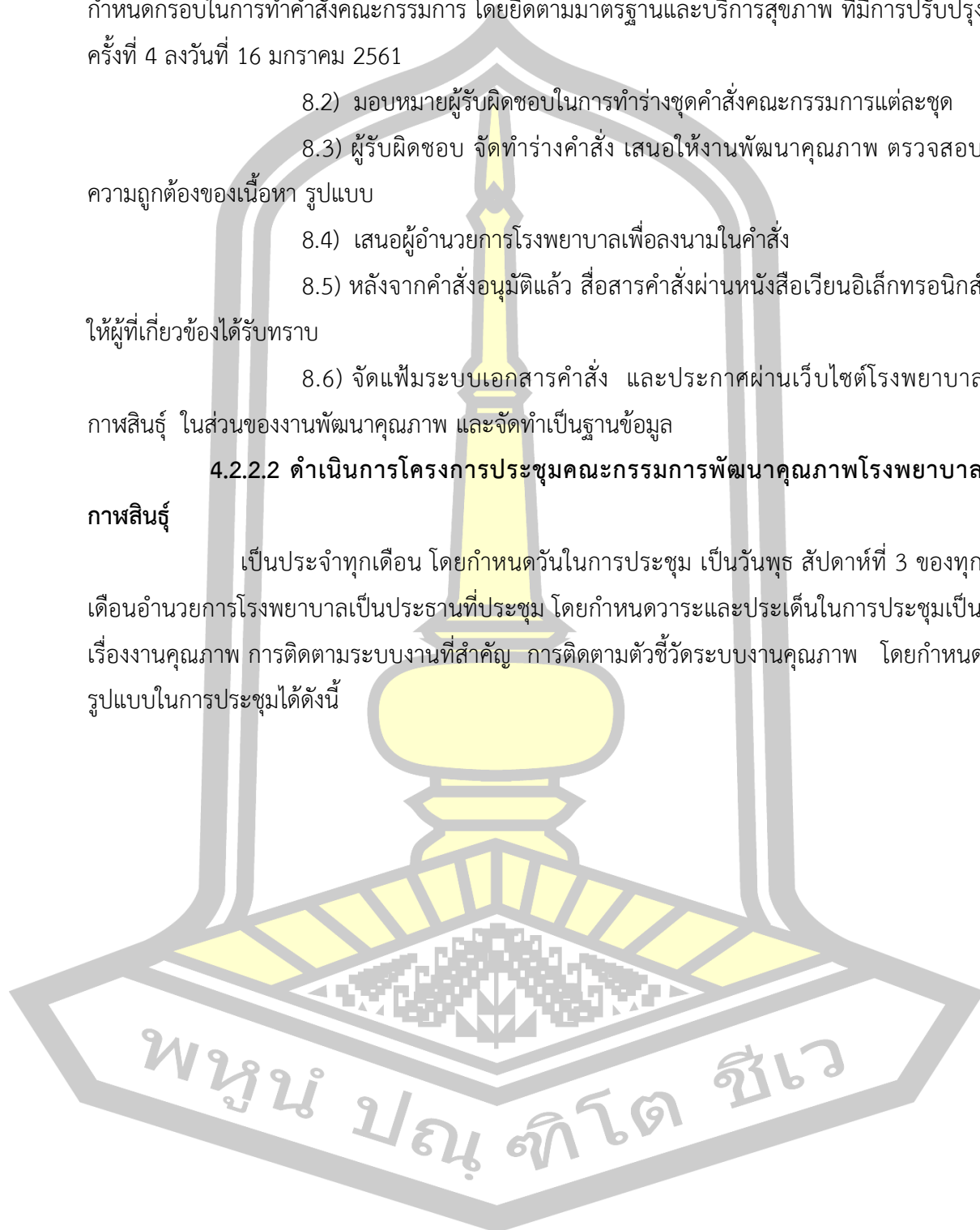
8.4) เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อลงนามในคำสั่ง

8.5) หลังจากคำสั่งอนุมัติแล้ว สื่อสารคำสั่งผ่านหนังสือเวียนอิเล็กทรอนิกส์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ

8.6) จัดแฟ้มระบบเอกสารคำสั่ง และประกาศผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล ภาพสลิษฐ์ ในส่วนของงานพัฒนาคุณภาพ และจัดทำเป็นฐานข้อมูล

#### 4.2.2.2 ดำเนินการโครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ภาพสลิษฐ์

เป็นประจำทุกเดือน โดยกำหนดวันในการประชุม เป็นวันพุธ สัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานที่ประชุม โดยกำหนดวาระและประเด็นในการประชุมเป็นเรื่องงานคุณภาพ การติดตามระบบงานที่สำคัญ การติดตามตัวชี้วัดระบบงานคุณภาพ โดยกำหนดรูปแบบในการประชุมได้ดังนี้



ตารางที่ 14 รูปแบบของวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

วาระในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ผู้รับผิดชอบ
วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ -เรื่องแจ้ง เป็นเรื่องประเด็นสำคัญ ที่ได้รับการสื่อสารจาก องค์กรภายนอก เช่น นโยบาย หรือมาตรฐานการประเมินต่าง ๆ การเข้าเยี่ยมประเมิน การสื่อสารเชิงนโยบายที่สำคัญ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว	เลขาธิการคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล
วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง -เป็นวาระที่ติดตามต่อเนื่องในที่ประชุมครั้งที่แล้ว	คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพแต่ละด้าน
วาระที่ 4 เรื่องแจ้งเพื่อทราบ จะเป็นการรายงานความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ ในแต่ละ ทีมของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง ตามกรอบมาตรฐาน HA และประเด็นข้อเสนอแนะที่ต้องพัฒนาดังนี้	คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพแต่ละด้าน
-เรื่องจากที่มนำ งานแผนและยุทธศาสตร์ งานจริยธรรม งาน วิเคราะห์การจัดการความรู้ขององค์กร	
-เรื่องจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	
-เรื่องจากคณะกรรมการองค์กรวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล	
-เรื่องจากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	
-เรื่องจากคณะกรรมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	
-เรื่องจากคณะกรรมการเวชระเบียน	
-เรื่องจากคณะกรรมการระบบยา	
-เรื่องจากคณะกรรมการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสี	
-เรื่องจากคณะกรรมการเฝ้าระวังภัยสุขภาพชุมชน	
-เรื่องจากคณะกรรมการปฐมภูมิและการทำงานกับชุมชน	

ตารางที่ 14 รูปแบบของวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ต่อ)

วาระในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	ผู้รับผิดชอบ
-เรื่องจากคณะกรรมการที่มดูแลผู้ป่วยทางคลินิก <ul style="list-style-type: none"> <li>● อายุรกรรม</li> <li>● สูติกรรม</li> <li>● กุมารเวชกรรม</li> <li>● ศัลยกรรม</li> <li>● ศัลยกรรมกระดูกและข้อ</li> <li>● หู ตา คอ จมูก</li> <li>● จิตเวช</li> </ul>	
วาระที่ 5 เรื่องเพื่อพิจารณา	คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพแต่ละด้าน
วาระที่ 6 เรื่องอื่นๆ	คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพแต่ละด้าน

โดยในการประชุมทุกครั้งมีการสรุปผลรายงานการประชุมในรูปแบบของแฟ้มเอกสารข้อมูล  
ไฟล์เอกสารข้อมูล และเอกสารดาวโหลด ที่สามารถเรียกดูข้อมูลเพื่อการพัฒนาได้

#### 4.2.2.3 โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพตามหลักสูตรของ สรพ.

เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในด้านองค์ความรู้  
งานพัฒนาคุณภาพ อันจะทำให้เกิดการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านคุณภาพของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยผลจากการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
ได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการที่จะเป็นองค์กรที่มีการเรียนรู้ โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่ง  
บุคลากรอบรมมีดังนี้คือ

1) เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ใหม่ๆให้กับบุคลากร ด้านงานพัฒนาคุณภาพ ตาม  
มาตรฐาน HA

2) บุคลากรที่ผ่านการอบรมในแต่ละหลักสูตรนำความรู้ที่ได้มาถ่ายทอดให้  
บุคลากรในโรงพยาบาลได้เรียนรู้



3) สร้างบุคลากรที่เสี่ยงด้านคุณภาพของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่สามารถเป็นที่ปรึกษาด้านคุณภาพ

4) จัดสร้างคลังความรู้ด้านงานคุณภาพขึ้น ใน Website โรงพยาบาล จาการถอดบทเรียนที่ได้ในการอบรมหลักสูตรของ สรพ.

#### กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่เข้าอบรม

1. มีประสบการณ์ในงานคุณภาพ อย่างน้อย 1 ปี ทั้งนี้เนื่องจากข้อสรุปของที่ประชุมเห็นว่า ผู้ที่จะเข้าอบรมนั้น อย่างน้อยต้องมีประสบการณ์ในงานที่ปฏิบัติ

2. เป็นคณะกรรมการประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (Facilitator) ตามคำสั่งแต่งตั้ง

3. มีทักษะในการสื่อสารเพื่อการทำงานเป็นทีม

4. มีความพร้อมในการเข้ารับการอบรมในช่วงเวลาที่กำหนด

5. เมื่ออบรมเสร็จ ต้องนำองค์ความรู้ที่ได้รับกลับมาถ่ายทอดในองค์กร

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1/2563 ได้คัดเลือกบุคคลเพื่อเข้ารับการอบรม และจัดลำดับ หลักสูตร ตามความเหมาะสม ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์จากการใช้ข้อมูลพื้นฐานเดิมของโรงพยาบาล จากผู้ที่เคยผ่านการอบรมมาแล้ว และศึกษารายละเอียดจากคู่มือหลักสูตรการฝึกอบรม ของสรพ. ประจำปี 2563 จึงได้กำหนดหลักสูตรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ต้องส่งบุคลากรเข้าอบรม ทั้งหมด 12 หลักสูตร

สรุป โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพตามหลักสูตร. พบว่า ในแผนมีการส่งบุคลากรเข้าอบรมทั้งสิ้น 12 หลักสูตร จำนวน 41 คน ผลพบว่า สามารถเข้าอบรมได้จริงจำนวน 6 หลักสูตร 21 คน เนื่องจากสถานการณ์ COVID ในส่วนของบุคลากรที่เข้าอบรม ได้รับใบประกาศรับรองการผ่านหลักสูตรของ สรพ.

#### 4.2.2.4 ดำเนินโครงการการตามรอยคุณภาพที่สำคัญ

เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและรับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการได้เห็นของจริงจากการปฏิบัติงานของบุคลากร การตามรอยกระบวนการ (Process) ตั้ง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

1) การกำหนดพื้นที่ในการรับผิดชอบของทีมที่เสี่ยงคุณภาพ ประจำหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ โดยทีมในการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย พี่เลี้ยงคุณภาพจากสหสาขาวิชาชีพ ที่เป็นคณะกรรมการประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาล

2) คุณสมบัติของผู้ที่เป็นพี่เลี้ยงคุณภาพ คือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในงานคุณภาพ ผ่านการอบรมหลักสูตร คุณภาพขั้นพื้นฐาน HA 201 HA ขั้นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนี้

- มีทักษะในการสื่อสารเพื่อการทำงานเป็นทีม
- นำแนวคิดและปรัชญาคุณภาพสู่การปฏิบัติงานได้จริง
- การใช้เครื่องมือคุณภาพเพื่อการพัฒนาได้แก่ 3P,3C-PDSA,QA/CQI,12

กิจกรรมทบทวน สู่การวางระบบ และการใช้ประโยชน์จาก Service Profile

3) กำหนดระยะเวลาในการลงตามรอยคุณภาพ ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2563- พฤษภาคม 2563 โดยมีรายละเอียดและประเด็นการตามรอยคุณภาพ

4) สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งการใช้การตามรอยคุณภาพเป็นอีกเครื่องมือหนึ่ง ที่สำคัญ ซึ่งทีมพี่เลี้ยงคุณภาพได้นำมาใช้ และผลที่ได้จากการศึกษามีดังนี้

ตารางที่ 15 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล  
กาฬสินธุ์

ประเด็นการตามรอย/หน่วยงาน	ผลลัพธ์ที่ได้
PCT ศัลยกรรม/OR/วิสัญญี/IC/ ทันตกรรม/ศูนย์เปเล	
ประเด็นที่ทำได้ดี	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การเขียน Clinical tracer ที่เป็นแบบอย่างให้กับ PCT อื่นได้</li> <li>2.มีแนวทางปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</li> <li>3.การคัดกรองผู้ป่วยที่ทันตกรรม และมีแนวทางการคัดกรองในสถานการณ์ COVID-19</li> </ol>
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.เพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis</li> <li>2.พัฒนาและปรับปรุง Surgical check list</li> <li>3.ระบบคัดแยกขยะ ของงานทันตกรรม</li> <li>4.การส่งบุคลากรเข้าอบรมเฉพาะทางศัลยกรรม</li> <li>5.เพิ่มแนวทางการส่งต่อข้อมูลที่ OR</li> <li>6.การระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง</li> </ol>

ตารางที่ 16 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมที่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล  
กาฬสินธุ์ (ต่อ)

ประเด็นการตามรอย/หน่วยงาน	ผลลัพธ์ที่ได้
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 2.Diver diagram/3P
PCT Med/ธุรการ/การเงิน/บัญชี /ไตเทียม	
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.การเขียน Service profile 2.การทบทวนตัวชี้วัดที่สำคัญ
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	1.การบริหารความเสี่ยง /การสอนโปรแกรม ลงระบบรายงาน ความเสี่ยง ในระบบการเงิน ธุรการ 2.การเขียน clinical tracer ที่มีอายุกรรม 3.ระบบการตรวจสอบคุณภาพของระบบน้ำ RO ก่อนปล่อย ลงระบบบำบัดน้ำเสีย 4.การส่งบุคลากรเข้าอบรมในหลักสูตรเฉพาะทางไต 5.การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิก
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 2.3P 3C-PDSA
โซนพื้นที่ด้านหลังโรงพยาบาล/รพภ./สนาม/บำบัดน้ำเสีย/ซ่อมบำรุง/ENV/พัสดุ/ซักฟอก/ ยานพาหนะ	
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.การมีแผนพัฒนาหน่วยงานเรื่องสิ่งแวดล้อม 2.มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั่วไป/2P Safety 3.การพัฒนาระบบ IC
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน

ตารางที่ 17 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมที่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล  
กาฬสินธุ์ (ต่อ)

ประเด็นการตามรอย/หน่วยงาน	ผลลัพธ์ที่ได้
PCT สูตินรีเวชกรรม/กลุ่มการพยาบาล/LR/ER/OPD	
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.การทำงานร่วมกันในภาพของ MCH Board 2.มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทัวไป/2P Safety 3. การทำ MM Conference 4.ระบบการบันทึกเวชระเบียน
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P
PCT EENT/จิตเวช/OPD จิตเวช/ PCT Ortho/โภชนศาสตร์/ทรัพยากรบุคคล/กลุ่มงาน สวัสดิการสังคม	
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.มีแนวทางการส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด 2.การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีนวัตกรรม และมีผลลัพธ์การติดตามผู้ป่วยที่ดี 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทัวไป/2P Safety 3.เพิ่มระบบเครื่องมืออุปกรณ์ ปรับปรุงระบบการส่งซ่อม 4.ระบบการบันทึกเวชระเบียน
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P

ตารางที่ 18 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมที่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล  
กาฬสินธุ์ (ต่อ)

ประเด็นการตามรอย/หน่วยงาน	ผลลัพธ์ที่ได้
เวชกรรมสังคม/เภสัชกรรม/PCU/ งานประชาสัมพันธ์/เครื่องมือแพทย์	
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.การทำงานเชื่อมประสานกับชุมชน 2.มีการนำระบบ สารสนเทศมาพัฒนาระบบบริหารยาของเภสัชกรรม 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทัวไป/2P Safety 3.ระบบบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P
แพทย์แผนไทย/Lab/x-ray/อาชีวเวชกรรม/สุศึกษา/จ่ายกลาง	
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.การทำงานเชื่อมประสานกับชุมชน 2.มีการนำระบบ สารสนเทศมาพัฒนาระบบบริหารยาของเภสัชกรรม 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทัวไป/2P Safety 3.ระบบบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P
PCT เด็ก/Refer/ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/งานเวชระเบียน/เวชศาสตร์ฟื้นฟู	
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.กระบวนการดูแลผู้ป่วย เรื่องระบบ Fast tract ในPCT เด็ก 2.มีระบบการคัดกรอง ในสถานการณ์ COVID-19 ในหอผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาเฝ้า 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)

ตารางที่ 19 ผลการตามรอยคุณภาพ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล  
กาฬสินธุ์ (ต่อ)

ประเด็นการตามรอย/หน่วยงาน	ผลลัพธ์ที่ได้
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทัวไป/2P Safety 3.การส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่อง
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P

**สรุป** ผลการศึกษาที่ได้จากการตามรอยคุณภาพของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ โรงพยาบาล  
กาฬสินธุ์ พบประเด็นสำคัญ ที่นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อวางแผนในการ  
พัฒนา และให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1. ประเด็นในเรื่องการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า  
บุคลากรนั้น ยังมีความรู้ความเข้าใจ ในระบบรายงาน และปัญหาเรื่องการไม่ลงบันทึก เนื่องจากกลัว  
เป็นความผิด อันยังไม่ได้ทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ในเบื้องต้นทีมพี่เลี้ยงได้ ใช้  
เทคนิคการ Coaching และให้คำแนะนำเบื้องต้น เพื่อสร้างความเข้าใจ แต่สรุปภาพรวมขององค์กร  
ได้ถูกนำเข้าสู่การวางแผนพัฒนาทั้งระบบต่อไป

2. ประเด็นเรื่องการเขียน Service profile หรือแบบประเมินตนเองของหน่วยงาน จาก  
การวิเคราะห์ของทีมพัฒนาคุณภาพ พบข้อสรุปของปัญหาที่ได้จากการตามรอย ในหน่วยงาน ต่าง ๆ  
คือ แต่ละหน่วยงานตั้งเป้าหมายของงานตัวเองไม่ชัดเจน ทำให้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญในการติดตาม  
งานไม่ได้ และไม่ได้มีการควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่พบผลลัพธ์ในการพัฒนาที่มีแนวโน้มดี  
ขึ้น นอกจากนี้แล้ว ระบบการจัดเก็บข้อมูลในการวิเคราะห์ยังไม่เป็นหมวดหมู่ ทำให้ให้เลือกรนำข้อมูล  
มาวิเคราะห์ ข้อเสนอแนะจากทีม คือ การนำระบบสารสนเทศเข้ามาช่วยในการจัดเก็บข้อมูล พุดคุย  
กันในประเด็นสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน

3. ในเรื่องระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เป็นประเด็นสำคัญ ที่ทางทีมพี่เลี้ยง  
คุณภาพ พบประเด็นปัญหา ในทุกหน่วยงาน ซึ่งต้องมีการพัฒนาปรับปรุง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย  
สำหรับผู้ป่วยและบุคลากร จากการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันของทีมพบว่า สาเหตุที่มีปัญหาในหลายจุด  
พบว่าระบบการบันทึก และเสนอซ่อม จัดซื้อจัดจ้างมีความล่าช้า ดังนั้นจึงเป็นโอกาสพัฒนาที่ต้อง  
นำเสนอผู้บริหารต่อไป

#### 4.2.5 โครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย /2 P Safety

จากการประชุมวางแผน วิเคราะห์ องค์กรร่วมกัน ของทีมบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และผลที่ได้จากการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของ องค์กร พบปัญหาในเรื่องระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ระบบรายงานอุบัติการณ์ ที่ยังไม่ เกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร จึงได้มีการกำหนดให้มีการจัดการในเรื่องระบบบริหารความเสี่ยง และ2P Safety ขึ้นดังนี้

4.2.5.1 กิจกรรมที่ 1 ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรคในระบบการทำงานด้าน บริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 โดยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ในการประชุมครั้งนี้ คือ

**คำถามที่1** ปัญหาในการปฏิบัติงานการจัดการความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์คืออะไร

**คำตอบ** 1) ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2) ระบบรายงานความเสี่ยง ช้า เข้าถึงยาก ทำให้บุคลากรไม่เอายกรายงาน โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ซึ่งไม่มีเวลาที่จะมาเปิดโปรแกรมรายงาน ทำให้พบว่าแพทย์มีการรายงานความเสี่ยงน้อยมาก

3) ระยะเวลาในการทราบข้อมูลช้า เช่นการทราบเหตุการณ์ที่ต้องแก้ไข เร่งด่วนช้า ทำให้จัดการกับเหตุการณ์นั้นช้า

4) บุคลากรใหม่ ยังไม่ทราบระบบการรายงาน มีการรายงานน้อย

5) บุคลากรไม่ได้พัฒนาศักยภาพด้านบริหารความเสี่ยง ทำให้ไม่เกิดการกระตุ้น การพัฒนา

6) เจ้าหน้าที่ไม่มีแรงจูงใจในการพัฒนางาน กลัวไม่กล้ารายงาน กลัวถูกว่าทำผิด

7) มีแนวทางใหม่ๆ มีการพัฒนา แต่เจ้าหน้าที่ยัง ใช้แนวทางเดิมในการปฏิบัติ

8) เครื่องมือ ที่ช่วยในการพัฒนา เช่นเครื่องคอมพิวเตอร์ มีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ

9) ขั้นตอนในการทำงานด้านความเสี่ยงไม่ชัดเจน อยากให้มีขั้นตอนที่ชัดเจนมากกว่านี้

10) เจ้าหน้าที่ไม่มีแรงจูงใจในการรายงาน ไม่มี Reward

**คำถามที่ 2** สิ่งที่ทำได้ดี หรือสิ่งที่พัฒนาแล้วของระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์คืออะไร

1) การทำงานเป็นทีม ในการประชุมหรือการร่วมทบทวนด้านความเสี่ยงขององค์กร บุคลากรให้ความร่วมมือด้วยดีทุกครั้ง ผู้บริหารให้การสนับสนุน

2) มีคณะกรรมการที่ร่วมขับเคลื่อนงานคุณภาพด้านความเสี่ยง

3) มีฐานข้อมูลเบื้องต้นในการจัดการด้านความปลอดภัย

**สรุป** จากการประชุมวางแผนของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในเรื่องการทบทวนปัญหาและสถานการณ์ในกิจกรรมที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ในภาพรวมขององค์กร โดยปัญหาที่ได้ได้ถูกนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และนำมาวิเคราะห์ร่วมกับการนำกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2562) หมวด II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ คือ องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน ได้กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง และนโยบายด้าน 2P Safety กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

#### 4.2.5.2 กิจกรรมที่ 2 อบรมให้ความรู้กับบุคลากรในเรื่องบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล และ 2P Safety

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ในด้านการบริหารความเสี่ยง และ 2P Safety
2. เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการด้านการบริหารความเสี่ยง และ 2P Safety ให้เกิดประสิทธิภาพ

##### กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทั้งทีมสนับสนุน และทีมคลินิก จำนวน 300 คน

##### กิจกรรม

- 1) จัดประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการความเสี่ยงและ 2P Safety โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยวิทยากรที่ให้ความรู้ คือ วิทยากรภายในโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรม ในหลักสูตรของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โครงการ Training of the Trainer 2P Safety จำนวน 2 คน

**กลุ่มที่ 1** ทีมนำทางคลินิก ประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยตรงกับผู้ป่วย ประชุมในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 โดยเนื้อหา คือ Patient Safety และ Personal Safety และการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก

**กลุ่มที่ 2** ทีมสนับสนุน ประกอบด้วยบุคลากรทีมสนับสนุนทางการแพทย์ และหน่วยงานสนับสนุน ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 คือ Personal Safety และการบริหารความเสี่ยงทั่วไป และของบุคลากรทางการแพทย์

- 2) กิจกรรม Work shop การจัดทำ Risk profile ของหน่วยงานจำนวน 145 หน่วยงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยกำหนดให้มี รูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล โดยอิงตาม



มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,2562) หมวด II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

3) การจัดทำระบบเอกสารความเสี่ยงของหน่วยงาน จากการวิเคราะห์ปัญหาที่ผ่านมาจากการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล และจากผลการเยี่ยมสำรวจจากผู้ประเมินภายนอกโรงพยาบาล (ข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลกาฬสินธุ์,2561) ทีมบริหารความเสี่ยงจึงได้มีการนำมาสรุป ร่วมกับการศึกษากรอบมาตรฐานและนำมากำหนดเป็นเอกสาร ทุกหน่วยงานต้องมีแฟ้มเอกสารความเสี่ยง ที่ประกอบด้วย

- นโยบายการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล
- คู่มือการบริหารความเสี่ยง
- Risk Profile ของหน่วยงาน
- รายงานข้อมูลอุบัติการณ์ ความเสี่ยงของหน่วยงาน
- แผนบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน
- ผลการทบทวน RCA

ซึ่งจากการประชุมในครั้งนี้ กำหนดให้มีการเก็บเอกสารใน 2 รูปแบบ คือ แฟ้มเอกสารที่หน่วยงาน และมีระบบไฟล์เอกสารที่เก็บไว้ในโทรศัพท์หรือพื้นที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการสูญหาย และรักษาข้อมูล (มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4,2562) ข้อ I-4 ระบบสารสนเทศและการจัดการความรู้ จึงได้มีการกำหนดการเข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลโดยให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาข้อมูล โดยให้มี Username และ Password

4) การเรียนรู้ เข้าโปรแกรมและระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล จากการทบทวนระบบ สถานการณ์ และข้อมูลจากข้อเสนอแนะตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ มีการพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล Pong lang risk และได้ให้บุคลากรที่เข้ารับการอบรม ได้เข้าเรียนรู้การใช้งานโปรแกรม ในลักษณะ สอน สาธิต โดยทีมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลและโปรแกรมเมอร์ ที่ออกแบบระบบ

#### 4.2.5.3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety

จากการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล 42 คนซึ่งเป็นตัวแทนของหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ได้มีการเสนอความคิดเห็นและความต้องการ ในสิ่งที่ต้องการพัฒนาในโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยดังนี้

ตารางที่ 20 แสดงข้อมูลร้อยละของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n=42)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	8	19.04
หญิง	34	80.96
2.อายุ		
20-30 ปี	1	2.38
31-40 ปี	12	28.57
41-50 ปี	27	64.28
51 ปี เป็นต้นไป	2	4.76
3.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	38	90.47
ปริญญาโท	4	9.52
ปริญญาเอก	2	0

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ในการประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อสะท้อนข้อมูล ร่วมวางแผนในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่แล้ว เป็นคณะกรรมการที่มาจากตัวแทนของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งทางคลินิก และหน่วยงานสนับสนุน ส่วนใหญ่แล้วมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี 90.47% โดยเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมในคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยสรุปประเด็นสำคัญ มีดังนี้คือ

**คำถามที่ 1** โปรแกรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ปัจจุบันมีข้อดีและข้อเสียอย่างไรบ้าง

Ki-1 สะท้อนว่า “โปรแกรม เข้ารายงานยาก ซับซ้อน กว่าที่จะถึงหน้ารายงานต้องเข้าหลายขั้นตอน จนบางครั้งต้องเข้าหลายๆ รอบ เนื่องจาก Internet หลุดง่าย กว่าที่จะเสร็จแต่ละเหตุการณ์ใช้เวลา เกือบชั่วโมง ทำให้องค์กร ๆ ที่หน้างานไม่ยอกรายงาน เพราะต้องเอาเวลาไปดูแลคนไข้มากกว่า ”

Ki-2 สะท้อนว่า “รายงานเข้ายาก หลายขั้นตอน Internet เข้า โดยเฉพาะแพทย์ที่เวลาเจออุบัติเหตุแล้วเคยเข้ามารายงานในระบบพบว่า หลายขั้นตอน กว่าที่จะเข้าได้ จนทำให้แพทย์หลายๆท่านไม่อยากรายงาน ซึ่งก็พบอุบัติเหตุหลายๆที่เกิดขึ้นแต่ไม่ได้รับการรายงาน ทำให้อุบัติเหตุเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไข ก็เลยเกิดขึ้นอีก”

Ki-3 สะท้อนว่า “หน่วยงานได้รับรายงานช้า กว่าจะมาทบทวน คุณกัน ก็ใช้เวลาหลายวัน ทำให้รับการแก้ไขช้า บางเรื่องจนลืมไป แต่โปรแกรมนี้ก็มีข้อดีคือ การตอบกลับอุบัติเหตุ และการทบทวนในรูปของกระดาษทำให้เราได้ข้อมูลที่ละเอียด”

Ki-4 สะท้อนว่า “รายงานเข้ามาในระบบแล้ว จะกลับเข้ามาดูข้อมูลที่ได้รายงานไว้ไม่สามารถดูรายงานได้ ต้องเก็บบันทึกไว้ในสมุดที่หน่วยงาน ซึ่งหากลืมเก็บไว้ก็ดูข้อมูลไม่ได้ ข้อดีคือมีการแยกโปรแกรมออกจากความเสี่ยงด้านยา เวลาวิเคราะห์ข้อมูลทำได้ง่าย ”

Ki-5 สะท้อนว่า “ไม่มีการแจ้งเตือนในระบบ ทำให้ไม่ทราบว่าจะมีความเสี่ยงเกิดขึ้นกว่าจะทราบเวลาก็ผ่านไปนานแล้ว ทำให้เมื่อกลับมาทบทวน หาสาเหตุบางครั้งจำเหตุการณ์ และผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จำไม่ได้ แล้ว ทำให้การทบทวนไม่ถึงสาเหตุที่แท้จริง และได้รับการแก้ไขไม่ตรงจุด ในเรื่องการ เรียกดูในส่วนของข้อมูลที่ตนเองรายงานเข้ามาไม่ได้ ข้อมูลที่หน่วยงานและข้อมูลความเสี่ยงของ RM โรงพยาบาลจึงไม่ตรงกัน แต่มีข้อดีคือโปรแกรมความเสี่ยงด้านยา แยกออกมาต่างหาก ง่ายต่อการติดตามด้านความเสี่ยงของยา เนื่องจากมีเภสัชช่วยในการดักจับช่วย ”

Ki-6 สะท้อนว่า “หน่วยงานได้รับข้อมูลอุบัติเหตุความเสี่ยงช้า เพราะกว่าจะเสนอหลายขั้นตอน กว่าจะถูกส่งมาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็หลายวันเนื่องจากการส่งเอกสารกลับในรูปแบบของกระดาษและใช้คนในการเดินส่งอุบัติเหตุความเสี่ยง นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการที่ข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงานถูกเปิดเผย ”

Ki-7 สะท้อนว่า “โปรแกรมเข้ารายงานได้ช้า หัวข้อเลือกยากซับซ้อน การตอบกลับยังต้องใช้ตอบใส่กระดาษกลับมาบางครั้งข้อมูลมีการสูญหาย แต่ก็มีข้อดี คือแยกเป็นหมวดตามความเสี่ยง”

Ki-8 สะท้อนว่า “ บางอุบัติเหตุที่รายงานเข้ามา หัวหน้างานไม่ทราบในเหตุการณ์นั้น ๆ เนื่องจากในโปรแกรมนี้สามารถส่งรายงานเข้ามาได้เลย ทำให้บางอุบัติเหตุไม่ใช่ความจริง ๆ แต่ถูกรายงานเข้ามา ”

Ki-9 สะท้อนว่า “เมนูหน้าจอความเสี่ยงมีมาก กว่าที่จะเลือกได้เสียเวลา แต่มีข้อดีคือสามารถพิมพ์อุบัติเหตุได้เลย ”

Ki-10 สะท้อนว่า “โปรแกรมมีหลายขั้นตอน การเข้ายาก ซับซ้อน สำหรับการรายงาน พอรายงานเข้ามาแล้วไม่สามารถเรียกดูข้อมูลของตนเองรายงานได้ จะทราบเฉพาะที่ส่วนกลาง

ที่รายงาน เวลาหน่วยงานจะวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงของตนเองต้องมาขอข้อมูลจากส่วนกลางอีกที และดูจากที่บันทึกส่วนหนึ่งไว้ที่หน่วยงาน ทำให้ข้อมูลไม่ตรงกัน

Ki- 11 สะท้อนว่า “ผู้ดูแลระบบ ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลในตัวโปรแกรมได้ ต้องดึงข้อมูลออกมาวิเคราะห์ต่างหาก ทำให้เสียเวลา ข้อมูลที่ดึงออกมาส่วนใหญ่แล้ว แยกวิเคราะห์ กับความเสี่ยงด้านยาทำให้ข้อมูลถูกแยกส่วนกัน แต่ก็มีข้อดีคือ มีผู้ที่เชี่ยวชาญด้านยาช่วยในการ วิเคราะห์ เนื่องจากความเสี่ยงด้านยาเป็นความเสี่ยงที่มีจำนวนมาก

ตารางที่ 21 สรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา แยกประเด็นในส่วนของข้อดีของโปรแกรมเดิม และ ข้อจำกัดของโปรแกรมเดิม

ข้อดีของโปรแกรมความเสี่ยงเดิมที่ใช้อยู่	ข้อจำกัดของโปรแกรมความเสี่ยงเดิมที่ใช้อยู่
1.โปรแกรมมีการแยกระหว่างความเสี่ยงด้านยา และความเสี่ยงทั่วไป ข้อดีคือ มีบุคลากรที่ช่วย กำกับติดตามที่มีความเชี่ยวชาญ	1. โปรแกรม มีหลายหน้ารายงาน
	2. ระบบมี หลายขั้นตอน
3.มีการแยกหมวดหมู่ความเสี่ยง เป็นความเสี่ยง ทั่วไป และความเสี่ยงด้านยา	3.โปรแกรมความเสี่ยง มีหมวดหมู่ในการเข้าถึง หลายโปรแกรม
	4.ข้อมูลอุบัติการณ์ที่รายงาน ไม่ได้รับการ ตรวจสอบความถูกต้องก่อนรายงานเข้าระบบ
	5.ระบบเรียกดูข้อมูลย้อนหลังไม่ได้ สำหรับ หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง
	6. ลำดับขั้นตอนของการเสนอรายงานมีหลาย ขั้นตอน
	7.เสี่ยงต่อข้อมูลความเสี่ยงได้รับการเปิดเผย
เป็นอิสระในการรายงานในบางหัวข้อหรือบาง เรื่อง	8.ไม่มีบัญชีความเสี่ยง ให้เจ้าหน้าที่เลือก
	9.การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถูกดึงออกมาจาก โปรแกรมแล้วนำมาวิเคราะห์ภายหลัง
	10.การวิเคราะห์ข้อมูลถูกวิเคราะห์แยกส่วนทำ ให้ไม่เชื่อมโยงกันในภาพใหญ่

**คำถามที่ 2** ท่านต้องการให้โปรแกรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร  
ซึ่งในที่ประชุมสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้คือ

1. ต้องการระบบที่มีความง่ายต่อการใช้งาน  
2. ระบบมีข้อมูลที่สามารถสืบได้ทั้งความเสี่ยงด้านผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

3. เมนูที่ใช้สะดวก ง่าย
4. มีระบบแจ้งเตือน เมื่อมีการรายงานความเสี่ยง
5. สามารถเรียกดูข้อมูลย้อนหลัง หรือประวัติการบันทึกย้อนหลังได้
6. ต้องให้โปรแกรมสามารถตอบกลับรายงานได้
7. หน่วยงานที่รายงาน สามารถเรียกดูข้อมูลความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองได้
8. ระบบที่มีความรวดเร็ว

สรุป ผลที่ได้จากการสะท้อนบทเรียนและปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงแบบเดิม และข้อสรุปความต้องการของหน่วยงาน ทั้ง 8 ประเด็น ร่วมกับการศึกษาข้อกำหนดตามมาตรฐานคุณภาพ ( มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ, 2562) และโปรแกรมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System : NRLS) รวมทั้งศึกษาความเป็นไปได้ของการพัฒนาโปรแกรมใหม่ ร่วมกับทีมโปรแกรมเมอร์ ได้มีการพัฒนาโปรแกรมและลำดับขั้นการพัฒนาดังนี้

2. มีการประชุมเพื่อพัฒนา โปรแกรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ออกแบบโปรแกรมไปกลาง โดยมีลำดับขั้นตอนในการพัฒนาดังนี้

2.1 ศึกษารายละเอียด Template บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้สอดคล้องกับโปรแกรมความเสี่ยงเดิมของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับ Template ในโปรแกรม HRMS on Cloud & NRLS ซึ่งเป็นรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สอดคล้องและครอบคลุมตาม Standard Data set & Terminologies ของระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System : NRLS) โดย Template การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงประกอบด้วย

- 1) Incident Type : ประเภทของอุบัติการณ์
- 2) Patient information : ผู้ได้รับผลกระทบ
- 3) Incident Location : สถานที่เกิดอุบัติการณ์
- 4) Incident Time : เวลาที่เกิดอุบัติการณ์
- 5) Agents Involved : รายละเอียดเหตุการณ์พอสั่งเขป
- 6) Incident Outcome : ระดับความรุนแรง

7) Resulting Agents : ผลลัพธ์ทางกระบวนการทำงาน

8) ผลลัพธ์ทางสังคม

2.2 จำแนกระบบรายการอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประกอบไปด้วย

**1) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk)** หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาซึ่งส่งผลให้เกิดต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1) ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common clinical risk incident) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยทั่วไปไม่จำกัดโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ

1.2) ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk incident) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง หรือไม่มีประสิทธิภาพสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง เป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ

**2) ความเสี่ยงทั่วไป (General risk)** หมายถึง ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการรักษาพยาบาล แต่เกิดจากปัจจัยอื่นที่มีผลทำให้เกิดความเสียหาย ความเสี่ยงทั่วไป

2.1) ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับบุคลากร ได้แก่ การเกิดความเสียหายด้านสื่อสังคมออนไลน์ การติดเชื้อของบุคลากร ผลกระทบด้านภาวะจิตใจ กระบวนการในการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ระบบเวชระเบียน การส่งต่อ ระบบ EMS

2.2) ความเสี่ยงที่เกี่ยวกับองค์กร ได้แก่

2.2.1 ด้านสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัย หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุบัติการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติงานที่มีต่อสุขภาพบุคลากร ความปลอดภัยด้าน ทรัพย์สิน

2.2.2 ด้านการเงิน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับค่ารักษา การสูญเสียรายได้ ทรัพย์สินทางราชการต่าง ๆ มูลค่า ความปลอดภัยด้านทรัพย์สิน

2.2.3 ด้านเวชระเบียน หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับเอกสารประวัติของผู้ป่วย เช่นการบันทึกการจัดเก็บ การค้นหา การระบุตัวผู้ป่วย การบันทึกสิทธิการรักษา การบันทึกค่ารักษาพยาบาล การบันทึกที่แสดงถึงคุณภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสื่อสารของสหสาขาวิชาชีพ

2.2.4 ด้านบริการ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก พฤติกรรมบริการ ขั้นตอนบริการ

2.2.5 เครื่องมืออุปกรณ์ในบริการ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลรักษา

2.2.6 ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่นการให้ ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

2.2.7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ หมายถึง อุบัติการณ์เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความไม่พร้อมใช้ของ คอมพิวเตอร์ โปรแกรม การสื่อสาร การบันทึก การจัดเก็บข้อมูล และเกี่ยวกับ ข้อมูลสถิติต่าง ๆ

2.3 Web-based Application ติดตั้งบน Cloud Sever

2.4 กำหนดการเข้าใช้งานได้ตลอดเวลาตาม ได้ตามสิทธิ์

2.5 มีช่องทางในการส่งข้อมูล Input เข้าสู่ระบบ HRMS on Cloud & NRLS แบบ Export/Import ด้วยการส่งออกข้อมูลในรูปแบบ CSV. File เป็นครั้งๆ

2.6 กำหนด Standard Data set & Terminologies อิงตาม WHO (MIM PS: Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems) และหลักการ 2P Safety Goals ตามบริบทของประเทศไทย

2.7 กำหนดกลุ่มผู้ใช้สิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อเป็นการรักษาความลับของข้อมูล และลำดับชั้นของการรายงานและบริหารจัดการความเสี่ยง โดยบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล กภาพสิทธิ์ มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลในโปรแกรมบริหารจัดการความเสี่ยง โดยใช้ User name และ Password ในการเข้าใช้งานตามระดับสิทธิ์ ดังนี้

2.7.1 Admin คือผู้ใช้สิทธิ์ในการบริหารจัดการระบบของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาล 2 คน และ เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ผู้ดูแลระบบ 1 คน

#### สิทธิ์ในการเข้าถึง

- เรียกดูรายงานภาพรวม ตรวจสอบเช็ค บันทึก และอัปเดตข้อมูลโรงพยาบาล
- เข้าดูข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีการรายงานเข้ามาในระบบ ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูล
- ส่งข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวน และแก้ไข
- ส่งข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระดับที่รุนแรง เสนอไปยังผู้บริหาร โรงพยาบาลเพื่อจัดการเร่งด่วน
- รับข้อมูลที่มีการทบทวน หรือมีการทำ RCA จัดการกับปัญหา ส่งเข้าโปรแกรมกลางของ HRMS on Cloud & NRLS

2.7.2 ระดับหัวหน้าหน่วยงาน คือผู้ใช้สิทธิ์ในการเข้าไป รายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่พบ และสิทธิ์ในการยืนยันว่าข้อมูล ที่เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานของตนเองรายงานเข้า

มาในระบบ เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงจริง และมีสิทธิ์ในการแก้ไขข้อมูล ก่อนยืนยันส่งข้อมูล  
อุบัติการณ์ และตอบกลับผลการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่หน่วยงานตนเองได้รับ

2.7.3 ระดับเจ้าหน้าที่ผู้รายงาน มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะอุบัติการณ์  
ความเสี่ยงภายในหน่วยงานของตนเอง การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่พบ

3. การนำโปรแกรมมาทดลองใช้งาน โดยให้ผู้ใช้งาน เข้าไปรายงานอุบัติการณ์ความ  
เสี่ยง ในโปรแกรม ดังนี้

3.1 เมื่อพบอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผู้พบเห็นเหตุการณ์เข้ารายงานผ่านโปรแกรม  
โปงลาง risk โดยเข้าหน้า Intranet ของโรงพยาบาล จะปรากฏหน้าจอดังนี้ ให้คลิกระบบบริหาร  
ความเสี่ยง



รูปภาพที่ 17 หน้าจอการเข้าระบบรายงานความเสี่ยง

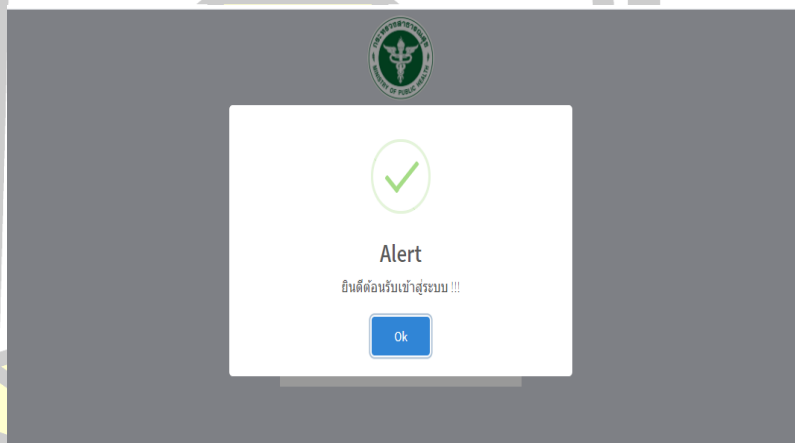




3.2 จะปรากฏหน้าจอ เพื่อ Log in เข้าสู่ระบบด้วย User name และ Password

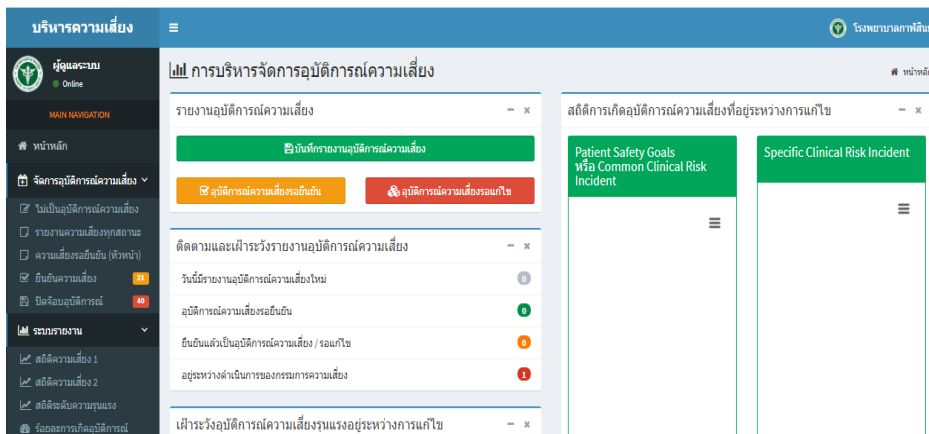
รูปภาพที่ 18 หน้าจอการเข้า Log in

3.3 จะปรากฏหน้าจอ ยินดีต้อนรับเข้าสู่ระบบ ให้กด OK



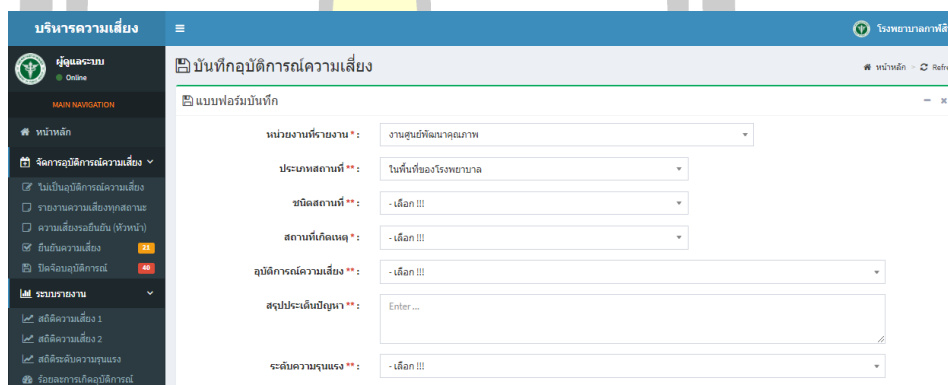
รูปภาพที่ 19 หน้าจอ Alert

3.4 จะปรากฏหน้าจอ การบริหารจัดการการอุบัติการณ์ความเสี่ยง คลิกบันทึก  
รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง



รูปภาพที่ 20 หน้าจอรายงานความเสี่ยง

3.5 จะปรากฏหน้าจอ บันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง ตามเหตุการณ์ที่พบ เมื่อบันทึกข้อมูลเสร็จ กดยืนยัน ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ในระบบ และปรากฏในหน้าจอของ Admin



รูปภาพที่ 21 แสดงหน้าจอบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง

3.6 หัวหน้าหน่วยงาน รับทราบมีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เข้าระบบ เพื่อยืนยันและตรวจสอบว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงหรือไม่ หากเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง กดยืนยันเพื่อส่งอุบัติการณ์นั้นเข้าระบบ

3.7 คณะกรรมการความเสี่ยง ซึ่งเป็น Admin เข้าดูรายงานอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรง หากเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงสูง รายงานผู้บริหารโรงพยาบาล รับทราบเพื่อบริหารจัดการเร่งด่วน หากเป็นอุบัติการณ์ไม่รุนแรง ส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทบทวน และแก้ไข

3.8 เมื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อทบทวนและแก้ไข หัวหน้าหน่วยงานเข้าดูระบบ ทำการทบทวนและพิมพ์ผลการทบทวนในระบบ กดส่ง ข้อมูลการตอบกลับจะปรากฏที่ฐานข้อมูล Admin

3.9 Admin ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทำการปิดจ๊อบ อุบัติการณ์ในเรื่องนั้น ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ในระบบ และสามารถเรียกดูข้อมูลตลอดเวลา



รูปภาพที่ 22 ภาพ Flow ระบบบริหารความเสี่ยง

จากโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงโป่งกลาง ที่พัฒนาขึ้นจากการ นำผลที่ได้จากความคิดเห็นของผู้ใช้งานระบบของโปรแกรมเดิมซึ่งเป็นผู้ใช้งานจริง ทั้งในส่วนของผู้รายงาน ผู้ดูแลระบบ และ Admin ที่ดูแลระบบ ร่วมกับกรอบมาตรฐานในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ตามมาตรฐาน II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ และบัญชีความเสี่ยงของ HRMS on Cloud & NRLS ได้มีการบูรณาการกับโปรแกรมบริหารความเสี่ยงเดิม เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และต่อยอดจากสิ่งที่มีอยู่เดิม มีการปรับ และทดลองใช้ ก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้งาน และตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

**สรุป** ในโครงการบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety ที่ได้มีการจัดขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีรูปแบบที่ชัดเจนของงานบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล และการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ที่มีระบบบริหารจัดการที่ดีในองค์กร ได้มีการจัดกิจกรรม ดังนี้คือ การประชุมเพื่อทบทวน และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ของระบบบริหารความเสี่ยง สรุปพบปัญหาในเรื่อง ความรู้ในเรื่องในเรื่องการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร เนื่องจากมีความก้าวหน้าและนโยบายที่ต้องมีการเรียนรู้เพิ่ม ได้แก่ 2P Safety ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) เรื่องกำหนดเป็นตัวชี้วัดให้โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นโรงพยาบาล 2P Safety 100% และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ก็เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่รับนโยบายสู่การปฏิบัติ และร่วม

ขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยนี้ทั้งองค์กร ดังนั้นบุคลากรในองค์กร จึงต้องมีการเรียนรู้ในเรื่อง 2P Safety ดังนั้นจึงต้องมีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้กับบุคลากรในเรื่อง 2P Safety และการบริหารความเสี่ยงขององค์กร ทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านคลินิก และด้านสนับสนุน รวมทั้งกระบวนการบริหารจัดการด้านบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ได้แก่ การกำหนดให้ทุกหน่วยงาน มีรายละเอียดการดำเนินงานด้านบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน มี Risk Profile อันเป็นตัวช่วยในการควบคุม กำกับ ติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน ทำให้หน่วยงานสามารถป้องกันความเสี่ยงไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก มีการวางแผนด้านการบริหารความเสี่ยง ให้ได้ตามเป้าหมาย ตามกรอบมาตรฐาน II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 (สรพ), 252) นอกจากนี้จากการวิเคราะห์บทวน ร่วมกันของคณะกรรมการด้านบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ยังพบประเด็นในเรื่อง โปรแกรมในการบริหารความเสี่ยง และระบบการบริหารจัดการที่ยังมีโอกาสพัฒนาใน 8 ประเด็นที่สำคัญ จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยงไปกลางขึ้น จากการบูรณาการโปรแกรมความเสี่ยงที่มีอยู่เดิม กับกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (สรพ.), 2562) และ บัญชีความเสี่ยงของ HRMS on Cloud & NRLS(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2562) เพื่อตอบสนองต่อการใช้งานของบุคลากร ผู้ใช้งานระบบ ให้เกิดประสิทธิภาพ และเกิดภาพการทำงานร่วมกันเป็นทีมขององค์กร และทำให้เกิดการพัฒนาในองค์ประกอบของมาตรฐานคุณภาพ ได้แก่ มาตรฐาน I-4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ โดยการนำสารสนเทศเข้ามาช่วยในการพัฒนาระบบ มาตรฐาน I-3 ผู้ป่วยผู้รับผลงาน เกิดความปลอดภัยจากการมีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน I-5 กำลังคน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ตลอดจนมีความพึงพอใจ และสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กร

ซึ่งหลังจากที่ได้มีการพัฒนาระบบงานที่สำคัญในหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดโครงสร้างของงานพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน นโยบายด้านการบริหารงานคุณภาพ การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ กำหนด Time line งานพัฒนาคุณภาพ การส่งบุคลากรเข้าอบรมในหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพขององค์กร การมีพี่เลี้ยงคุณภาพในหน่วยงานต่าง ๆ ที่ร่วมขับเคลื่อนและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพให้เกิดอย่างต่อเนื่องแล้ว หัวใจหลักที่สำคัญของระบบคุณภาพ คือระบบประเมิน ซึ่งจากกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.), 2562) เมื่อโรงพยาบาลมีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง ก่อนที่จะมีการให้ผู้ประเมินจากภายนอกเข้าเยี่ยมประเมิน โรงพยาบาลต้องมีการประเมินตนเองเพื่อดู ความสามารถของโรงพยาบาล และทราบว่าโรงพยาบาลมีระดับการพัฒนาอยู่ในระดับใด โดยมีการประเมินตนเอง ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ที่เรียกว่า SAR 2019 และมี

ระบบการให้คะแนนตาม Scoring guidelines (Scoring guidelines,2019) โดยจากข้อกำหนดนี้ทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและทีมบริหาร ได้จัดโครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลขึ้น เพื่อให้มีการเยี่ยมประเมินภายในโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล ที่ได้จากการแต่งตั้งจากบุคลากรในโรงพยาบาล ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตร HA 401 การเยี่ยมสำรวจภายใน และการสร้างโค้ชเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพ ดังต่อไปนี้

#### 4.2.6 โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จากการประชุมวางแผนของทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและทีมบริหารของโรงพยาบาล ได้กำหนดให้มีการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล หรือ Internal survey จากการที่ได้มีการวิเคราะห์บริบทขององค์กร และนำผลจากการสอบถามความคิดเห็นของการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยของ โรงพยาบาล ที่พบประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ในหลายประการดังนั้น เพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงกำหนดให้มีผู้เยี่ยมประเมิน เข้าเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยผลจากการศึกษาได้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### กิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ มีขั้นตอนและการดำเนินดังต่อไปนี้

##### 1. ขั้นเตรียมการก่อนลงเยี่ยม

1.1 การประชุมวางแผน เพื่อเตรียมทีม และวางแผนการเยี่ยมสำรวจ โดยแบ่งทีมในการเยี่ยมออกเป็น 8 ทีม ตามพื้นที่ในการพัฒนาของพี่เลี้ยงคุณภาพ โดยกำหนดให้มีองค์ประกอบของทีมและบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 22 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ของ ทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน

ตำแหน่ง	บทบาทหน้าที่
ประธาน 1 คน	1.เป็นผู้นำทีมในการเยี่ยมประเมิน 2.กระตุ้นการลงเยี่ยมประเมินให้มีการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย 3.ควบคุม กำกับ และสรุปผลการเยี่ยม ให้กับทีมรับการเยี่ยมประเมิน
เลขาทีม 1 คน	1.ประสานหน่วยงานในการลงเยี่ยมประเมิน 2.ประสานทีมเยี่ยมประเมิน 3.เตรียมเอกสาร เครื่องมือคุณภาพให้กับทีม

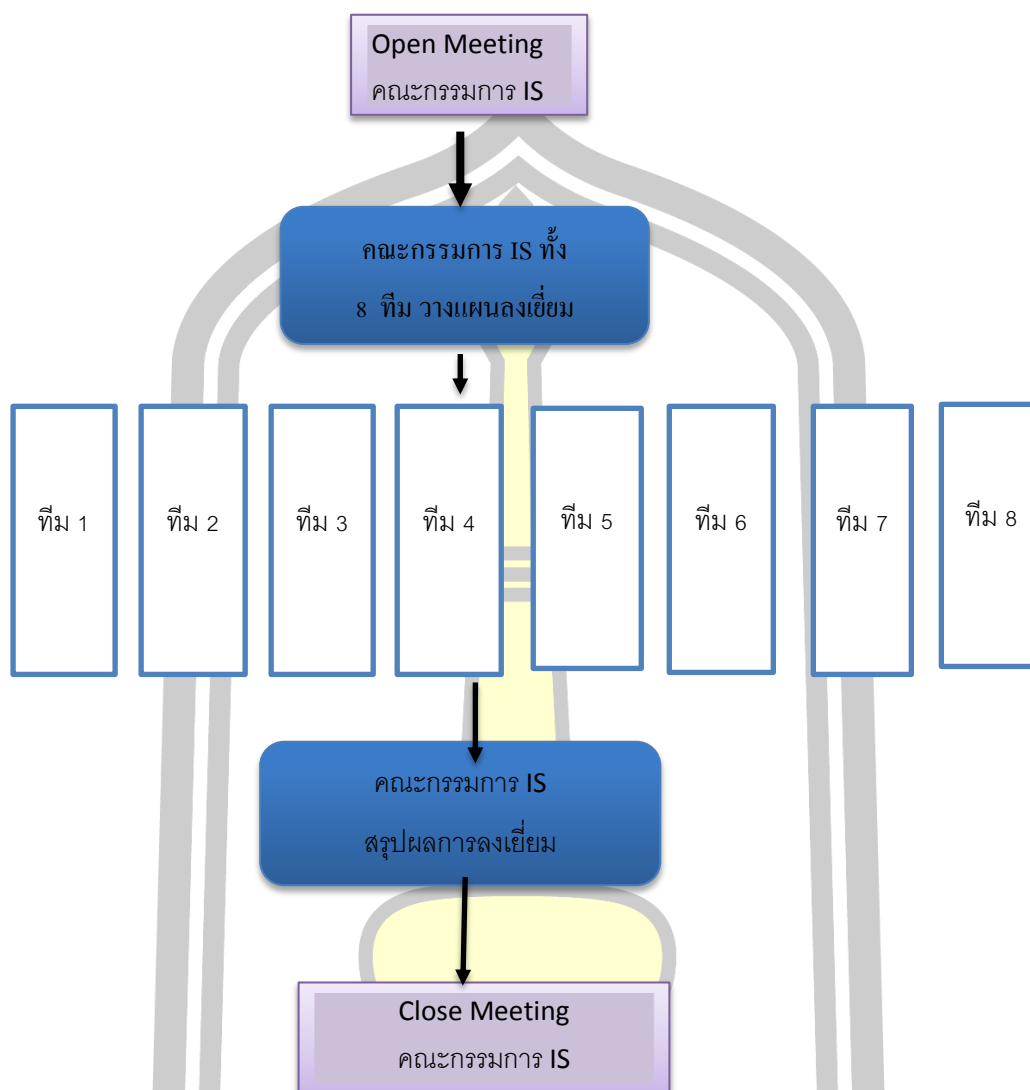
ตารางที่ 18 โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ ของ ทีมผู้เยี่ยมสำรวจภายใน (ต่อ)

ตำแหน่ง	บทบาทหน้าที่
	4.ประสานทีมพัฒนาคุณภาพ 5.นัดประชุมทีมเพื่อวางแผนการเยี่ยม 6.รวบรวมและสรุปผลการเยี่ยมประเมินของทีม
คณะกรรมการ ร่วมทีม จำนวน 4-5 คน ซึ่งมาจาก คณะกรรมการในระบบงานที่ สำคัญต่าง ๆ	1.ศึกษาเอกสารข้อมูล ของพื้นที่ ในการลงเยี่ยม ได้แก่ Hospital profile ของโรงพยาบาล service profile หน่วยงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Scoring guidelines 2.ร่วมประชุมทีมและวางแผนการเยี่ยมร่วมกับทีม 3.ร่วมประเมินในหน่วยงาน สร้างคำถาม กระตุ้นการเรียนรู้ 4.สรุปผลการเยี่ยมประเมินในส่วนที่ได้รับมอบหมายร่วมกับทีม

1.2 การวางแผนการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล โดยใช้การตามรอยคุณภาพในพื้นที่ เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ ประกอบด้วย Hospital profile ของโรงพยาบาล Service Profile ของหน่วยงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 Soring guidelines 2019

1.3. ประเด็นคุณภาพสำคัญที่ตามรอย คือข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจของผู้เยี่ยมประเมินภายนอก (ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจของ สรพ.2561) โดยมีการกำหนดแบบฟอร์มให้กับทุกทีมในการลงเยี่ยมเพื่อเป็นกรอบในการประเมิน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบด้วย

- 1) รายชื่อหน่วยงานที่ลงเยี่ยมประเมิน
- 2) คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลที่เยี่ยมประเมิน
- 3) เป้าหมายสำคัญของหน่วยงาน
- 4) กระบวนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
- 5) ผลลัพธ์ของหน่วยงาน
- 6) ความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน
- 7) แผนในการที่จะพัฒนาต่อไป
- 8) ความภาคภูมิใจของหน่วยงาน



รูปภาพที่ 23 กระบวนการเขียนสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

## 2. กระบวนการเขียนมีดังต่อไปนี้

2.1 เมื่อถึงหน่วยงาน ประธานขออนุญาตหน่วยงาน ในการขอเขียนประเมิน แนะนำ สมาชิกภายในทีม แจงวัตถุประสงค์ของการเขียนประเมินให้หน่วยงานได้รับทราบ

2.2 หน่วยงาน โดยหัวหน้าหน่วยงานแนะนำบุคลากร ภายในหน่วยงานขณะนั้น และสรุปภาพรวมบริบทของหน่วยงาน ให้ผู้เขียนได้รับทราบ ในระยะนี้ทีมเขียนประเมิน ใช้ทักษะในการสังเกตสิ่งแวดล้อม บุคลากร และสถานการณ์เพื่อประกอบการประเมินไปด้วย

2.3 ดำเนินการตั้งคำถาม ในประเด็นที่ได้วางแผนการเชื่อมมาแล้ว และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ โดยประธานทีมเยี่ยมเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ และบรรยากาศของการประเมิน

2.4 จัดบันทึกสรุปประเด็นที่สำคัญ ทั้งจากทีมผู้เยี่ยม และจากทีมที่รับการเยี่ยม สํารวจ

2.5 แบ่งผู้เยี่ยมลงเยี่ยม ในประเด็นที่ได้รับมอบหมาย ในแต่ละจุด และงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดเวลานัดหมาย

2.6 ทีมผู้เยี่ยมประชุมย่อย เพื่อสรุปประเด็น และสะท้อนสิ่งที่พบให้กับหน่วยงาน

2.7 ประธานทีมเยี่ยม สรุปประเด็นสำคัญทั้งหมด ให้หน่วยงานได้รับทราบ

### 3. กระบวนการประเมินผล

3.1 ทีมผู้เยี่ยมประเมินภายในโรงพยาบาล สรุปประเด็นในการลงเยี่ยม ทุกหน่วยงานที่ตนเองได้รับมอบหมาย พร้อม ให้คะแนนตาม Scoring guideline

3.2 นำเสนอข้อมูล สรุปการเยี่ยมประเมิน ในการประชุม Close meeting ให้ที่ประชุมได้รับทราบ และตัวแทนทุกหน่วยงานเข้ารับฟังผลการประเมิน

**สรุป** โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นกิจกรรมการเยี่ยมประเมิน โดยผู้เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล ที่มาจากคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ผ่านการอบรมในหลักสูตร การเป็นผู้เยี่ยมสำรวจและ Quality coach (HA401การเป็นผู้เยี่ยมภายในและ Quality Coach) โดยกำหนดให้ผู้เยี่ยมสำรวจภายในมีการประชุมวางแผน กำหนดบทบาทหน้าที่ แบ่งทีมการลงเยี่ยมทั้งหมด 8 ทีม ตามทีมที่เลี้ยงคุณภาพในแต่ละพื้นที่ มีการประชุมใหญ่ร่วมกัน เพื่อกำหนดทิศทางในการเยี่ยมประเมิน ที่เป็นภาพใหญ่ของโรงพยาบาล หลังจากนั้นมีการประชุมทีมย่อย โดยทั้ง 8 ทีม กำหนด ประธาน เลขานุการ สมาชิกทีม ทำการศึกษารายละเอียดของข้อมูล และเอกสารสำคัญ ตามประเด็นสำคัญที่กำหนดให้ มีการมอบหมายงาน นัดหมายหน่วยงานลงเยี่ยม เมื่อเข้าสู่กระบวนการเยี่ยม ใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพสำคัญ ในการสะท้อนสิ่งที่พบและเป็นประเด็นสำคัญให้กับหน่วยงานได้รับทราบ ซึ่งถือว่าผู้เยี่ยมสำรวจภายในเป็นการประเมินรอบแรก และเปรียบเสมือนกระจกที่ช่วยสะท้อน ประเด็นคุณภาพให้กับหน่วยงาน หลังจากนั้น เป็นการสรุปภาพรวมของทีมที่ได้พบ ให้กับโรงพยาบาลในการประชุมเพื่อปิดทำการเยี่ยม โดยมีการให้คะแนนตาม Scoring guidelines



### ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการ

#### ผลที่ได้จากการสังเกต

4.3.1 ผลของการกำหนดโครงสร้างงานคุณภาพ ประกาศนโยบายคุณภาพ และโครงการ Kick off งานพัฒนาคุณภาพ

4.3.2 ผลการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

4.3.3 ผลการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรของสรพ.

4.3.4 ผลการตามรอยด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ

4.3.5 ผลการประเมินโครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety

4.3.6 ผลการประเมินการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

4.3.1 ผลของการกำหนดโครงสร้างงานคุณภาพ ประกาศนโยบายคุณภาพ และโครงการ Kick off งานพัฒนาคุณภาพ สรุปได้ดังนี้

1. มีการกำหนดโครงสร้างการพัฒนางานพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้นำ ในการพัฒนา และมีการประสานงานเชื่อมโยงกันกับคณะกรรมการในแต่ละด้าน

2. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการนำ ด้านทีมสนับสนุนคุณภาพ ด้านทีมสนับสนุนทางคลินิก จำนวนทั้งสิ้น 21 ชุด พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจน

3. มีนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล ที่ถูกกำหนดโดยผู้นำสูงสุดขององค์กร ทีมนำของโรงพยาบาล รวมทั้งมีการประกาศนโยบาย ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล มีป้ายนโยบายคุณภาพ และได้รับการสื่อสารนโยบายโดยท่านผู้นำสูงสุดขององค์กร

4. กิจกรรม Kick off งานคุณภาพ มีการกำหนดเส้นทางคุณภาพเกิดขึ้นในโรงพยาบาล ไลน์กลุ่มที่บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าเป็นสมาชิก จำนวน 499 คน มีการสื่อสารข้อมูลด้านคุณภาพ

#### 4.3.2 ผลการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสรุปได้ดังนี้

1. กำหนดการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ เดือนละ 1 ครั้ง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 จนถึงเดือน สิงหาคม 2563 ประชุม ทั้งหมด 4 ครั้ง จาก จำนวนที่ต้องประชุม 8 ครั้ง เนื่องจากติดสถานการณ์ COVID -19 ในช่วงเดือน เมษายน ถึง กรกฎาคม 2563 มีการประชุมผ่านระบบ ZOOM Meeting 2 ครั้ง

2. วาระที่ประชุม พบว่าเป็นไปตามวาระที่ประชุม
3. ประเด็นสำคัญที่ได้จากการประชุม คือ การติดตามความก้าวหน้าระบบงานคุณภาพที่สำคัญของแต่ละทีมคุณภาพ และการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

#### 4.3.3 ผลการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรของสรพ. สรุปได้ดังนี้

1. จำนวนหลักสูตรตามแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จำนวน 12 หลักสูตร บุคลากรได้เข้ารับการอบรมตามหลักสูตร ประชุมตามกำหนดและระยะเวลา จำนวน 9 หลักสูตร คือ หลักสูตร
2. ประชุมผ่านสื่อออนไลน์ 2 หลักสูตร ได้แก่
3. ไม่ได้อบรม อีก 1 หลักสูตร คือ หลักสูตร HA 451 การเตรียมเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ
4. ผู้ที่เข้ารับการอบรมทั้งหมด 41 คน ใน 9 หลักสูตร ได้รับใน ประกาศการผ่านการอบรมตามหลักสูตรของ สรพ. โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการเข้าอบรม

#### 4.3.4 ผลการตามรอยด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ ดังนี้

การตามรอยคุณภาพตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563 โดยแบ่งทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ ซึ่งเป็นผู้ประสานงานคุณภาพในแต่ละพื้นที่ ร่วมกับทีมผู้บริหารโรงพยาบาล ร่วมตามรอยคุณภาพเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 23 ผลการตามรอยด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ

หน่วยงาน	ประเด็นชื่นชม	โอกาสพัฒนา
ทีมที่ 1 ทีมนำทางคลินิก อายุรกรรม	มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยตาม Care Process ที่ได้มาตรฐาน	พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง ด้านการจัดการต่ออุบัติเหตุ (มาตรฐาน II-1)
ทีมที่ 2 ทีมนำทางคลินิก ศัลยกรรม	มีการพัฒนาคู่มือ แนวทางปฏิบัติ CPG /CNGP ในกลุ่มโรคที่สำคัญ	พัฒนาระบบเวชระเบียน การบันทึก ทั้งของแพทย์ พยาบาล (มาตรฐาน II-5)
ทีมที่ 3 ทีมนำทางคลินิก สูตินารีเวชกรรม	การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการเชื่อมโยงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพได้ดี	พัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (มาตรฐาน II-3)

ตารางที่ 19 ผลการตามรอยด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ (ต่อ)

หน่วยงาน	ประเด็นชื่นชม	โอกาสพัฒนา
ทีมที่ 4 ทีมนำทางคลินิก กุมารเวชกรรม	การดูแลผู้ป่วยในระบบ Fast tract และการส่งต่อ Refer	.พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง เรื่องระบบการรายงาน (มาตรฐาน II-1)
ทีมที่ 5 ทีมนำทางคลินิก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	.พัฒนาการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก การทบทวนกิจกรรมคุณภาพ (มาตรฐานตอนที่ III)
ทีมที่ 6 ทีมนำทางคลินิก จิตเวช	การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง การปรับปรุง สภาพแวดล้อม และ Personal safety	.พัฒนาระบบการวัดวิเคราะห์ และสารเทศของโรงพยาบาล (มาตรฐาน I-4)
ทีมที่ 7 ทีมนำทางคลินิก หู ตา คอ จมูก	การดูแลผู้ป่วยเพื่อไปห้องผ่าตัด	พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (มาตรฐาน II-4)

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ถูกนำมาเข้าที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อวางแผน ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และผลสรุปที่ได้ถูกนำจัดเก็บไว้ในคลังความรู้ด้านคุณภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ หากประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษา ผลจากการตามรอยคุณภาพที่สะท้อนให้เห็นคือ มีการจัดกระบวนการในการทำงานในองค์กร เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบภาพของการทำงานเป็นทีม และการมีทีมนำที่ดี

#### 4.3.5 ผลการประเมินโครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety มีดังนี้

1. กิจกรรมที่ 1 ประชุมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ได้ข้อสรุปร่วมกัน ในการจัดอบรมความรู้ให้กับบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในเรื่องการบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety จัดให้มีการพัฒนาโปรแกรมความเสี่ยง ที่ชื่อ Pong lang risk

2. การจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง และ 2P Safety พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจในการฝึกอบรมภาพรวมอยู่ที่ 89.25%

3. ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีแฟ้มเอกสารความเสี่ยง และคู่มือแนวทางในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร

4. ผลจากการสำรวจความพึงพอใจในการใช้งานโปรแกรมความเสี่ยง Pong lang risk มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 24 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=245)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	87	35.51
หญิง	158	64.49
2.พ.ศ.เกิด		
20-30 ปี	11	4.49
31-40 ปี	49	20
41-50 ปี	91	37.14
51 ปีขึ้นไป	94	38.37
3.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24	9.80
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	210	85.71
ปริญญาโท	10	4.08
ปริญญาเอก	1	0.41
4.อายุงานในโรงพยาบาลนี้		
1-5 ปี	29	11.84
5-10 ปี	87	35.51
10-15 ปี	79	32.24
15-20 ปี	32	13.06
20 ปีขึ้นไป	18	7.35

ตารางที่ 20 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความ  
เสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n=245) (ต่อ)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5.ประเภทการจ้างงาน		
ข้าราชการ	145	59.18
พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ	46	18.78
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	32	13.06
ลูกจ้างประจำ	9	3.67
ลูกจ้างชั่วคราว	18	7.35
6. ตำแหน่งงานมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย		
ใช่	198	80.81
ไม่ใช่	0	0
สายสนับสนุนทั่วไป	47	19.18
7.สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน		
แพทย์	12	4.90
พยาบาล	118	48.16
ทันตแพทย์	10	4.08
เภสัชกร	18	7.35
เทคนิคการแพทย์	4	1.63
นักกายภาพบำบัด	9	3.67
นักวิชาการสาธารณสุข	25	10.20
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	29	11.84
เจ้าหน้าที่สนับสนุน	20	8.16

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 64.49  
ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.71 มีอายุการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล  
ประมาณ 5-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.51 ส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติงานสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงร้อยละ  
80.81

ตารางที่ 25 แสดงค่าเฉลี่ย ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการใช้งานบริหารความเสี่ยงของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รายด้าน

รายการ	โปรแกรมเดิม			โปรแกรมใหม่		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.ความพึงพอใจด้านความสามารถทำงานตามความต้องการผู้ใช้	3.31	0.79	ปานกลาง	3.60	0.70	มาก
2.ความพึงพอใจด้านการใช้งานของโปรแกรม	3.20	0.75	ปานกลาง	3.79	0.52	มาก
3.ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพ	3.40	0.70	ปานกลาง	3.79	0.52	มาก
4.ความพึงพอใจด้านการรักษาความปลอดภัย	3.22	0.75	ปานกลาง	3.40	0.70	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.40</b>	<b>0.99</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.79</b>	<b>0.52</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 21 พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้งาน รายด้าน ต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง ด้านที่มีระดับคะแนนสูงที่สุดคือ ความพึงพอใจในการใช้งานของโปรแกรมและด้านความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 3.79 มีความพึงพอใจในระดับมาก

ตารางที่ 26 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความทันเวลาในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง ของโปรแกรมเดิม เมื่อเทียบกับโปรแกรมใหม่

รายการ	โปรแกรมเดิม			โปรแกรมใหม่		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.ความทันเวลาในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	3.40	0.70	มาก	3.79	0.52	มาก

จากตารางที่ 22 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความทันเวลาในการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง หลังจากที่มีการใช้โปรแกรมใหม่ คือ โปรแกรม Prong lang risk มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้แสดงว่าตัวโปรแกรมรายงานความเสี่ยงใหม่สามารถตอบสนองความทันเวลาของอุบัติการณ์ได้ดีขึ้น

ตารางที่ 27 แสดงร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวชี้วัด 2P Safety ที่ได้รับการ  
ตอบสนอง ของโปรแกรมเดิม เมื่อเทียบกับโปรแกรมใหม่

รายการ	โปรแกรมเดิม			โปรแกรมใหม่		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
<b>หมวดตัวชี้วัดด้าน Patient safety</b>						
1. การผ่าตัดซ้ำ	3.02	0.45	ปาน กลาง	3.40	0.99	ปาน กลาง
2. ร้อยละการติดเชื้อจากการใส่เครื่อง ช่วยหายใจ	3.40	0.99	ปาน กลาง	3.79	0.72	มาก
3. การแพ้ยาซ้ำ	3.22	0.75	ปาน กลาง	3.96	0.64	มาก
4. ร้อยละของการระบุตัวผิดพลาด	3.40	0.95	ปาน กลาง	3.81	0.59	มาก
5. อัตราท่อหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยใส่ เครื่องช่วยหายใจ	3.34	0.79	ปาน กลาง	3.79	0.72	มาก
6. ร้อยละของการตอบสนองในผู้ป่วย ที่ มีภาวะฉุกเฉิน (สีแดง) ที่ห้องฉุกเฉิน	3.22	0.75	ปาน กลาง	3.40	0.99	ปาน กลาง
<b>หมวดตัวชี้วัดด้าน Personal safety</b>						
1. อุบัติการณ์ด้านสื่อสังคมออนไลน์	3.40	0.99	ปาน กลาง	3.60	0.70	มาก
2. การติดเชื้อของบุคลากร	3.79	0.72	ปาน กลาง	0.81	0.59	มาก
3. ร้อยละของการลาออกของบุคลากร	3.22	0.75	ปาน กลาง	3.40	0.95	ปาน กลาง
4. ร้อยละการเจ็บป่วยจากการทำงาน ของบุคลากร	3.40	0.85	ปาน กลาง	3.79	0.72	มาก
5. ร้อยละของการเกิดอุบัติเหตุจากการ ส่งต่อผู้ป่วย	3.34	0.79	ปาน กลาง	3.60	0.70	มาก

ตารางที่ 23 แสดงร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวชี้วัด 2P Safety ที่ได้รับการตอบสนอง ของโปรแกรมเดิม เมื่อเทียบกับโปรแกรมใหม่ (ต่อ)

รายการ	โปรแกรมเดิม			โปรแกรมใหม่		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
6.จำนวนของการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่ห้องฉุกเฉิน	3.22	0.75	ปานกลาง	3.40	0.95	ปานกลาง

ตารางที่ 28 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยง การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง และร้อยละตัวชี้วัดด้าน 2P Safety ที่ได้รับการตอบสนอง ของโปรแกรมเดิม เมื่อเทียบกับโปรแกรมใหม่

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ระดับความพึงพอใจ				
ใช้โปรแกรมเดิม	2.55	1.87	8.77	<0.005*
ใช้โปรแกรมใหม่	3.14	2.24		
การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง				
ใช้โปรแกรมเดิม	2.45	1.24	9.65	<0.005*
ใช้โปรแกรมใหม่	4.04	2.31		
ร้อยละของตัวชี้วัดด้าน 2P Safety ที่ผ่านเกณฑ์				
ใช้โปรแกรมเดิม	2.39	1.95	7.39	<0.005*
ใช้โปรแกรมใหม่	3.52	1.76		

จากตารางที่ 24 แสดงระดับความพึงพอใจ การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง ร้อยละของตัวชี้วัดด้าน 2P Safety ที่ผ่านเกณฑ์ มีระดับนัยสำคัญที่ 0.005 เมื่อเปรียบเทียบโปรแกรมเดิม กับโปรแกรมใหม่

**สรุป** จากการที่ได้มีการวิเคราะห์สาเหตุปัญหา ทบทวนสถานการณ์ กระบวนการทำงาน ด้านการบริหารความเสี่ยงร่วมกัน ของคณะกรรมการความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ทั้ง 42 คน ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล ทำให้พบปัญหาในการพัฒนางานบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ร่วมกับการนำกรอบมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ผลจากการประเมิน



วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรในระยะที่ 1 ของงานวิจัย ที่พบในเรื่องระบบการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลมีน้อย มาวิเคราะห์รวมกัน และได้มีการวางแผนในการพัฒนา ซึ่งประเด็นหนึ่งที่พบคือ ปัญหาของการใช้งานโปรแกรมความเสี่ยง จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง ไปกลาง risk ขึ้นมา มีการทดลองใช้ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล และข้อมูลการบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโปรแกรม เปรียบเทียบ โปรแกรมเดิม และโปรแกรมใหม่ หลังมีการพัฒนา พบว่าความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบ การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง และตัวชี้วัด 2P Safety ที่ผ่านเกณฑ์ หลังการพัฒนาโปรแกรมมีค่ามากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ 0.005 ซึ่งถือว่า โปรแกรมใหม่นี้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมต่อการใช้งานกว่าโปรแกรมเดิม ทำให้ผู้ใช้งานมีการรายงานเข้ามาในระบบ และตอบกลับอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้เร็วขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป คือ ระบบแจ้งเตือนยังไม่ทันสมัย ต้องเปิดหน้าจอคอมพิวเตอร์ไว้ถึงจะเห็นความเสี่ยงที่มีการรายงานเข้ามา และหน่วยงานที่ต้องแก้ไข และทบทวนจะเห็นอุบัติการณ์ก็ต่อเมื่อมีการเปิดระบบบริหารความเสี่ยงเท่านั้น ดังนั้นโอกาสพัฒนานี้เป็นประเด็นที่น่าเสนอเพื่อพัฒนาต่อ

#### 4.3.6 ผลการประเมินการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

เป็นกิจกรรมตรวจเยี่ยมประเมินโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจ ที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตร การเป็นผู้เยี่ยมชมประเมินและ Quality coach (HA 401 การเป็นผู้เยี่ยมชมสำรวจ และ Quality coach, 2562) ผลจากการเยี่ยมประเมิน ตาม Scoring guild line 2019 พบว่า โรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 3 จากระดับสูงสุด 5 คะแนน (Scoring guild line (สรพ.) ,2019) ซึ่งสิ่งเกิดขึ้นจากการเยี่ยมประเมิน ซึ่งได้จากการถอดบทเรียนในการ Closed meeting คือ

- 1) ผู้เยี่ยมชมประเมิน ซึ่งเป็นบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นทีมเยี่ยมประเมินที่ได้รับการแต่งตั้งในรูปคณะกรรมการ ได้มีการฝึกทักษะของการเป็นผู้เยี่ยมชม
- 2) เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ด้านคุณภาพและมาตรฐาน
- 3) มีผู้สะท้อนมุมมอง และผลการพัฒนาหน่วยงาน ทำให้หน่วยงานได้เห็นโอกาสพัฒนาของตนเองเพิ่มมากขึ้น
- 4) เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ
- 5) มีการประเมินติดตาม ในประเด็นที่เป็นปัญหา ต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาปรับปรุง และปิดจุดที่เป็นปัญหา
- 6) หน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานอยู่เสมอ

#### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการพัฒนา

ในวงล้อที่ 1 ของการพัฒนานั้น ผลจากการประเมินกิจกรรมและโครงการต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อ ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพที่ยั่งยืนนั้น สรุปสิ่งที่ได้และปัญหาอุปสรรค ข้อดี ข้อจำกัด ของกระบวนการพัฒนาที่จะสะท้อนให้กับทีมบริหารโรงพยาบาล ในการพัฒนาระบบต่อไปได้ดังนี้

1. การกำหนดโครงสร้างขององค์กรที่ชัดเจน ทำให้เกิดผลดีกับองค์กรและการพัฒนาคูณภาพคือ มีการมอบหมายงาน และหน้าที่รับผิดชอบ ที่ชัดเจน ทำให้ง่ายต่อการติดตาม และประสานงานในงานคุณภาพแต่ละเรื่อง
2. การกำหนดนโยบายคุณภาพ เป็นการชี้เป้าหมาย และทิศทางเดินด้านคุณภาพที่ชัดเจน ให้กับองค์กร เห็นความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กร ที่จะนำพาและช่วยขับเคลื่อน การพัฒนาคูณภาพ กระตุ้นให้บุคลากรเกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคูณภาพมากขึ้น
3. การมีกิจกรรม Kick off การพัฒนาคูณภาพ ทำให้บุคลากรเกิดความตื่นตัว ในกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ
4. การมีคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพของโรงพยาบาล ที่ร่วมขับเคลื่อนงานคุณภาพ ช่วยกระตุ้นและควบคุมกำกับกระตุ้น ให้เกิดการพัฒนาคูณภาพ โดยคณะกรรมการชุดนี้ ต้องมีความต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จากผลการวิจัย พบว่า มีการกำหนดการประชุมทุกเดือน แต่ในทางปฏิบัติแล้วไม่สามารถจัดประชุมตามวาระปกติได้ทุกเดือน ด้วยข้อจำกัด ด้านสถานการณ์ของบริบท ในองค์กร และปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบ เช่น จากสถานการณ์ COVID-19 ดังนั้นสิ่งที่สะท้อนให้กับทีมบริหารได้รับทราบปัญหา เพื่อวางแผนในการปรับระบบ และการพัฒนา คือรูปแบบในการจัดประชุมอาจเปลี่ยนไป เช่น จากการประชุมโดยนัดหมายคณะกรรมการในห้องประชุมตามวันและเวลา อาจนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการสื่อสารประชุม
5. การเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรในองค์กรในเรื่องคุณภาพ โดยการส่งบุคลากรเข้าอบรมตามหลักสูตรต่าง ๆ ตามมาตรฐาน HA ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทำให้บุคลากรได้ความรู้ที่ทันสมัย มีบุคลากรที่มีองค์ความรู้ ซึ่งบุคลากรเหล่านี้เป็นพี่เลี้ยงคุณภาพ สามารถเป็นที่ปรึกษาในพื้นที่ ประสานงานคุณภาพได้ หากจากผลการวิจัยที่เกิดขึ้น พบข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณที่ส่งบุคลากรเข้าอบรมในแต่ละหลักสูตร เนื่องจากแต่ละหลักสูตรใช้งบประมาณในการอบรมค่อนข้างสูง ในแต่ละหลักสูตรจึงสามารถส่งบุคลากรเข้าอบรมได้เพียงไม่กี่คน สิ่งที่สะท้อนให้กับทีมบริหารได้รับทราบเพื่อพัฒนาระบบและรูปแบบ ต่อไปคือ หลังจากบุคลากรเหล่านี้ผ่านการอบรมกลับมาแล้ว มีแนวทางในการสื่อสารหรือถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรในองค์กรได้เรียนรู้อย่างไร แหล่งข้อมูลที่จะทำให้บุคลากรเกิดค้นคว้าด้านงานคุณภาพ ที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั่วทั้งองค์กร

6. โครงการการตามรอยคุณภาพ โดยทีมผู้ประสานงานคุณภาพในแต่ละพื้นที่ จากผลการวิจัยข้อดีที่พบคือ ทำให้เกิดการติดตามประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง การกำหนดพื้นที่รับผิดชอบให้กับทีมผู้ประสานงานหรือพี่เลี้ยงคุณภาพ ทำให้มีผู้รับผิดชอบ และกระตุ้นหน่วยงาน ติดตามประเด็นสำคัญที่เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ

7. โครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety จากผลการวิจัย พบประเด็นสำคัญที่เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือการพัฒนาในระบบรายงานความเสี่ยง คือการพัฒนาโปรแกรมให้มีความทันสมัย มีระบบการรายงานอุบัติการณ์และตอบกลับอุบัติการณ์ซึ่งถือว่าทำให้ระบบบริหารความปลอดภัยเกิดความยั่งยืนได้ และองค์กรสามารถใช้ประโยชน์จากโปรแกรมนี้นในการเป็น Data set ที่สำคัญในการนำมาวางแผนพัฒนาคุณภาพ ประเด็นที่เป็นจุดที่ต้องพัฒนา ที่จะสะท้อนคือ ระบบสัญญาณเตือน เพื่อให้หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบว่าเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นในหน่วยงานตนเอง และจะต้องมีการทบทวน ยังไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นประเด็นในการที่จะพัฒนาต่อไป

8. โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากผลการวิจัยพบว่าทำให้มีระบบควบคุมกำกับติดตามภายในโรงพยาบาล ทำให้การพัฒนาคุณภาพเกิดความต่อเนื่อง การมีการเยี่ยมสำรวจภายในเสมือนเป็นการซ่อมและกระตุ้นบุคลากรและหน่วยงานให้มีความตื่นตัว นอกจากนี้แล้วผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ยังได้ฝึกทักษะในการเสนอแนะ ให้ความคิดเห็นและประเมินงานคุณภาพในระบบที่สำคัญต่าง ๆ สิ่งที่เป็นข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้ คือ ทักษะของผู้เยี่ยมประเมิน ซึ่งผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ควรมีทักษะของการเป็น Quality Coach ซึ่งผู้ที่เป็นผู้เยี่ยมสำรวจควรได้รับการฝึกทักษะด้านนี้ ตลอดจนการมีแผนการเยี่ยมประเมินที่ชัดเจน

## วงล้อที่ 2 ของการพัฒนา

จากผลการวิจัยในวงล้อการพัฒนาที่ 1 ซึ่งได้มีการศึกษาทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ ไปพร้อม ๆ กันโดยอาศัยการระบุนวิจัยแบบ Action Research โดยการประยุกต์ขั้นตอนตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis & McTaggart คือ PAOR โดยมีการวางแผนงานร่วมกัน กระบวนการ Action การ Observation และได้มีการสะท้อนผลของการพัฒนางล้อการพัฒนา ที่ 1 สู่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นั้น ซึ่งจากผลการวิจัยในวงล้อที่ 1 ที่ประกอบด้วยโครงการหลัก 6 โครงการ ได้แก่ 1.กำหนดโครงสร้างประกาศนโยบายคุณภาพ และ Kick Off การพัฒนาคุณภาพ 2. โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 3. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพ 4. โครงการประชุมทีมงานและการตามรอยคุณภาพ 5.โครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety และ 6. โครงการ

เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยังพบประเด็นปัญหา และยังไม่ครอบคลุมในหลายประเด็น ที่จะต้องนำมาวางแผนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น ดังต่อไปนี้

**4.5.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)** จากวงล้อที่ 1 ของการพัฒนาที่ได้มีการสะท้อนผลการพัฒนากับคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และได้มีการประชุมร่วมกัน นำมาวางแผนปรับระบบในการพัฒนาอีกครั้งดังนี้

**4.5.1.1 โครงการ กำหนดโครงสร้าง ประกาศนโยบายคุณภาพ และ Kick Off การพัฒนาคุณภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการด้านพัฒนาคุณภาพในแต่ละด้าน**

จากการวิเคราะห์ร่วมกัน และนำผลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวางแผนปรับระบบในการพัฒนาเพิ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report ) ของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2562) หมวดที่ 4 ผลลัพธ์ขององค์กร จึงได้มีการทบทวนร่วมกัน และได้ข้อสรุปจากการประชุม โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากผลการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 42 คน โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งเป็นทีมนำ จำนวน 12 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ 26 คนโดยมีรายละเอียด ได้ดังนี้

**คำถาม** เราจะมีแนวทางในการ ควบคุมกำกับติดตาม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแต่ละด้านอย่างไร

**คำตอบ**

- 1) การติดตามผลการดำเนินงานโดยให้มีการนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทุกเดือน
- 2) มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพแต่ละด้าน ในแต่ละชุดของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และให้ผู้อำนวยการเป็นผู้ลงนาม และให้มีการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- 3) กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ โดยอิงตามมาตรฐาน ในแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment Report ) ของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2562)
- 4) กำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ทีมนำทางคลินิก ทีมสนับสนุน และทีมนำเฉพาะด้าน ผู้กำกับติดตาม

**สรุป** ในประเด็นโครงสร้างของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ที่ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน และทีมนำทางคลินิก ในวงล้อที่ 1 ของการพัฒนา โดยมีการกำหนด บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการแต่ละด้าน แต่จากการวิเคราะห์และทบทวนร่วมกัน ยังพบว่า ยังไม่มีระบบการควบคุมกำกับ ติดตามกระบวนการทำงานของ

คณะกรรมการแต่ละด้าน ให้ได้มาตรฐาน จึงได้มีการสะท้อนข้อมูล และกำหนดให้มี การกำหนด ตัวชี้วัดคุณภาพของแต่ละทีม และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

#### 4.5.1.2 โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

จากการประชุมวางแผนร่วมกัน ได้มีการทบทวนผลของการประชุม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการกำหนดให้มีการประชุมเพื่อ ติดตาม กระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน คือ ประชุมในสัปดาห์ ที่ 3 ของทุกเดือน มีการกำหนดวาระให้มีการรายงานความก้าวหน้าของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ด้านทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน ทีมนำทางคลินิก โดยในการประชุมของคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล จำนวน 12 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพจำนวน 32 คน ได้ทบทวนผลจาก พัฒนาในวงล้อที่ 1 พบว่า รูปแบบของการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมีข้อจำกัดใน สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ที่เป็นไปตามข้อบังคับของ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพรก. สถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน ที่ห้ามมีการประชุม และให้มีมาตรการ Social distancing ดังนั้นจึงได้มีการปรับรูปแบบของการประชุมดังนี้

- 1) มีระบบการเวียนแจ้งประชุมทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดแทนการแจ้ง ด้วยหนังสือเชิญด้วยบุคคล
- 2) ระบบการเวียนแจ้งประชุมผ่านระบบไลน์ โดยมีกลุ่มไลน์คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
- 3) มีระบบการประชุมออนไลน์
- 4) สรุปรายงานการประชุมเวียนแจ้งผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์

**สรุป** ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระบที่มี การแพร่ระบาดของ COVID-19 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีแนวทางปฏิบัติในการประชุมเป็นระบบออนไลน์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนางานคุณภาพ และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับบุคลากร (Personal safety) ในโรงพยาบาล และปฏิบัติตามแนวทาง Social Distancing

#### 4.5.1.3 โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพตามหลักสูตรของ สรพ.

นอกจากนี้ในระบบการประชุมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ก็มีการปรับระบบและรูปแบบ ในการประชุมไปด้วย รวมทั้งในหลักสูตรการฝึกอบรมหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งจากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็น รูปแบบของการจัดประชุมของสถาบันต่าง ๆ ในบางหน่วยงานและบางสถาบันมีการระงับการ ฝึกอบรมไป ดังนั้นในสถานการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินโรงพยาบาลจึงได้มีการทบทวนแนวทาง และปรับ รูปแบบของการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมดังต่อไปนี้

- 1) ศึกษารายละเอียดของแหล่งฝึกอบรม สถานการณ์
- 2) ในหลักสูตร ที่มีระบบการเรียนออนไลน์ ดำเนินการให้บุคลากรได้สมัครเข้าอบรมในหลักสูตรออนไลน์
- 3) มีระบบการอำนวยความสะดวกและติดตั้งระบบสารสนเทศให้กับบุคลากรที่เข้ารับการศึกษาแบบออนไลน์

**สรุป** ในโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพตามหลักสูตรของ สรพ. คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้มีการวิเคราะห์และวางแผนในการปรับระบบเป็นแบบการเรียนออนไลน์ และสนับสนุนให้ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกและจัดการระบบ

#### 4.5.1.4 โครงการประชุมทีมนำและการตามรอยคุณภาพ

จากการประชุมคณะกรรมการบริหารคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้พบทวนผลการลงเยี่ยมตามรอยคุณภาพของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ ทั้ง 8 ทีม ในวงล้อการพัฒนาที่ 1 วิเคราะห์ข้อดี และข้อจำกัดที่เป็นโอกาสพัฒนาของระบบได้ดังนี้

##### ข้อดีของรูปแบบการลงเยี่ยมตามรอยคุณภาพ

- 1) เกิดการกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ บุคลากรเกิดความตื่นตัวในการพัฒนา
- 2) การมีระบบพี่เลี้ยงทำให้บุคลากรมีที่ปรึกษาที่คอยให้คำแนะนำในพื้นที่
- 3) การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ทำให้พี่เลี้ยงคุณภาพสามารถให้คำปรึกษาได้ครอบคลุมมากขึ้น จะเห็นได้จากผลจากวงล้อการพัฒนาที่ 1 ที่พบว่า ประเด็นปัญหาในพื้นที่ ที่พบจากการเยี่ยมประเมินจากภายนอกโรงพยาบาล (ข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ (สรพ),2561) ครั้งที่ผ่านมา ได้รับการแก้ไข และมีการสร้างแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์ในด้านนั้น ๆ มีระดับคะแนนที่สูงขึ้น ตามแบบประเมินตนเองของหน่วยงาน (Service profile)
- 4) การมีทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ ที่มีการทำงานในรูปแบบทีม ทำให้เกิดระบบการปรึกษากัน และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะและองค์ความรู้ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ทีมพี่เลี้ยงจะเป็นผู้พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านคุณภาพให้กับพื้นที่แล้ว ยังเกิดทักษะและความเชี่ยวชาญจากการที่ได้มีการแลกเปลี่ยนกันภายในทีม ซึ่งทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในระยะที่ 1 ของงานวิจัยที่พบว่าปัจจัย ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน

##### ข้อจำกัดและโอกาสพัฒนาที่พบ

- 1) การแบ่งทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ พบว่าบางพื้นที่ พี่เลี้ยงไม่ได้ผ่านการฝึกทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านนั้น ทำให้

2) การลงเยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาในหน่วยงาน มีข้อจำกัด ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้บางระบบงานไม่ได้รับการกระตุ้น และพัฒนา ทั้ง ๆ ที่เป็นระบบที่สำคัญ ในสถานการณ์นั้น เช่น ระบบสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย (มาตรฐาน II-3 : สิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย) และระบบการควบคุมกำกับกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล (มาตรฐาน II-4 : มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4, 2562)

ดังนั้นทางทีมคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้มีการวางแผนในการปรับระบบการพัฒนาในประเด็นการลงเยี่ยมตามรอย ดังนี้

1) ปรับรูปแบบให้มีกลุ่มไลน์ที่ใช้ในการสื่อสาร กระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยพี่เลี้ยงคุณภาพ สามารถปรึกษาทีม หรือผู้เชี่ยวชาญด้านนั้น ๆ ในกลุ่มไลน์ เมื่อพบประเด็นสำคัญในหน่วยงาน

2) กำหนดแนวทางปฏิบัติในภาวะฉุกเฉินสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปรับช่องทางในการสื่อสาร

3) แนวทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากการตามรอยคุณภาพที่สำคัญ ให้มีระบบการจัดเก็บของเอกสารคุณภาพ ทะเบียนกำกับ และมีการเผยแพร่ในระบบ Internet ของโรงพยาบาล ในห้องเรียนรู้งานคุณภาพ และมีการสื่อสารในระบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาล

จากการประชุมและวางแผนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้สื่อสารแนวทางนี้และให้ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ ได้นำไปปฏิบัติในการตามรอยคุณภาพ

นอกจากนี้แล้ว ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ วงล้อการพัฒนาที่ 1 ของ Action research จากผลของการศึกษา คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้นำมาวิเคราะห์ และวางแผนในการปรับระบบการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้มั่นใจได้ว่า สามารถใช้เป็นรูปแบบที่เหมาะสม สำหรับโรงพยาบาลได้ โดยมีความสอดคล้องตามกรอบมาตรฐานที่โรงพยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติ ประเด็นที่มีการทบทวนร่วมกัน และวางแผนในการพัฒนา คือเรื่องการบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety ซึ่งคุณภาพและความปลอดภัย เป็นเป้าหมายที่สำคัญของระบบสุขภาพ (World health organization, 2010) ดังนั้นจึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนขึ้นในโรงพยาบาล

#### 4.5.1.5 โครงการบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety

จากการวิเคราะห์และทบทวนรูปแบบในการพัฒนา ในวงล้อการพัฒนาที่1 การบริหารความเสี่ยง 2P Safety ซึ่งได้มีการดำเนินกิจกรรม การอบรมให้ความรู้กับบุคลากรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้บุคลากรได้รับความรู้ที่ทันสมัย และสามารถมาประยุกต์ใช้ในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้ การจัดทำระบบเอกสารความเสี่ยงที่เป็นระบบและมีความปลอดภัย การกำหนด Risk profile ของหน่วยงาน เพื่อการควบคุมกำกับอุบัติการณ์ความเสี่ยง ไม่ให้เกิดซ้ำ

และการพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง ต่อสนองตอบการใช้งานทั้งต่อผู้ดูแลระบบ และผู้ใช้งานระบบ ซึ่งจากผลของการพัฒนาในวงล้อที่ 1 พบประเด็นที่เป็นจุดแข็ง และประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้นดังนี้

1. จากผลของการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรม Polang risk สะท้อนข้อมูลในเรื่อง ต้องการระบบการแจ้งเตือน
2. ผลจากการทบทวนของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง พบการจัดการความเสี่ยง ในบางเหตุการณ์ที่สำคัญ ที่เป็น Risk profile ของโรงพยาบาล ต้องมี Manager ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะประเด็นนั้นในการบริหารจัดการ
3. จากข้อมูลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยง ของโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการสะท้อนข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ผลของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก พบประเด็นความเสี่ยงในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล ในรอบ 3 เดือน (กุมภาพันธ์ ถึง เดือน พฤษภาคม 2563) อุบัติการณ์ 986 อุบัติการณ์ ดังนั้นจึงควรมานำมาศึกษาเพื่อพัฒนาความเสี่ยงทางการพยาบาลต่อไป

#### 4.5.1.6 โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล (Internal Survey)

หลังจากที่มีการวางแผนทบทวนในประเด็น การบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety ขององค์กรแล้ว การที่จะทราบว่า โครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ประสบความสำเร็จ หรือเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ หรือได้ตามมาตรฐาน ตามกรอบที่โรงพยาบาลยึดถือเป็นแนวปฏิบัติหรือไม่ นั้น หัวใจที่สำคัญคือการประเมิน ดังนั้นผู้เยี่ยมประเมิน และกระบวนการเยี่ยมประเมิน จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกระบวนการคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2552) ผู้เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล เป็นผู้ที่ช่วยให้องค์กรของตนเองได้เห็นโอกาสในการพัฒนา และมีการพัฒนา ก่อนที่จะมีการเยี่ยมโดยผู้เยี่ยมประเมินจากภายนอกองค์กร ในวงล้อที่ 1 ของการพัฒนา จากผลของการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลได้มีการกำหนด รูปแบบของการเยี่ยมสำรวจภายใน มีขั้นตอน การประชุมวางแผน ขั้นตอนการลงเยี่ยมประเมิน และขั้นสรุปผลการประเมิน โดยผู้เยี่ยมสำรวจใช้เครื่องมือคุณภาพ ที่สำคัญเป็นตัวขับเคลื่อน ได้แก่ Hospital profile ,Service Profile ,มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 และ Soring guild line 2019 สรุปผลภาพรวมของรูปแบบการประเมิน อยู่ในระดับดี จากข้อมูลผลการ Close meeting ของคณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน จากการประชุมอย่างเป็นทางการ แต่ยังมีประเด็นที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา และทีมได้มีการนำมาวางแผนพัฒนาปรับปรุง ดังนี้คือ

จากการประชุมแบบเป็นทางการ เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2563 โดยการใช้รูปแบบการประชุมแบบ Social distancing และประชุมผ่านระบบออนไลน์ จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม 36 คน สรุปแผนที่พัฒนาปรับปรุงในเรื่องการเยี่ยมสำรวจภายในดังนี้



1. การปรับระยะเวลา ในการลงเยี่ยมประเมินเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ในระยะการลงเยี่ยมประเมิน 1 เดือน บางหน่วยงานได้รับการเยี่ยมประเมินที่ไม่ครอบคลุมในหลายระบบ

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และศูนย์พัฒนาคุณภาพเลือกประเด็น ที่เป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนา เสนอต่อทีมเยี่ยมสำรวจ เพื่อเป็นเป้าหมายหลัก ในการลงเยี่ยม

3. การตั้งคำถามแต่ละประเด็น ที่พบจากข้อสรุปของแต่ละทีมพบว่า ผู้เยี่ยมมีประเด็นที่จะติดตามเยี่ยม ตามกรอบและรูปแบบที่กำหนดให้ แต่ยังเป็นโอกาสพัฒนาที่ต้องเตรียมทีม ในการตั้งคำถาม โดยในที่ประชุมมีมติให้ ใช้หลักการ 3P ในการตั้งคำถาม เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเรียนรู้ และหน่วยงานสามารถทราบ และประเมินตนเองได้ หลัก 3 P ได้แก่ 1) Purpose คือ เป้าหมายของหน่วยงาน หรือเป้าหมายของประเด็นนั้น คืออะไร 2) Process คือ กระบวนการในการทำให้บรรลุเป้าหมายนั้นมีอะไรบ้าง หรือกระบวนการหรือขั้นตอนนั้นมีอะไรบ้าง 3) Performance ผลลัพธ์หรือผลการดำเนินการเป็นอย่างไร

หลังจากนั้นทุกทีมที่เกี่ยวข้อง นำประเด็นที่ร่วมกันวางแผนสู่การปฏิบัติ ทั้ง 6 โครงการหลักที่สำคัญ โดยมีการปรับรูปแบบของกิจกรรม และโครงการเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้นดังนี้

#### 4.5.2 ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)

ในวงล้อที่ 2 ของการพัฒนา มีการวางแผน และทบทวนร่วมกันของทีม และนำแผนสู่การปฏิบัติในระยะ Action ของ Action Research ผลการศึกษาในระยะนี้พบว่า

4.5.2.1 โครงการการจัดโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพ กำหนดบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้าน ทีมนำเฉพาะด้าน ทีมสนับสนุน และทีมนำทางคลินิก มีรูปแบบของการประชุม แบบ Social distancing และการพัฒนาดังนี้

- 1) ประชุมผ่านระบบออนไลน์ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้
- 2) การประชุมแบบเป็นทางการ จัดแบบ Social distancing ไม่เกิน 30 คนต่อคณะ
- 3) กำหนดให้ส่งรายงานการประชุม ที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ทางระบบอิเล็กทรอนิกส์
- 4) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานอย่างน้อย 3 เดือนครั้ง แต่ให้ส่งรายงานการประชุม ในฐานะข้อมูลคุณภาพ
- 5) กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญทางคุณภาพของคณะกรรมการทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน และทีมนำทางคลินิก ตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

4.5.2.2 โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีการปรับรูปแบบในการประชุม เช่นเดียวกันกับการประชุมคณะกรรมการทึมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน และทีมนำทางคลินิก โดยมีกระบวนการในการติดตาม ดังนี้

- 1) การติดตามผ่านระบบประชุมออนไลน์
- 2) การสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม
- 3) การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญตามแบบประเมินตนเอง
- 4) การติดตามรายงานการประชุมของแต่ละทีมผ่านไลน์
- 5) การประชุมแบบเป็นทางการ ใช้รูปแบบ Social distancing จำกัดผู้เข้าร่วมประชุม

4.5.2.3 โครงการอบรมศักยภาพด้านงานคุณภาพ ตามหลักสูตรของ สรพ.

รูปแบบของการอบรมศักยภาพบุคลากรด้านงานคุณภาพ มีการปรับตามสถานการณ์และแผนที่ได้มีการกำหนดไว้ดังนี้

- 1) ดำเนินการให้บุคลากรได้สมัครเข้าอบรมในหลักสูตรที่มีระบบการเรียนออนไลน์
- 2) ทีมสารสนเทศโรงพยาบาล ติดตั้งโปรแกรมระบบการเรียนออนไลน์ให้กับผู้เข้าร่วมอบรม เพื่ออำนวยความสะดวก
- 3) บุคลากรเข้าเรียนออนไลน์ตามระบบ และโปรแกรมที่มีการเปิดการอบรม

4.5.2.4 โครงการประชุมทีมนำและการตามรอยคุณภาพ

จากการวางแผนร่วมกันกับทีมพัฒนาคุณภาพ ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่การพัฒนา ซึ่งจากการวิเคราะห์ยังพบโอกาสในการพัฒนาเพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมมากขึ้น โดยสรุปได้มีการดำเนินกิจกรรมและปรับรูปแบบดังนี้

- 1) ดำเนินการใช้ไลน์กลุ่ม Consult ในไลน์ที่ปรึกษาคุณภาพ
- 2) จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกรณีที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อขึ้น
- 3) ระบบการจัดเก็บเอกสารคุณภาพและแนวทางปฏิบัติจากการตามรอยคุณภาพมีระบบการจัดเก็บและทะเบียนควบคุมเอกสารคุณภาพ

4.5.2.5 โครงการบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety

จากการวางแผนร่วมกันของทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ทีมคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้มีการปรับรูปแบบของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล โปรแกรม Po lang risk เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน และตอบสนองต่อความเสี่ยงอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว อันเป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ

สุขภาพ II-1 การบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย และการนำสารสนเทศเข้ามาช่วยสนับสนุนการ  
 ออกแบบระบบบริการ ตามมาตรฐาน I-4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ และมาตรฐาน I-6  
 การจัดการกระบวนการ ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง และโปรแกรม  
 บริหารความเสี่ยงดังนี้

### 1) พัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง Pong-lang risk ดังนี้

#### ชั้นออกแบบระบบ

1. ในโปรแกรมบริหารความเสี่ยงที่เชื่อมในระบบ Intranet ของโรงพยาบาล  
 นั้น มีการออกแบบ ให้มีการเชื่อมต่อกับระบบไลน์กลุ่มบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล ซึ่งเป็น Official  
 line ซึ่งถูกออกแบบโดย โปรแกรมเมอร์ ของโรงพยาบาล

2. ในโปรแกรมมีระบบ การป้องกันการเข้าถึงข้อมูล จากบุคคลภายนอก โดย  
 การใช้Username และ Password ที่ได้รับการพิสูจน์ตัวตนจากงานทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาล  
 และอนุมัติการเข้าถึงสิทธิ์โดยงานคอมพิวเตอร์โรงพยาบาล

#### ชั้นใช้งานระบบ

1. เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโปรแกรมบริหารความเสี่ยงของ  
 โรงพยาบาล โดยผู้พบเห็นเหตุการณ์

2. หัวหน้าหน่วยงานยืนยันว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง

3. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจะปรากฏที่หน้าจอของ Admin

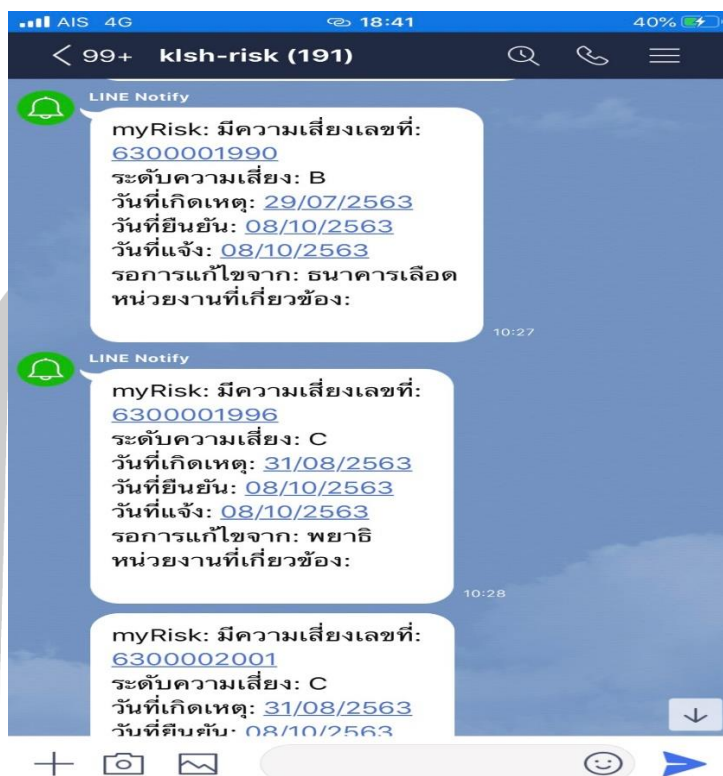
4. Admin ตรวจสอบความถูกต้อง ระดับความรุนแรง

-กรณี ระดับความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำหรือไม่รุนแรง ได้แก่ ความเสี่ยงทาง  
 คลินิกระดับ A-D และระดับความเสี่ยงทั่วไป ระดับ 1-2 Admin ส่งรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้  
 ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทำการแก้ไข

-กรณี ระดับความเสี่ยงที่รุนแรง คือความเสี่ยงทางคลินิกตั้งแต่ Eขึ้นไป และ  
 ความเสี่ยงทางคลินิกตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้น อุบัติการณ์ความเสี่ยงจะถูกส่งให้ผู้บริหารโรงพยาบาลได้รับ  
 ทราบ

5. หลังจากนั้น Admin จะส่งอุบัติการณ์ความเสี่ยงไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการ  
 ทบทวน

6. ระบบแจ้งเตือน จะปรากฏในระบบคอมพิวเตอร์หน้าจอรายงานความเสี่ยง  
 ของหน่วยงาน และจะปรากฏในไลน์กลุ่มบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลดังนี้



รูปภาพที่ 24 ระบบการแจ้งเตือนอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านไลน์มือถือ

2) การพัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงโดย กำหนด Risk Owner เป็นผู้จัดการความเสี่ยงที่เป็น Risk Profile ของโรงพยาบาล โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

2.1) เป็นผู้ควบคุมกำกับ ติดตาม การแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก

2.2) เป็นผู้นำในการทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุและรากเหง้าของอุบัติการณ์ความเสี่ยงนั้น ๆ ที่ตนเองได้รับมอบหมาย

2.3) ความเสี่ยงทางคลินิก ที่ได้รับการวิเคราะห์เชิงระบบจากผลของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโปรแกรม Pong-lang risk พบ Incident report ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทางด้านการพยาบาล ดังนั้นจึงได้มีการศึกษา เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพในวงล้อที่ 2 นี้มีการปรับระบบการทำงาน และรูปแบบในการปฏิบัติงานของโครงการต่างๆ เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพตามบริบทของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รวมทั้งในรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล

#### 4.5.2.6 โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล

โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล การเยี่ยมประเมินโดยผู้เยี่ยมภายในโรงพยาบาล เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะมีการเยี่ยมประเมินโดยผู้เยี่ยมประเมินภายนอก โดยในวงล้อที่ 1 ได้มีการพัฒนารูปแบบ และลำดับขั้นตอนในการลงเยี่ยม ในวงล้อที่ 2 นี้หลังจากที่ได้มีการวิเคราะห์ และหาโอกาสพัฒนา มีการวางแผนพัฒนาปรับปรุง และนำมาปฏิบัติ ได้แก่

1) มีการจัดทำคู่มือและแนวทางการลงเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดำเนินงานไปในทางเดียวกัน

2) วางแผนการลงเยี่ยมประเมินก่อนล่วงหน้า โดยมีการประชุมทีมย่อย และทำแผนในการลงเยี่ยมประเมิน กำหนดประเด็นที่สำคัญที่ควรจัดเยี่ยม ในแต่ละหน่วยงาน

จากการปฏิบัติตามแผน ในระยะ Action ที่ได้มีการพัฒนา ปรับปรุงมาจากวงล้อที่ 1 ทั้ง 6 โครงการหลัก รวมทั้งกิจกรรมย่อย เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง PDCA ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ เดรมมิ่ง (Dremming,1979) และในการศึกษา มีการเก็บทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถาม การเก็บข้อมูลเชิงพรรณนา จากรายงานการประชุมทั้งที่เป็นทางการ การสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง และแบบมีโครงสร้าง ซึ่งในขั้นตอนการสังเกต ผลการศึกษามีดังนี้

#### 4.5.3 ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (Observation) ผลการศึกษาพบว่า

4.5.3.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทุกคณะ ทั้งหมด 21 ชุด ในรอบ 3 เดือน มีการประชุมทีม และส่งรายงานการประชุมทั้ง 21คณะ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากจำนวนรายงานการประชุม และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผลของการประชุมของคณะกรรมการแต่ละชุด

4.5.3.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีการประชุม และติดตามงานคุณภาพ ในรอบ 3 เดือน มีการส่งเอกสารคุณภาพตามเกณฑ์ 90%

4.5.3.3 มีการจัดทำห้องเรียนรู้ด้านคุณภาพ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านคุณภาพ โดยติดตามผู้เข้าใช้งานระบบ พบในรอบ 3 เดือน มีผู้เข้าใช้งาน 2,389 ครั้ง

4.5.3.4 มีการปรับรูปแบบในการลงเยี่ยม จัดเรียงประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องปรับปรุง ก่อนตามข้อเสนอแนะของ สรพ.

4.5.3.5 หลังจากที่มีการปรับโปรแกรมโป่งกลาง risk ให้มีระบบสัญญาณเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน พบว่า อัตราการตอบกลับและตอบสนองต่ออุบัติการณ์และข้อร้องเรียน เพิ่มสูงขึ้น จากเดิม โดยเฉพาะในความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีการศึกษาในเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จากการใช้งานในระบบบริหารความเสี่ยง และนำข้อมูลจากฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนในการพัฒนา ทำให้เกิดการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

แนวทางในการระบุตัวผู้ป่วย แนวทางในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด แนวทางในการจัดเตรียมยาและการให้ยาสำหรับพยาบาล แนวทางในการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

จากการพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง โดยการพัฒนาโปรแกรมความเสี่ยงไปกลาง risk ขึ้นมา พบว่าในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกนั้น ในส่วนของพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุด มีบทบาทในด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ ตลอดจนมีโอกาสสัมผัสกับการเกิดโรคจากการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญควบคู่กับคุณภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งในปัจจุบันนี้พบ อุบัติการณ์ความเสี่ยง ข้อฟ้องร้องทางการแพทย์มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งจากข้อมูลในระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบอุบัติการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก็มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเช่น อายุสถานที่ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การตระหนักและรับรู้ในเรื่องของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการได้รับการฝึกอบรม ทักษะที่สำคัญด้านความปลอดภัย ดังนั้นจึงได้มีการนำข้อมูลเหล่านั้นมาศึกษา เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และเกิดกระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องทั้งองค์กร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และใช้ระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 852 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 245 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ แบบสอบถาม หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาร์ทที่ 0.92

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. สถิติเชิงอนุมานใช้ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

**ผลที่ได้จากการศึกษา มีดังนี้**

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม สูตินารีเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ จิตเวช หู ตา คอ จมูก ซึ่งได้มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วย ดังนั้นกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่างจึงมีโอกาสเกิดความเสียหายขึ้น ดังนั้นการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลเป็นสิ่ง

ที่มีความสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและวางแผนพัฒนาป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ

ตารางที่ 29 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน (n = 245)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน	3.51	0.49	มาก
2.ด้านความคาดหวังของของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย	3.34	0.43	ปานกลาง
3.ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย	3.29	0.55	ปานกลาง
4.ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.88	0.60	มาก
5.ด้านการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม	3.45	0.43	มาก
6.ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.64	0.49	มาก
7.ด้านการสื่อสารที่เปิดเผย	3.24	0.39	ปานกลาง
8.ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	3.10	0.51	ปานกลาง
9.ด้านการจัดอัตรากำลัง หรือจัดคนเข้าทำงาน	2.72	0.70	ปานกลาง
10.ด้านการส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน	2.91	0.55	ปานกลาง
11.ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด	2.86	0.64	ปานกลาง
12.ด้านการรายงานเหตุการณ์	3.10	0.57	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.18</b>	<b>0.23</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 25 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.18, S.D. = 0.23$ ) พบด้านที่มีระดับการรับรู้มากที่สุด ด้านการเป็นองค์กร

แห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 3.88, S.D. = 0.60$ ) ด้านที่มีระดับคะแนนน้อยคือด้าน  
ด้านการจัดอัตราค่าจ้าง หรือจัดคนเข้าทำงาน ( $\bar{X} = 2.72, S.D. = 0.70$ )

ตารางที่ 30 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ในเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร  
ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน (n =  
245)

ความรู้เรื่องความปลอดภัย	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.ด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม	3.59	0.95	มาก
2.ด้านการเงิน	3.45	0.40	มาก
3.ด้านความปลอดภัยของบุคลากร	3.29	0.90	ปานกลาง
4.ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.34	0.43	ปานกลาง
5.ด้านการจัดการความปลอดภัย	3.45	0.40	มาก
รวม	3.42	0.61	มาก

จากตาราง 26 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ในเรื่องความปลอดภัย  
ของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับ  
มาก ( $\bar{X} = 3.42, S.D. = 0.61$ ) ด้านที่มีระดับมากที่สุดคือความรู้ด้านโครงสร้างกายภาพและ  
สิ่งแวดล้อม ( $\bar{X} = 3.59, S.D. = 0.95$ ) และด้านที่มีระดับคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้าน ความปลอดภัยของ  
บุคลากร ( $\bar{X} = 3.29, S.D. = 0.95$ )

ตารางที่ 31 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละด้าน ของ  
พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ปฏิบัติการความปลอดภัย	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.การควบคุมการติดเชื้อ	3.39	0.95	มาก
2.ความปลอดภัยระบบยา	3.29	0.91	ปานกลาง
3.ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย	3.59	0.74	ปานกลาง
4.การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน	3.93	0.60	มาก
รวม	3.55	0.89	มาก



จากตารางที่ 27 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการปฏิบัติการพยาบาล ในแต่ละด้าน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.55$ , S.D.=0.89) คะแนนการปฏิบัติการพยาบาลด้านที่ปฏิบัติได้มากที่สุดคือ ด้านการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D.=0.60) ด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ด้านความปลอดภัยระบบยา ( $\bar{X} = 3.29$ , S.D.=0.91)

ตารางที่ 32 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ความรู้เรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การปฏิบัติการพยาบาลด้านความปลอดภัย			
ปัจจัย	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย	0.611	0.001	สูง
ความรู้ในเรื่องความปลอดภัย	0.625	0.001	สูง
วัฒนธรรมความปลอดภัย	0.610	0.001	สูง
รวม	0.625	0.001	สูง

จากตารางที่ 28 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ความรู้เรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $r=0.625$ )

#### สรุปประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

กลุ่มภารกิจกิจการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ได้นำผลงานวิจัยนี้ไปพัฒนางานด้านการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืนดังนี้

1. กำหนดการประชุมคณะกรรมการคุณภาพกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โดยในวาระการประชุมมีการกำหนด วาระในเรื่องบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety ทุกเดือน
2. กำหนดตัวชี้วัดด้านบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety กำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด
3. นิเทศกำกับติดตามทางการพยาบาล มี Risk Owner รับผิดชอบ ความเสี่ยงในแต่ละด้าน เป็นผู้จัดการความเสี่ยงรายด้าน

4. กำหนดแนวทางในการจัดอัตรากำลัง ทางด้านการพยาบาล โดยใช้โปรแกรม Productivity ในการวิเคราะห์ค่างานและอัตรากำลังที่เหมาะสม ในการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยบริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และสร้างองค์กรแห่งความสุขในการทำงาน และลดอุบัติเหตุที่ไม่น่าพึงประสงค์ที่เกิดจาก ปัญหาด้านอัตรากำลังไม่เพียงพอ

5. จัดอบรมให้ความรู้ ด้านการบริหารความเสี่ยง 2P Safety ให้กับบุคลากรทางด้านการพยาบาล

#### ขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection)

ในวงล้อที่ 2 ของการพัฒนาได้มีการรูปแบบและของการศึกษาที่ได้ สู่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทีมนำ เพื่อสรุปและสร้างเป็นรูปแบบและแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยอ้างผลจากการศึกษา สรุปและวิเคราะห์ รายงานผล ประกอบกับการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ มาเป็นมาตรฐานอ้างอิงให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับการประเมิน

#### สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

เป็นการพัฒนาให้ได้รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Action Research แบบ PAOR ของ Kemmis & McTaggart ( Kemmis & McTaggart,1998) แบ่งออกได้ 2 วงล้อในการพัฒนา

วงล้อที่ 1 เป็นการวางแผนการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ได้ทั้งหมด 4 แผนงานที่สำคัญ โดยใช้กรอบทฤษฎีการบริหารองค์กร POSD มาเป็นกรอบ ได้มีการกำหนดโครงสร้าง การบริหารงานคุณภาพ การกำหนดนโยบายคุณภาพ การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแต่ละด้าน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพ กำหนดแผนงานโครงการ ทั้งหมด 6 โครงการ และทำ Time line ในการปฏิบัติงาน เพื่อใช้ในการควบคุมและติดตาม ซึ่งจากการวางแผนพัฒนาแล้วนั้น ก็ได้มีการดำเนินกิจกรรมและโครงการ ในขั้น Action ตามแผนที่กำหนด และมีการประเมินผลและติดตาม ในขั้น Observation ซึ่งพบว่า มีกิจกรรมและโครงการ มีผลลัพธ์ที่ดี ในส่วนของโครงการที่พบโอกาสพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมความเสี่ยง ที่ผู้ใช้มีความต้องการเพิ่มมากขึ้น ระบบการประชุม และอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ที่ด้วยข้อจำกัดของบริบท และสถานการณ์ที่ไม่เอื้อ และมีปัจจัยอื่นเข้ามาแทรก เช่น วิกฤตการณ์ COVID-19 ซึ่งต้องได้มีการปรับรูปแบบและแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ซึ่งได้มีการสะท้อนสู่ทีมบริหาร

วงล้อที่ 2 เป็นการนำผลที่ได้จากวงล้อที่ 1 มาปรับกระบวนการเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA คือการหมุนวงล้อพัฒนาเพื่อปรับปรุงคุณภาพ ในขั้นวางแผน มีการร่วมวางแผนวิเคราะห์ และปรับกิจกรรม โครงการ และการพัฒนา ดังนี้ 1) รูปแบบของการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ผ่านระบบออนไลน์ 2)

การอบรมหลักสูตรด้านคุณภาพผ่านระบบออนไลน์ 3) การปรับปรุงโปรแกรมการรายงาน เพิ่มการแจ้งสัญญาณเตือนผ่านไลน์แอปพลิเคชัน 4) การตามรอยคุณภาพ ปรับกระบวนการวางแผนก่อนตามรอย กำหนดแนวทางและแบบฟอร์ม ประเด็นที่ต้องเสริมพลังและเสริมความรู้ 5) การเยี่ยมประเมินภายในโรงพยาบาลปรับรูปแบบ ประเมินตามระดับคะแนน Scoring guidelines ผลในชั้น observation พบว่า มีการอบรมผ่านหลักสูตร และประชุมผ่านสื่อออนไลน์ รูปแบบการเยี่ยมมีการปรับปรุง ทำให้ได้ประเด็นตามปัญหาและข้อเสนอแนะมากยิ่งขึ้น

### 4.3 ระยะเวลาที่ 3 สร้างรูปแบบและ การประเมินผล

ผลจากการวิจัยในระยะเวลาที่ 1 ที่ได้มีการหาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนา และหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และในระยะเวลาที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยที่ได้เกิดจากการพัฒนาและหมุนวงล้อในการพัฒนา 2 รอบ ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญ ในการมาสร้างรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพ ในกรอบการพัฒนาของโรงพยาบาลที่รับรองตามมาตรฐาน HA และให้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ โดยสรุป ดังนี้

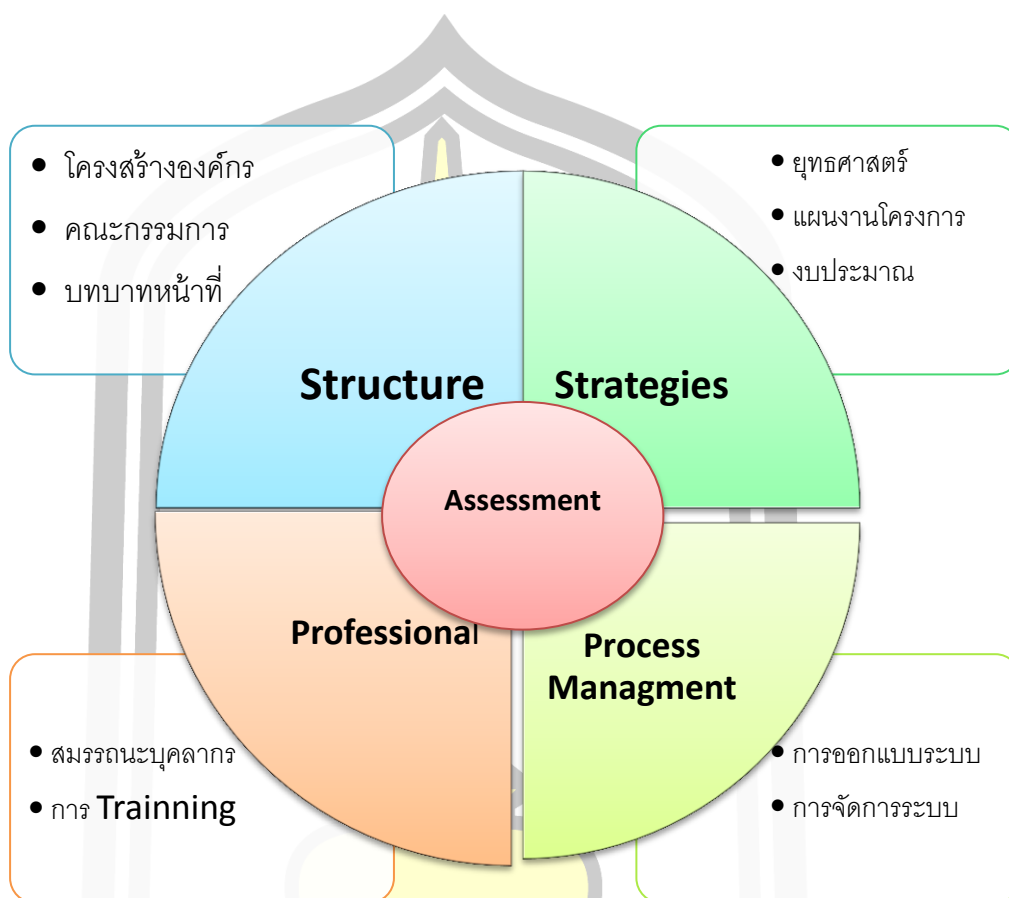
รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยที่ได้ คือ Model 2S2PA ซึ่งประกอบด้วยดังนี้

2S = Structure และ Strategies คือ มีการกำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ บทบาทหน้าที่ มีคณะทำงาน และมีการกำหนด แผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพขององค์กร

2P = Professional และ Process management คือ บุคลากรที่มีศักยภาพด้านคุณภาพ ผ่านการฝึกอบรมแนวคิดทางคุณภาพ การเป็น Coach มีทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่เป็นที่ปรึกษา และมีการทำงานเป็นทีม นอกจากนี้ ยังมีการออกแบบระบบ จัดกระบวนการในการทำงานให้เหมาะสม และต่อเนื่อง มี Road Map ควบคุมกำกับ ในการปฏิบัติงาน

A = Assessment continuous มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามประเมินผล และกระตุ้นการพัฒนาซึ่งจากรูปแบบ 2SP2A ที่ได้ เป็นรูปแบบในการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

## MODLE 2S2PA



รูปภาพที่ 25 MODEL 2S2PA

ในรยะนี้ เป็นการนำผลที่ได้จาก วิจัยในระยะที่ 2 มาสร้างแนวทางปฏิบัติและคู่มือในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ มากกว่า 1,000 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลที่รับการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และใช้การประเมินตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาล นี้ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นอีกโรงพยาบาลเช่นเดียวกันที่รับการประเมินและรับรองโดยสถาบันพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ดังนั้นจึงใช้กรอบมาตรฐาน HA เป็นกรอบในการสร้างคู่มือการพัฒนาคุณภาพ

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และระบบมีความยั่งยืน ดังนั้นจึงมีการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP model ของสต๊ฟเฟลบีม (D.L. Stufflebeam, 1997) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินบริบท (Cortex) ได้แก่สภาพแวดล้อม ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร

ประเมินกระบวนการ (Process) ได้แก่ประเมินขั้นตอนของ 2S2PA ประเมินผลผลิตของระบบ (Output) โดยใช้ การประเมินข้อคะแนนจาก Scoring guideline ดังนี้

### 1. การประเมินบริบท (Context)

พบว่าจากการสัมภาษณ์ ผู้บริหารโรงพยาบาล ทุกระดับชั้น ตั้งแต่ระดับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 8 คน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพจำนวน 33 คน รวม 42 คน จากการประเมินผลบริบทของ รูปแบบ 2S2PA Model พบว่า รูปแบบมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของโรงพยาบาล ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล ต่างเห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 540 เตียง ซึ่งมีจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาล 1,551 คน ดังนั้นควรมีโครงสร้างในการบริหารและดำเนินงานคุณภาพที่ชัดเจน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่ครอบคลุมการดำเนินงานตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพรวมทั้งการมีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติงาน มีความเหมาะสม กับสภาพปัญหาในพื้นที่โรงพยาบาลที่ได้จากการวิเคราะห์บริบท และความต้องการของบุคลากรในพื้นที่ เช่น มีการจัดกระบวนการ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพ และ การพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบรายงาน การตอบกลับ และการจัดการกับความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์

### 2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input)

โดยการประเมิน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรม Hospital Safety Culture Online ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และแปลมาจาก HRSQ ของสหรัฐอเมริกา ในระยะที่ 1 สำหรับบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 500 คน ดังต่อไปนี้

เมื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพที่ยั่งยืนของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ก่อนการมีรูปแบบการพัฒนา และหลังการมีรูปแบบในการพัฒนา มีดังนี้

พหุ ประเด็น ชีวะ

ตารางที่ 33 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย ของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ก่อนการมีรูปแบบและ หลังการมีรูปแบบในการพัฒนา (n=500)

ความคิดเห็นต่อคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย	ก่อนมีรูปแบบ		หลังมีรูปแบบ		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	3.80	0.64	11.0	1.62	-2.852	0.008
ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาล	3.16	0.68	3.51	0.47	-3.759	0.001

จากตารางพบว่า ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาล ก่อนมีรูปแบบและหลังมีรูปแบบ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และพบว่า ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยก่อนมีรูปแบบและหลังมีรูปแบบ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 3) การประเมินผลกระบวนการ (Process)

ในการประเมินกระบวนการ ของ 2S2PA Model นั้นมีการประเมินจาก การสัมภาษณ์เชิงลึกและการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดังนี้

ด้านขั้นตอน ของ 2S2PA Model พบว่ามีขั้นตอนในการดำเนินงานที่เหมาะสม เนื่องจากมีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

-ขั้นตอน การกำหนดโครงสร้างขององค์กร กำหนดบทบาทหน้าที่ ทำให้มีผู้รับผิดชอบ และทำให้มีระบบควบคุมกำกับติดตามงานด้านพัฒนาคุณภาพได้ประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จาก ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมีการติดตามรายงานการประชุมของทุกคณะกรรมการทุกคณะและมีการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญด้านคุณภาพ

-ขั้นตอนการกำหนดยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการพบว่า มีการกำหนดยุทธศาสตร์งานด้านพัฒนาคุณภาพ มีแผนงานโครงการ 6 โครงการหลัก ที่มีการปฏิบัติได้จริงตามแผน คิดเป็นร้อยละ 85 ที่ปฏิบัติไม่ได้ตามแผนคือ ในเรื่องการส่งบุคลากรเข้าอบรมด้านคุณภาพ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้วยสถานการณ์ COVID -19

-ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร พบว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากโรงพยาบาลใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในการประเมินระบบคุณภาพของโรงพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนั้นหลักสูตรในการฝึกอบรมทั้ง 13 หลักสูตรจึงมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และจากการประเมินผลพบว่า บุคลากรที่เข้ารับการอบรม สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ได้ มีการเผยแพร่ในห้องเรียนรู้อันด้านคุณภาพ หากมีข้อจำกัด ก็มีการเปลี่ยนรูปแบบในการประชุมเป็นรูปแบบเรียนออนไลน์

-ขั้นตอนกระบวนการและการจัดการงาน พบว่า รูปแบบ 2S2PA มีการออกแบบระบบที่เอื้อ และสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการทำงาน ได้แก่ การจัดรูปแบบที่เหมาะสมในการลงเยี่ยมตามรอยคุณภาพ ทำให้เกิด การทบทวน กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ จัดรูปแบบการลงเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล มีระบบบริหารจัดการด้านระบบบริหารความเสี่ยง ทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และจัดการความเสี่ยงได้รวดเร็ว

-ขั้นตอนระบบประเมิน พบว่ากระบวนการมีความเหมาะสม โดยการประเมินจากผู้เยี่ยมสำรวจ ซึ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมการเป็นผู้เยี่ยมมาแล้ว ขั้นตอนในการลงเยี่ยมเหมาะสม มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนข้อจำกัดที่พบคือ ระยะเวลาที่ใช้ในการลงเยี่ยมประเมินยังไม่เหมาะสม จากการประชุมถอดบทเรียนของผู้เยี่ยมประเมินภายในโรงพยาบาล ซึ่งได้มีการปรับระยะเวลาในการประเมินเพิ่มขึ้น เป็น 2 เดือน เพื่อความครอบคลุม

#### 4) การประเมินผลผลิต (Product)

เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบที่ได้ ผ่านการประเมินผล โดยผู้เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลจำนวน 36 คน (n=36) โดยใช้เครื่องมือคุณภาพ ในการประเมินคือ Scoring guild line 2019 โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้คือ

คะแนน 1 หมายถึง เพิ่งเริ่มต้นมี กิจกรรมคุณภาพพื้นฐาน ตั้งทีม วางกรอบการทำงาน ผลลัพธ์ไม่น่าพอใจ

คะแนน 2 หมายถึง ยังต้องปรับปรุงในประเด็นสำคัญ เริ่มต้นนำไปปฏิบัติสื่อสาร มีความเข้าใจ

คะแนน 3 หมายถึง พอใจในผลงาน ผลลัพธ์อยู่ในระดับเฉลี่ย บรรลุเป้าหมายพื้นฐาน นำไปปฏิบัติครอบคลุมถูกต้อง สอดคล้องกับบริบท

คะแนน 4 หมายถึง โดดเด่น พร้อมแล้ว ผลลัพธ์ดีกว่าค่าเฉลี่ย ปรับปรุงระบบ บูรณาการ ประเมินผลอย่างเป็นระบบ

คะแนน 5 หมายถึง ผลลัพธ์ดีเลิศ เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ มีวัฒนธรรมคุณภาพ และวัฒนธรรมการเรียนรู้

ซึ่งจากการประเมินจากการประเมินผลผลิตจากผู้เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล (Internal surveyor) ได้ผลดังแสดงในรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 34 มาตรฐานตอนที่1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
I-1 การนำองค์กร (LED)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.กำหนดวิสัยทัศน์พันธกิจ ค่านิยมขององค์กร</li> <li>2.กำหนดโครงสร้างการบริหารองค์กร</li> <li>3.กำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>4.กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพขององค์กร</li> <li>5.แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ กำหนด บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ตลอดจนควบคุมกำกับติดตาม</li> <li>6.สื่อสาร วิสัยทัศน์พันธกิจ ค่านิยม จุดเน้นในการพัฒนา ตลอดจนสื่อสารนโยบายคุณภาพ</li> </ol>	3
I-2 กลยุทธ์ (STG)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.กำหนดแผนยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีการทำแผนปีละ 1 ครั้ง แผนระยะสั้น</li> <li>2.กำหนดโครงการการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับจุดเน้นของโรงพยาบาลและกระบวนการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>3.งบประมาณด้านการพัฒนาคุณภาพ และการจัดทำโครงการเพื่อสนองต่อกลยุทธ์</li> <li>4.กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ในการควบคุมกำกับติดตาม</li> </ol>	3
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรมและสิทธิผู้ป่วย</li> <li>2.กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ</li> <li>3.จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของผู้ของผู้รับบริการ สัมรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้รับฟังความคิดเห็น</li> <li>4.จัดทำนโยบายในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</li> <li>5.แนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วย</li> </ol>	3.5



## ตารางที่ 30 มาตรฐานตอนที่1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
	<p>6.สร้างความตระหนักถึงหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับโดยมีการประชุมนิเทศและการอบรมเกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคน</p> <p>7.จัดทำคู่มือแจ้งการบริการและขั้นตอนการตรวจรับการรักษา ตลอดจนคู่มือหรือข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย</p>	
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แต่งตั้งคณะกรรมการสารสนเทศ และคณะกรรมการการจัดการความรู้ วิจัยและนวัตกรรม</li> <li>2.จัดทำแนวทางปฏิบัติการใช้งานคอมพิวเตอร์และสื่อสังคมออนไลน์</li> <li>3.กำหนดตัวชี้วัดสำคัญขององค์กร ออกแบบระบบการได้มา การจัดเก็บ และวิเคราะห์ตัวชี้วัดระดับองค์กร</li> <li>4.จัดทำฐานข้อมูลสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยฐานข้อมูลด้านการพัฒนาคุณภาพ วิจัยนวัตกรรม</li> <li>5.บำรุงรักษาระบบฐานข้อมูลของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และระบบบริการเวชระเบียนให้มาตรฐาน รักษาความปลอดภัย และความลับของข้อมูล โดยมีการสำเนาข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และมีการกำหนดรหัสผู้ใช้และรหัสผ่าน</li> <li>6.เชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูล จากระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลระบบปัจจุบัน เพื่อใช้ในการบริหาร การพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยจัดทำเป็นรายงานทุกเดือนหรือ ตามที่ผู้บริหารต้องการ</li> <li>7.กระจายข้อมูลหรือสารสนเทศที่สังเคราะห์ได้ โดยส่งรายงานให้ผู้บริหารและกระจายข้อมูลในระบบอินทราเน็ตที่บุคลากรผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลได้</li> </ol>	3

ตารางที่ 30 มาตรฐานตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
	8.พัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ 9.วางแผนและดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมบุคลากร ให้มีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล	
I-5 กำลังคน (WKF)	1.จัดตั้งคณะกรรมการทรัพยากรบุคคล/คณะกรรมการ พัฒนาบุคลากรบุคคล /คณะกรรมการอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัย 2.บริหารจัดการด้านบุคลากรโดยมีการวางแผนการบริหาร บุคลากรทั้งในระยะสั้น และระยะยาวมีการนำเอาข้อมูล มา ประกอบการวางแผนการบริหารทรัพยากรบุคคล ตลอดจนจะมีการพัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล ให้ทันสมัย 3.พัฒนาผู้บริหารทุกระดับให้มีความรู้ด้านการบริหาร จัดการทรัพยากรบุคคล แนวใหม่ 4.ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ โดยใช้แบบฟอร์มของสำนักงาน ก.พ. และการประเมินผล การปฏิบัติของ 5.ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรทุกประเภทภายใน โรงพยาบาลอย่างถูกต้องและทันสมัย 6.การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ 7.มีผู้รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในแต่ ละหน่วยงาน โดยมีการจัดอบรมบุคลากรที่รับผิดชอบ ด้านนี้และ จัดทำคู่มืออาชีวอนามัยและความปลอดภัยไว้ ให้หน่วยงาน 8.มีการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน(Risk Management) การจัดบริการด้านการป้องกันโรคหรือ อุบัติเหตุจากการทำงานหรือเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน	3

ตารางที่ 30 มาตรฐานตอนที่1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
	9.การจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ จากการทำงาน และโรคทั่วไป	
I-6การปฏิบัติการ (OPT)	1.จัดตั้งคณะกรรมการระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล 2.คณะกรรมการด้านการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก 3.คณะกรรมการควบคุมและตรวจสอบภายใน ในการควบคุมกำกับระบบบริหารการเงินการคลัง 4.แนวทางและระเบียบปฏิบัติในการจัดซื้อจัดจ้าง และได้มาซึ่งวัสดุครุภัณฑ์	3

### มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ตารางที่ 35 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)	1.จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เพื่อกำหนดแนวทางการบริหารความเสี่ยงและแผนปฏิบัติการระบบบริหารความเสี่ยงในระดับองค์กร 2.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงหน่วยงานแต่งตั้งทีมผู้จัดการการบริหารความเสี่ยง (Risk Manager) ในระดับองค์กรและสนับสนุนให้ทุกทีม นำและหน่วยงานกำหนด	3

ตารางที่ 31 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
	<p>3.ดำเนินการจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง ทั้งในระดับองค์กร (Hospital Risk Profile) และระดับหน่วยงาน (unit Risk Profile) และติดตามผลการดำเนินงานในการป้องกันความเสี่ยงทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง</p> <p>4.คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ดำเนินการวางระบบ ค้นหาความเสี่ยงทั้งเชิงรุก และตั้งรับ การเฝ้าระวัง และติดตามความเสี่ยงทุกประเภทที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล</p> <p>5.การพัฒนาความเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงขององค์กรในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยี สารสนเทศเข้ามาช่วยในระบบบริหารความเสี่ยง</p> <p>6.ดำเนินการจัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน</p> <p>7.จัดทำทะเบียนความเสี่ยง Risk register เพื่อใช้ในการติดตามอย่างใกล้ชิด</p>	
II-2การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)	<p>1.จัดตั้งคณะกรรมการกำกับด้านวิชาชีพ</p> <p>2.จัดทำแผนในการบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมเพียงพอ</p> <p>3.จัดทำแนวทางนิเทศทางวิชาชีพเพื่อการกำกับติดตาม</p> <p>4.ประเมินความพึงพอใจการปฏิบัติตามจรรยาบรรณด้านวิชาชีพ</p> <p>5.จัดทำแนวทางปฏิบัติ CPG/CNPG ในกลุ่มโรคที่สำคัญในพื้นที่</p>	3.5

ตารางที่ 31 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
<p>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดตั้งคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาล</li> <li>2. จัดทำแผนด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล</li> <li>3. จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย</li> <li>4. กำหนดนโยบายที่สำคัญด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เช่น นโยบายลดโลกร้อน นโยบายประหยัดพลังงาน</li> <li>5. กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างทางกายภาพของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน รวมทั้งการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง</li> <li>5. มีระบบบริหารจัดการความปลอดภัยเกี่ยวโครงสร้าง อาคารกับไฟฟ้า ระบบสาธารณูปโภคถังแก๊ส แก๊สทางการแพทย์ ระบบไอน้ำ สารเคมีและวัสดุไวไฟ</li> <li>6. มีแนวทางคู่มือ การบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์</li> <li>7. มีบัญชีเครื่องมือทางการแพทย์ ข้อมูลการส่งซ่อม การบำรุงรักษา</li> <li>8. มีแนวทางปฏิบัติในการบริหารจัดการและหมุนเวียนเครื่องมือแพทย์</li> <li>9. มีระบบการป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน</li> <li>10. มีแผนสร้างเสริมสุขภาพกับบุคลากรในโรงพยาบาล</li> </ol>	<p>3.5</p>

ตารางที่ 31 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
<p>II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล</li> <li>2. มีโครงสร้างการบริหารและองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อกำหนดนโยบายและวิธีการดำเนินงาน รวมทั้งกำกับดูแลให้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยมีหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อรับผิดชอบประสานการดำเนินการ</li> <li>3. มีคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การกำหนดและทบทวนแนวทางการปฏิบัติ/มาตรการป้องกันเพื่อให้การและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การปฏิบัติของหน่วยงานเป็นแนวทางเดียวกัน</li> <li>4. มีการจัดระบบการสื่อสารและประสานงานระหว่างคณะกรรมการบริหารงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกับทีมดูแลผู้ป่วยและทีมประสานบริการ ให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>5. พัฒนาความรู้ความสามารถด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง</li> <li>6. ตรวจสอบสุขภาพบุคลากรประจำปีและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แกบุคลากรในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงและบุคลากรใหม่</li> <li>7. จัดระบบดำเนินงานและติดตามประเมินประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</li> </ol>	<p>3</p>

## ตารางที่ 31 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)	<p>1. จัดตั้งคณะกรรมการเวชระเบียนจัดให้มีคณะกรรมการและอนุกรรมการรับผิดชอบและกำหนดกลไกพัฒนาเวชระเบียนระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล</p> <p>2. กำหนดรูปแบบการบริหารเวชระเบียน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 1) จัดทำและจัดเก็บเวชระเบียนผู้ป่วยที่สามารถค้นหาได้รวดเร็ว 2) มีระบบการเก็บและสำรองข้อมูล ด้วยระบบสารสนเทศ ควบคู่กับการบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้สามารถบริการผู้ป่วยได้แม้ระบบใดระบบหนึ่งขัดข้อง 3) กำหนดข้อมูลสำคัญในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามระเบียบปฏิบัติ ของคณะกรรมการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์</p> <p>3. กำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียนตามข้อกำหนดของแพทยสภาและให้มีการบันทึกรหัสโรค รหัสหัตถการตาม ICD-10, ICD-9 CM ของ WHO</p> <p>4. จัดให้มีระบบการทบทวนความถูกต้องของเวชระเบียน (medical record audit system) ในทุกที่มำทางคลินิกเพื่อควบคุมคุณภาพและประเมินความถูกต้องครบถ้วนของการบันทึกเวชระเบียน และมีการสุ่มตรวจโดยคณะกรรมการกลางของโรงพยาบาล</p>	3

ตารางที่ 31 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
<p>II-6ระบบการจัดการด้านยา (MMS)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดตั้งคณะกรรมการ PTC ระบบยา</li> <li>2.กำหนดนโยบายการบริหารยาโรงพยาบาล กภาพสินธุ์</li> <li>3.ให้การบริหารเภสัชกรรมโดยเภสัชกรร่วมอยู่ในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเกิดประโยชน์สูงสุด และปลอดภัยจากการใช้ยา</li> <li>4.ควบคุมดูแลและติดตาม การใช้ยาในโรงพยาบาล ให้ถูกต้องเหมาะสมตามนโยบายของโรงพยาบาล</li> <li>5.มีมาตรการในการรักษาความปลอดภัย ป้องกัน และจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดแก่ผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ</li> <li>6.มีระบบการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>7.กำหนดบัญชียาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล</li> <li>8.มีการพัฒนาความรู้ ทักษะ ของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง</li> </ol>	3.5
<p>II-7การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดตั้งคณะกรรมการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการและรังสีรักษา โรงพยาบาลกภาพสินธุ์</li> <li>2.มีแผนพัฒนาระบบตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลกภาพสินธุ์</li> <li>3.มีแผนในการพัฒนาระบบการตรวจรังสีรักษา</li> <li>4.จัดทำแนวทางปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>5.จัดทำระบบเอกสารคุณภาพ</li> <li>6.จัดระบบบริการให้มีความสะดวกรวดเร็วโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</li> </ol>	3



## ตารางที่ 31 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
	<p>7.จัดให้มีมาตรฐานการรักษาความปลอดภัยของบุคลากรในห้องปฏิบัติการและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>8.กำหนดให้ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ รวมถึงวิธีการควบคุมคุณภาพ การดูแลรักษาเชิงป้องกันและการสอบเทียบเครื่องมือ/อุปกรณ์ ทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>9.กำหนดให้ห้องปฏิบัติการมีแนวปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p>10.ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน</p> <p>11.อบรม สัมมนา บุคลากรทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงระบบการทำงานและคุณภาพของห้องปฏิบัติการ</p>	
II-8การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของโรงพยาบาล</li> <li>2. จัดทำแผนพัฒนาเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพปีละ 1 ครั้ง และปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์</li> <li>3. กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังภัยสุขภาพ</li> <li>4. มีแนวทางปฏิบัติในการจัดการ ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน</li> </ol>	3

ตารางที่ 31 มาตรฐานตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านการทำงานกับชุมชน</li> <li>2.จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย ทุกกลุ่มอายุ โดยผสมผสานการสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค</li> <li>3.จัดให้มีการประสานระหว่างบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนกับภารกิจบริการของโรงพยาบาล</li> <li>4.พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>5.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน</li> <li>6.จัดให้มีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</li> </ol>	3.5

ตารางที่ 36 ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.กำหนดแนวทางในการประเมินผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม</li> <li>2.แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER)</li> <li>3.ให้บริการด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ</li> <li>4.พัฒนา กำกับ และติดตามคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ol>	3

## ตารางที่ 32 ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.กำหนดแนวทางในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญตามมาตรฐานวิชาชีพ (CPG/CNPG)</li> <li>2.กำหนดแนวทางในการป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาด</li> <li>3.แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยในการตรวจเพิ่มเติมพิเศษ</li> <li>4.แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า</li> </ol>	2.5
III-3 การวางแผน (PLN)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน.</li> <li>2.มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย</li> <li>3.มีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>4.มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป</li> <li>5. มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย</li> <li>6.มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะใน ช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.</li> </ol>	3

ตารางที่ 32 ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
	7. มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลตามหลักการ เสริมพลัง 8. มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย	
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)	1. มีการมอบหมายงานให้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย 2. มีแนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อน 3. มีระบบการสื่อสารภายในทีมที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน 4. กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU 5. มีแนวทางในการ Monitor ติดตามผู้ป่วยในกลุ่มที่สำคัญเช่น ผู้ป่วยวิกฤต	3
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)	1. ประเมินผู้ป่วย เพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ 2. ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว 3. ปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว.	3.5
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)	1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในการดูแลต่อเนื่อง 2. จัดทำแนวทางในการดูแลต่อเนื่อง 3. มีระบบนัดหมายส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 4. มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง 5. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้ครบถ้วนสมบูรณ์ 6. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง	3

## ตารางที่ 37 ตอนที่ IV ผลลัพธ์ขององค์กร

มาตรฐาน	แนวทางปฏิบัติ	คะแนน
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)	1. กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญขององค์กร	3
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)	2. มอบหมายความรับผิดชอบ มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	
IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)	3. มีระบบการจัดเก็บตัวชี้วัด โดยใช้สารสนเทศเข้ามาช่วย	
IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)	4. การติดตามตัวชี้วัด	
IV-5 ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR)	5. วิเคราะห์ผลลัพธ์ แนวโน้มที่เกิดขึ้น	
IV-6 ผลด้านการเงิน (FNR)	6. นำเสนอตัวชี้วัดเพื่อปรับปรุงพัฒนา	
<b>คะแนนเฉลี่ย</b>		<b>3.12</b>

สรุปในการประเมินผล ผลิตภัณฑ์ (Product) โดยทีมผู้ประเมินภายในโรงพยาบาล จำนวน 36 คน (n=36) พบว่า จากกรอบการประเมินที่ใช้ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยการให้คะแนนตาม Scoring guild line 2019 พบว่า ค่าคะแนน ในแต่ละหมวด มีดังนี้ มาตรฐานหมวดที่ 1 ด้านการนำองค์กร มีคะแนนเฉลี่ยที่ 3.5 คะแนน มาตรฐานหมวดที่ 2 ระบบสนับสนุนสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 3 คะแนน มาตรฐานหมวดที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนที่ 3 คะแนน และมาตรฐานหมวดที่ 4 ด้านผลลัพธ์ขององค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 3 คะแนน ซึ่งคะแนนเฉลี่ย รวมทุกหมวดตามมาตรฐาน 3.12 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่า ผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กรอยู่ในระดับเฉลี่ย มีความพอใจกับผลงาน บรรลุเป้าหมายพื้นฐาน มีการนำไปปฏิบัติครอบคลุมถูกต้อง และมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (Scoring guild line, 2019)

## สรุปผลการวิจัย ระยะที่ 3

ซึ่งจากรูปแบบ SPA ที่ได้ เป็นรูปแบบในการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน และได้มีการสร้างเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีการประเมินผลโดยใช้รูปแบบ CIPP model ทั้งด้าน 1) บริบท (Context) พบว่ามีความเหมาะสมกับโรงพยาบาล ในระดับ ทั่วไป จากการสัมภาษณ์ทีมบริหารและคณะกรรมการ

คุณภาพ นอกจากนี้แล้ว 2) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ความคิดเห็นด้านการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร พบว่า ก่อนมีรูปแบบ SPA บุคลากรมีระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพมีค่าเฉลี่ย 3.80 หลังมีรูปแบบมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 11.0 และวัฒนธรรมความปลอดภัยก่อนมีรูปแบบ 2S2PA มีค่าเฉลี่ยที่ 3.16 หลังมีรูปแบบ 2S2PA มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.51 3) ด้านกระบวนการ (Process ) จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ขั้นตอนในการกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการด้านพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความเหมาะสม ขั้นตอนการกำหนดยุทธศาสตร์แผนงานโครงการ มีความครอบคลุมประเด็นสำคัญ ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้เกิดการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยมีการปรับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพได้เหมาะสมกับสถานการณ์ในระดับมาก ขั้นตอนการออกแบบระบบและการจัดการกระบวนการ มีรูปแบบที่เหมาะสม ระดับปานกลาง จากการมีการแบ่งพื้นที่ของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ ในการกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพและเป็นพี่ปรึกษาด้านคุณภาพแก่พื้นที่ การออกแบบระบบบริหารจัดการความเสี่ยง โดยมีระบบสารสนเทศเข้ามาสนับสนุน ทำให้เกิดประสิทธิภาพของระบบเกิดขึ้น ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และความพึงพอใจต่อการใช้งานของระบบเพิ่มขึ้นจากการพัฒนา ค่าเฉลี่ย 3.40 หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.79 ในส่วนของขั้นตอนการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อประเมินคุณภาพภายในโรงพยาบาล รูปแบบการเยี่ยมชมมีความเหมาะสม เป็นการเยี่ยมแบบระบบพี่เลี้ยง พี่สอนน้อง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน 4) ผลผลิต (Product) ผลการให้คะแนนตาม Scoring guidelines 2019 พบภาพรวมคะแนนปฏิบัติได้อยู่ในระดับ ค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับค่าเฉลี่ย

จากรูปแบบ 2S2PA ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โดยอ้างอิงจากผลการวิจัยนี้ สามารถสรุปได้ว่าเป็น Model ที่เน้นรูปแบบของการนำไปปฏิบัติจริง และอิงตามทฤษฎีและมาตรฐาน และผลจากการวิจัยนี้



### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการในการดำรงและรักษาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ บริบท สถานการณ์ และปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 2) ค้นหา รูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 3) สร้างคู่มือ แนวทางปฏิบัติ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและประเมินผลรูปแบบ ซึ่งในบทนี้ผู้วิจัยเสนอ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 5.1 สรุปผล

5.1.1 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ และปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

##### 5.1.1.1 ผลการวิจัยข้อมูลทั่วไปเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 500 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 419 คน (ร้อยละ 83.74) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ เกิด พ.ศ. 2520-2534 จำนวน 234 คน (ร้อยละ 46.71) มีอายุงานในโรงพยาบาล 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 126คน (ร้อยละ 24.90) เป็นข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 234 คน (ร้อยละ 46.91) ส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติงานในตำแหน่งที่มีการปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย จำนวน 379 คน (ร้อยละ 75.7) เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุขที่มีใบประกอบวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 239 คน (ร้อยละ 47.74) และอยู่ในสาขาวิชาชีพพยาบาลมากที่สุด จำนวน 204 คน (ร้อยละ 40.74) รองลงมาคือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 15.84)

5.1.1.2 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ การสำรวจความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ในระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน ได้นำมาวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าบุคลากรมีระดับความคิดเห็น

อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.80, S.D. = 0.64$ ) ด้านที่มีระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือด้าน การนำองค์กร ( $\bar{X} = 3.97, S.D. = 0.60$ ) ส่วนด้านที่มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดคือ ด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ ( $\bar{X} = 3.44, S.D. = 0.81$ )

### 5.1.1.3 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ การสำรวจความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 คน ได้นำมาวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า บุคลากรมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16, S.D. = 0.68$ ) ด้านที่มีระดับความคิดเห็นมากที่สุดคือด้าน การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ( $\bar{X} = 3.59, S.D. = 0.74$ ) ส่วนด้านที่มีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดคนทำงาน และการตอบสนองต่อความผิดพลาด ( $\bar{X} = 3.10, S.D. = 0.61$ )

### 5.1.1.4 ผลการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ Logistic Regression แบบ Enter โดยการนำตัวแปรเข้าระบบ ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง ระบบรายงาน และการจัดการระบบ การทำงานเป็นทีม ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

#### สรุป

ในระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลและ การรับรู้ในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ อันที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ปัจจัย 4 ปัจจัยที่สำคัญ

1. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย
2. ระบบรายงานที่ดี
3. การจัดกระบวนการในการทำงาน
4. การทำงานเป็นทีมและการนำองค์กร

5.1.2 สรุปผลการศึกษาระยะที่ 2 ค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการวิจัย Action Research แบบ PAOR ของ Kemiss and McTaggart เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 วงล้อการพัฒนา สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้



### วงล้อที่ 1 ของ การพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) มีการประชุมวางแผนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 12 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอีก 36 คน รวมเป็น 48 คน ผลการศึกษาที่ได้คือ 1) มีการกำหนดโครงสร้าง หน้าที่ ความรับผิดชอบ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2) กำหนดนโยบาย การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล 3) จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ จำนวน 21 คณะ พร้อมคำสั่งแต่งตั้ง มอบหมาย บทบาทหน้าที่ 4) ประชุมทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แผนปฏิบัติการ และ กำหนด Road Map ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีการจัดโครงการเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม จำนวนทั้งสิ้น 6 โครงการ ได้แก่ 1)การกำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพองค์กร ประกาศนโยบายคุณภาพ และกิจกรรม Kick off การพัฒนาคุณภาพ 2)โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 3)โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพตามหลักสูตรขง สรพ. 4) โครงการประชุมทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน และการตามรอยคุณภาพ โดยทีมพี่เลี้ยง 5) โครงการบริหาร ความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety และ 6)โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่มีการปฏิบัติการทั้ง 6 โครงการ ได้มีการประเมินผล โครงการและกิจกรรม ได้ดังนี้

1) กำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพองค์กร ประกาศนโยบายคุณภาพ และ กิจกรรม Kick off การพัฒนาคุณภาพ พบว่ามีการแต่งตั้งคณะกรรมการทั้งหมด 21 ชุด มีการประกาศนโยบายคุณภาพโดยผู้นำสูงสุดขององค์กร ลงมอบนโยบายในพื้นที่ ทุกหน่วยงานทั้ง 145 หน่วยงานในโรงพยาบาล ได้รับการสื่อสาร และมีป้ายนโยบายทุกหน่วยงาน

2) โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามกระบวนการงาน ผลพบว่า มีการประชุมแบบทางการ 6 ครั้ง ผ่านระบบ Zoom 1 ครั้ง ไม่ได้ประชุม 2 ครั้ง มีการติดตามกระบวนการงานคุณภาพของทีมนำ และทีมนำทางคลินิก พบจำนวน ทีมนำทางคลินิกที่ส่งเอกสารทบทวน 12 กิจกรรมคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 72% ร้อยละของการตอบกลับ RCA และการทบทวนความเสี่ยงของหน่วยงาน 75%

3) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพตามหลักสูตร สรพ. พบว่า ในแผนมีการส่งบุคลากรเข้าอบรมทั้งสิ้น 12 หลักสูตร จำนวน 41 คน ผลพบว่า สามารถเข้าอบรมได้จริง จำนวน 9 หลักสูตร 36 คน เนื่องจากสถานการณ์ COVID ในส่วนของบุคลากรที่เข้าอบรม ได้รับใบประกาศรับรองการผ่านหลักสูตรของ สรพ.

4) โครงการประชุมทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้านและการตามรอยคุณภาพ พบว่า มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบสำหรับทีมพี่เลี้ยงคุณภาพและทีมนำของโรงพยาบาล มีการลงเยี่ยมตามรอยคุณภาพ กระตุ้นการพัฒนา ให้กับพื้นที่ในความรับผิดชอบของตนเอง ในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เมษายน ได้ 56% สิ่งที่เกิดขึ้นจากการตามรอยพบ พื้นที่ที่มีการทบทวน Service profile และมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในระดับเกือบพลาด

5) โครงการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 2P Safety พบว่า มีการประชุมของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง หาแนวทางในการพัฒนาร่วมกัน ได้มีการกำหนดกิจกรรมได้แก่การ การจัดประชุม อบรมการความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย และ 2P Safety ให้กับบุคลากร 2 รุ่น ผลพบความพึงพอใจในการจัดกิจกรรม 89% ทุกหน่วยงานมีการกำหนด Risk Profile ทั้ง 145 หน่วยงาน เพื่อการติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาโปรแกรมบริหารความเสี่ยง ชื่อ โป่งกลาง risk ซึ่งผลการพัฒนาโปรแกรมมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานพบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานเพิ่มขึ้น การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง ร้อยละของตัวชี้วัดด้าน 2P Safety ที่ผ่านเกณฑ์ มีระดับนัยสำคัญที่ 0.005 เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมเดิม

6) โครงการเยี่ยมสำรวจภายใน ผลพบว่า สามารถลงเยี่ยมประเมินได้ทั้งหมด 62 หน่วยงาน จากคณะกรรมการ สำรวจภายในทั้งหมด 7 ทีม ซึ่งสรุปประเด็นในการพัฒนา ตาม Scoring gridline ที่ต้องพัฒนาต่อมีดังนี้ 1.การพัฒนาประเด็นระบบบำบัดน้ำเสีย ทางหนีไฟ ระบบแก๊สทางการแพทย์ งานสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย 2.การ ทบทวนทางคลินิก ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มโรคที่สำคัญ 3.การดูแลต่อเนื่อง การวางแผนการดูแล และการเชื่อมต่อข้อมูลกับทีมเยี่ยมบ้าน 4.การทบทวนเวชระเบียนของหน่วยงาน ตลอดจนการบันทึกทางการแพทย์

#### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ได้มีการสรุปผลการจากการพัฒนา ทั้งประเด็นที่มีผลการดำเนินงานที่ดี และประเด็นที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาปรับปรุงในวงล้อต่อไป

#### วงล้อที่ 2 ของการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) จากวงล้อที่ 1 ประเด็นที่สะท้อนและนำมาวางแผนปรับระบบในการพัฒนาอีกครั้งดังนี้ 1) การทำงานของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งตัวชี้วัดที่สำคัญ 2)รูปแบบของการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ เพิ่มปรับใช้ระบบออนไลน์เข้ามาช่วย 3)หลักสูตรอบรม ปรับระบบใช้การเรียนออนไลน์ 4) ปรับรูปแบบการตามรอยคุณภาพ เลือกพื้นที่ และประเด็นที่สำคัญในการตามรอยของพี่เลี้ยงคุณภาพ 5) ปรับโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงให้มีระบบแจ้งเตือนผ่านทางระบบไลน์ 6) ปรับรูปแบบการเยี่ยมประเมิน ให้มีระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อประเมินได้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

**ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (Action)** ผลการศึกษาพบว่า 1) มีการกำหนดให้ คณะกรรมการทุกคณะมีการประชุมอย่างน้อย 3 เดือนครั้ง แต่ให้ส่งรายงานการประชุม ในฐานะข้อมูล คุณภาพ 2) มีการประชุมผ่านสื่อออนไลน์ สำหรับคณะกรรมการ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ 3) ปรับกระบวนการอบรม ผ่านสื่อออนไลน์ 4) มีการกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาในการตามรอย รวมทั้ง รูปแบบในการเก็บบันทึกข้อมูล 5) โปรแกรมโป่งกลาง risk มีระบบแจ้งเตือนผ่านไลน์แอฟลิเคชัน 6) ผู้ เยี่ยมสำรวจภายในมีการประชุม วางแผนการลงเยี่ยมประเมินก่อนล่วงหน้า โดยมีการประชุมทีมย่อย และทำแผนในการลงเยี่ยมประเมิน

**ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (Observation)** ผลการศึกษาพบว่า 1) คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพทุกคณะ ทั้งหมด 21 ชุด ในรอบ 3 เดือน มีการประชุมทีม และส่งรายงานการประชุมทั้ง 21 คณะ 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีการประชุม และติดตามงานคุณภาพ ในรอบ 3 เดือน มีการส่งเอกสารคุณภาพตามเกณฑ์ 90% 3) มีการจัดทำห้องเรียนรู้ด้านคุณภาพ เพื่อเผยแพร่ ความรู้ด้านคุณภาพ โดยการติดตามผู้เข้าใช้งานระบบ พบในรอบ 3 เดือน มีผู้เข้าใช้งาน 2,389 ครั้ง 4) มีการปรับรูปแบบในการลงเยี่ยม จัดเรียงประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องปรับปรุงก่อนตาม ข้อเสนอแนะของ สรพ. 5) หลังจากที่มีการปรับโปรแกรมโป่งกลาง risk ให้มีระบบสัญญาณเตือนผ่าน ไลน์แอฟลิเคชัน พบว่า อัตราการตอบกลับและตอบสนองต่ออุบัติการณ์และข้อร้องเรียน เพิ่มสูงขึ้น จากเดิม โดยเฉพาะในความเสี่ยงด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีการศึกษาในเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จากการใช้งานในระบบบริหาร ความเสี่ยง และนำข้อมูลจากฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแผนในการพัฒนา ทำให้เกิดการพัฒนา แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ แนวทางในการป้องกันการลัดตกหกล้ม แนวทางในการระบุดัวผู้ป่วย แนวทางในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด แนวทางในการ จัดเตรียมยาและการให้ยาสำหรับพยาบาล แนวทางในการคัดแยกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน

**ขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection)** ในวงล้อที่ 2 ของการพัฒนาได้มีการสะท้อน รูปแบบและของการศึกษาที่ได้ สู่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทีมนำ เพื่อสรุปและสร้างเป็น รูปแบบและแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ซึ่งในระยะที่ 2 ของการศึกษาวิจัยนี้ จากการหมุนวงล้อการพัฒนา ได้รูปแบบที่ เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพขึ้น คือ 2S2PA Model ซึ่ง ประกอบด้วย 1) S=2 คือ Structure และ Strategic คือ การกำหนดโครงสร้างที่ชัดเจน การมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานด้านคุณภาพ 2) P=2 คือ Process Management และ Professional คือ การมีระบบการบริหารจัดการและการออกแบบ ระบบที่ดี รวมทั้งมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) A=1 คือ Assessment คือการประเมิน และติดตามผล

### 5.1.3 การประเมินผล รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ผลการวิจัยในระยะนี้ หลังจากที่ได้ผู้วิจัย ได้นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาสร้างเป็นรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน นั่นคือ SPA Model และได้มีการประเมินผลของรูปแบบ โดยใช้กรอบในการประเมิน CIPP Model ของ ของสตัฟเฟิลบีม (D.L. Stufflebeam, 1997) พบดังนี้ 1) การประเมินบริบท (Context) พบว่ารูปแบบ SPA มีความเหมาะสมกับบริบท ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีบุคลากรในโรงพยาบาลจำนวน 1551 คน 2) การประเมินปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ (Input) พบว่า ปัจจัยนำเข้าด้าน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัย ก่อนมีรูปแบบ 2S2PA มีค่าเฉลี่ย ที่3.80 และ 3.16 หลังมีรูปแบบ 2S2PA มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.86 และ 3.47 ตามลำดับ 3) การประเมินกระบวนการ ของ SPA พบว่ามีขั้นตอนในการดำเนินงานเหมาะสม เข้าใจง่าย มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และครอบคลุมมาตรฐาน 4) การประเมินผลผลิต (Product) พบว่า มีการประเมินผลตาม Scoring guild line (Scoring guild line, 2019) มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 3.12 แปลผลได้ว่า อยู่ในระดับเฉลี่ย มีความพอใจกับผลงาน บรรลุเป้าหมายพื้นฐาน มีการนำไปปฏิบัติครอบคลุมถูกต้อง และมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่

## 5.2 อภิปรายผล

**ผลการวิจัยในระยะที่ 1** การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ และปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องยั่งยืนได้แก่

1) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความปลอดภัย คือ บุคลากรในองค์กรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีการถ่ายทอดความรู้ และเทคโนโลยี ร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน และเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ควบคู่ไปกับการรับความรู้จากภายนอก ให้เกิดโอกาสในการหาแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและสร้างเป็นฐานความรู้ที่เข้มแข็งขององค์กร ก่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ราตรี ฉิมฉลอง (2551) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพเกิดขึ้นในองค์กร

2) การมีระบบรายงาน คือมีระบบการรายงาน อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การรายงานตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วน ได้รวดเร็ว และทันในเวลาที่กำหนด เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพคือ ความปลอดภัยที่เกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ นั่นคือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อนงค์ ถาวร

(2557) ที่ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาล พะเยา จังหวัดพะเยา พบว่า การมีระบบการรายงานที่รวดเร็ว และโปรแกรมที่สนับสนุนการบันทึกและรายงานที่ดี จะทำให้มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่รวดเร็ว มีระบบเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

3) การจัดการกระบวนการที่ดี คือ ความสามารถขององค์กร หรือทีมนำในการออกแบบระบบบริการ หรือแนวทางปฏิบัติให้เกิดขึ้น โดยอาศัยปัจจัยสนับสนุนขององค์กร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจน และมีการควบคุมกำกับติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Dicle Aydin และ Esra Yaldiz (2017) ที่ได้ศึกษาการออกแบบระบบของโรงพยาบาลสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ในประเทศตุรกี พบว่าขึ้นอยู่กับการออกแบบระบบที่ดี มีการประยุกต์กระบวนการและสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้นก็คือบริบทนั่นเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่ได้ศึกษาแบบจำลองปัจจัยความสำเร็จของการจัดการบริการธุรกิจบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ของ เขียวภา ปฐมศิริ (2554) ที่พบว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัย การกำหนดกลยุทธ์ ระบบการจัดการที่ดีขององค์กร

4) การทำงานเป็นทีมและการนำองค์กร คือ บุคลากรโรงพยาบาลมีการทำงานร่วมกัน ประสานงานกัน เชื่อมโยงข้อมูล มีระบบการทำงานที่ชัดเจน ทุกคนรู้หน้าที่ของตนเอง ปฏิบัติภารกิจของตนเอง มีการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และที่สำคัญคือมีเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกันของแต่ละทีม เพื่อให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Joao Ederson Correa (2018) ที่ได้ศึกษา อิทธิพลของการรับรองคุณภาพขององค์กรที่มีความยั่งยืนและผ่านการรับรองคุณภาพ ในประเทศบราซิล พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัย ด้านการนำขององค์กร และการทำงานเป็นทีม นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Diana (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความยั่งยืนในการรับรองคุณภาพในฮ่องกง โดยใช้ SWOT Analysis พบว่า จุดแข็งคือการสร้างทีมการเพิ่มความเป็นผู้นำและความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และที่แตกต่างของงานวิจัยนี้คือ สิ่งที่สำคัญต้องสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้กับบุคลากร

**ผลการวิจัยในระยะที่ 2** ค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการวิจัย Action research

จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยการหมุนวงล้อในการพัฒนากระบวนการ เพื่อให้เกิดรูปแบบและแนวทางนั้น พบว่า ในวงล้อที่ 1 และวงล้อที่ 2 ของการพัฒนาตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research แบบ PAOR ของ Kemmiss and McTargart ผลการวิจัยที่ได้คือ

1) กำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพองค์กร ประกาศนโยบายคุณภาพ และกิจกรรม Kick off การพัฒนาคุณภาพ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ และการวาง Roadmap ที่ชัดเจน พบว่ามีการแต่งตั้งคณะกรรมการทั้งหมด 21 ชุด มีการประกาศนโยบายคุณภาพโดยผู้นำสูงสุดขององค์กร ลงมอบนโยบายในพื้นที่ มีแผนพัฒนาคุณภาพที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน นั้นมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Charles D. Shaw (2010) ที่ได้ศึกษาการรับรองคุณภาพอย่างยั่งยืน ของกลุ่มประเทศในยุโรป 24 ประเทศ โดยใช้การสำรวจผลลัพธ์ที่สำคัญ พบว่าความท้าทายที่ทำให้เกิดการรับรองคุณภาพเกิดความยั่งยืนคือ การมีนโยบายสนับสนุน วัฒนธรรมคุณภาพที่ครอบคลุมทั้งระบบ และระบุกลยุทธ์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร จะช่วยให้การพัฒนางานมีทิศทางที่ชัดเจน เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จได้

2) มีการจัดประชุมคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของงานแต่ละระบบ โดยมีการกำหนดกรอบในการประชุม และติดตามตัวชี้วัด

3) อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านคุณภาพ เพื่อเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อการพัฒนาระบบงานที่ดียิ่งขึ้น และเป็นการสร้างให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีระบบคลังความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมของบุคลากร เพื่อเผยแพร่ในองค์กร พบว่าทำให้องค์กรเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่ง สมสมัย สุธีรสาน และยุพิน อังสุโรจน์ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของแบบจำลองการวัดผลของการจัดการ ความยั่งยืนในงานคุณภาพในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญ คือเรื่อง การศึกษา และฝึกอบรมของบุคลากร จะทำให้เข้าใจ และรักษามาตรฐานงานคุณภาพและทำให้เกิดความยั่งยืนได้ และในรายงานวิจัยของ Diana (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความยั่งยืนในการรับรองคุณภาพในฮ่องกง โดยใช้ SWOT Analysis พบว่า จุดอ่อนที่พบของการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนคือ การฝึกอบรมของพนักงานไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรขาดประสิทธิภาพในการทำงาน

4) ประชุมทีมงาน ทีมนำเฉพาะด้านและการตามรอยคุณภาพ เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนางาน ผลพบว่า จากการกำหนดพื้นที่ให้กับทีมพี่เลี้ยงคุณภาพในพื้นที่ในการเป็นที่ปรึกษาคุณภาพและ และกำหนดให้พี่เลี้ยงมีการลงเยี่ยมกระตุ้นในประเด็นที่เป็นปัญหาและเสริมพลัง ขึ้นชมในประเด็นที่หน่วยงานปฏิบัติได้ดี ตามมาตรฐาน พบว่าสิ่งที่ได้จากการถอดบทเรียน ของทีมพี่เลี้ยงคุณภาพโรงพยาบาล คือ 1) พี่เลี้ยงได้ฝึกทักษะด้านคุณภาพ 2) หน่วยงานได้รับคำแนะนำ ปรึกษาที่สำคัญ เช่นประเด็นการกำหนดตัวชี้วัด การทบทวนคุณภาพ 3) เกิดการติดตามกระบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4) พี่เลี้ยงคุณภาพเป็นผู้ที่ทราบปัญหา และร่วมวางแผนให้คำแนะนำกับทีม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยของ กัลยาณี สุเวทเวทิน (2561) ที่ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบพี่เลี้ยง ซึ่งพบว่าการมีระบบพี่เลี้ยงในพื้นที่จะทำให้

เข้าใจบริบทงาน บริบทองค์กร และสามารถให้คำปรึกษาได้ โดยมีระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการที่เลี้ยงในระดับมาก และส่งผลต่อความสำเร็จของโรงพยาบาลในระดับมาก

5) การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและ 2P Safetyผลที่ได้คือ มีระบบในการบริหารจัดการที่นำสารสนเทศเข้ามาร่วมจัดการ การมีคู่มือและแนวทางปฏิบัติ ทำให้เกิดความเร็ว ทันเวลาในการตอบสนอง ต่อเหตุการณ์ ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระบบ และมีการรายงานและจัดการอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น อันเป็นการทำให้บุคลากรเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยและเกิดวัฒนธรรมคุณภาพ และที่สำคัญคือประโยชน์กับผู้รับบริการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ รายงานวิจัยของ Umar, Naris MSc (2009) ที่ศึกษาปัจจัยทางบริบทที่มีผลต่อความยั่งยืน ในการพัฒนาคุณภาพในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าองค์ประกอบสำคัญคือการสนับสนุนทรัพยากร ในการสร้างคุณค่างาน มุ่งเน้นผลกระทบกับองค์กรหลัก มากกว่าความยั่งยืนของโปรแกรม และอุปสรรคที่สำคัญของความยั่งยืนคือ การวางแผนและการเริ่มต้นที่ไม่ดี ไม่มีความต่อเนื่อง

6) การเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมตรวจเยี่ยมประเมินโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจ ที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตร การเป็นผู้เยี่ยมชมประเมินและ Quality coach ผลจากการเยี่ยมประเมิน ตาม Scoring guidelines 2019 พบว่า โรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ระดับ 3 จากระดับสูงสุด 5 คะแนน ซึ่งสิ่งเกิดขึ้นจากการเยี่ยมประเมิน ซึ่งได้จากการถอดบทเรียนในการ Closed meeting คือ 1) ผู้เยี่ยมชม ซึ่งเป็นบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นทีมเยี่ยมประเมินที่ได้รับการแต่งตั้งในรูปคณะกรรมการ ได้มีการฝึกทักษะของการเป็นผู้เยี่ยม 2) เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ด้านคุณภาพและมาตรฐาน 3) มีผู้สะท้อนมุมมอง และผลการพัฒนาหน่วยงาน ทำให้หน่วยงานได้เห็นโอกาสพัฒนาของตนเองเพิ่มมากขึ้น 4) เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ 5) มีการประเมินติดตาม ในประเด็นที่เป็นปัญหา ต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาปรับปรุงและปิดจุดที่เป็นปัญหา 6) หน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานอยู่เสมอ 7) เกิดการทำงานเป็นทีม ในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัย Perera, Andrades (2017) ที่ได้ศึกษาข้อเสนอแนะจากการรับรองคุณภาพ ผู้ตรวจประเมิน MRCGP International South Asia : การศึกษาวิธีผสมผสานพบว่า รูปแบบการพัฒนาโดยใช้แนวทางปฏิบัติสำหรับการประเมินภายใน โดยใช้ความคิดเห็นจากเพื่อน เป็นกระบวนการที่ประสบความสำเร็จ

โดยสรุปในขั้นตอนนี้ ได้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่เรียกว่า รูปแบบ 2S2PA ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

2S = Structure และ Strategies คือ มีการกำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ บทบาทหน้าที่ มีคณะทำงาน และมีการกำหนด แผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพขององค์กร

2P = Professional และ Process management คือ บุคลากรที่มีศักยภาพด้านคุณภาพ ผ่านการฝึกอบรมแนวคิดทางคุณภาพ การเป็น Coach มีทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่เป็นที่ปรึกษา และมีการทำงานเป็นทีม นอกจากนี้ ยังมีการออกแบบระบบ จัดกระบวนการในการทำงานให้เหมาะสม และต่อเนื่อง มี Road Map ควบคุมกำกับ ในการปฏิบัติงาน

A = Assessment continuous มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตาม ประเมินผล และกระตุ้นการพัฒนา

### ผลการวิจัยในระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบที่พัฒนา

ในระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่เรียกว่า รูปแบบ 2S2PA และมีการสร้างคู่มือแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โดยใช้กระบวนการ CIPP model ซึ่งประกอบไปด้วย

Cortex คือการประเมินบริบท และสถานการณ์ พบว่าก่อนมี รูปแบบ 2S2PA นี้ องค์กรมีโครงสร้างในการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพที่ยังไม่ชัดเจน คณะกรรมการบางคณะยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ งบประมาณในการสนับสนุนด้านการพัฒนาคุณภาพ ยังไม่มีการกำหนด แผนยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ

Input ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า ในการศึกษาครั้งนี้คือ รูปแบบ 2S2PA ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือ ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร ซึ่งหลังจากที่มีรูปแบบ 2S2PA พบระดับความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

Process ในรูปแบบ 2S2PA นี้มีกระบวนการพัฒนาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการกำหนดรูปแบบ เกิดจากการร่วมวางแผน และกำหนดโครงการ ในการพัฒนา มีรูปแบบที่สร้างความพึงพอใจให้กับบุคลากร ในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อระบบบริหาร ความเสี่ยงที่เป็นระบบที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพขึ้น พบความพึงพอใจต่อระบบ

Product คือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของรูปแบบ 2S2PA ที่ใช้คือ ผลการประเมิน คะแนนตาม Scoring guild line 2019 ระดับคะแนนที่ระดับ 3 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนมีรูปแบบ 2S2PA

โดยสรุป รูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้คือ 2S2PA model เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อการพัฒนาและธำรงรักษาคุณภาพอย่างยั่งยืนในอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นการพัฒนาที่สร้างขึ้นและใช้ได้ผลสำหรับการพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลแห่งนี้ มีจุดเด่นที่สำคัญคือ เป็นรูปแบบที่ใช้ได้จริง ในบริบทพื้นที่ ซึ่งมีรายละเอียด กำหนดให้ผู้ปฏิบัติ หรือองค์กร ได้ทราบว่า ในการดำเนินงานคุณภาพนั้นเส้นทาง หรือ Timeline ในการดำเนินงานควรเป็นอย่างไร มีสิ่งที่ควรปฏิบัติ อะไรบ้าง โดยสอดคล้องตามมาตรฐานที่ใช้ในการดำเนินงาน คือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ



สุขภาพ และสามารถจะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการประเมินระบบงานมาตรฐานอื่นอีกได้

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์กรให้เป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่ยั่งยืนที่ค้นพบสำคัญสี่ประการได้แก่ (1) การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความปลอดภัย (2) ระบบรายงานที่ดี (3) การจัดการกระบวนการที่ดี และ (4) การทำงานเป็นทีมและการนำองค์กร เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการธำรงรักษาการดำเนินงานที่ดีไว้อย่างต่อเนื่องและควรมีการพัฒนาต่อไปในประเด็นสำคัญที่ได้กล่าวถึงนี้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีความจำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังและติดตามประเด็นที่เป็นปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างใกล้ชิดและทันต่อสถานการณ์ของการเปลี่ยนแปลง

2) รูปแบบการพัฒนา ที่เรียกว่า 2S2PA model ในการค้นพบที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่สามารถแปลงนโยบายการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางของหน่วยงานกำกับและดูแลการพัฒนาคุณภาพที่เป็นส่วนกลางคือ สรพ. ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ เป็นการค้นพบรูปแบบการหนุนเสริมการพัฒนาที่เป็นรูปแบบที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติจริงและความร่วมมือของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถเป็นรูปแบบหรือกรณีศึกษาสำหรับการพัฒนาในโรงพยาบาลอื่นที่กำลังดำเนินการอยู่ในทำนองเดียวกันได้ต่อไป

3) การเกิดคู่มือการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงานเป็นครั้งแรกในการค้นหาแนวทางการแปลงนโยบายและหลักการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนออกมาเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่มีหลักฐานแห่งความสำเร็จที่ชัดเจน และพร้อมที่จะพัฒนาไปสู่การพัฒนาในลำดับต่อไปได้เป็นอย่างดี

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยในประเด็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาที่เป็นระเบียบเปรียบเทียบระหว่างการพัฒนาตามระบบปกติกับ การพัฒนาตามรูปแบบที่ค้นพบนี้ระหว่างโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเป็นการประเมินผลเชิงลึกต่อการพัฒนารูปแบบต่อไป

2) ควรมีการวิจัยและพัฒนาระบบการอภิบาลระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดอื่น รวมถึง โรงพยาบาลในสังกัดเอกชน เพื่อค้นหารูปแบบที่ดีที่สุดต่อไป

### 5.3.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาตามที่ได้ศึกษา ในงานวิจัยนี้ไปสู่การพัฒนานำร่องในโรงพยาบาลอื่นในพื้นที่เขตสุขภาพอื่นและบริบทพื้นที่อื่นที่ต่างออกไป โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาคุณภาพที่เน้นการขับเคลื่อนจากภายในภายใต้แรงกดดันจากภายนอก ไปสู่ การสร้างปฏิสัมพันธ์หรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านคุณภาพที่เป็นปฏิกิริยาแบบสองทางและสร้างสรรค์ รวมทั้งสร้างวัฒนธรรมการดำเนินงานด้วยคุณภาพอย่างยั่งยืน

2) ข้อเสนอต่อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ควรที่จะมีการนำรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพ จากงานวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้กับระบบการประเมินมาตรฐานงานด้านต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ในระบบมาตรฐานอื่น ๆ ต่อไป

3) ข้อเสนอต่อ เครือข่ายและบุคคลที่สนใจด้านการพัฒนาคุณภาพ ควรที่จะมีการเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพในทุกระดับทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับพื้นที่ เพื่อเป็นการขยายผลการดำเนินงานด้านคุณภาพว่าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบสุขภาพมิใช่เป็นเพียงบทบาทของผู้ให้บริการเท่านั้น ควรเป็นสำนักของผู้รับบริการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมและร่วมมือกันธำรงรักษาเพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่องจะยั่งยืนตลอดไป

4) ข้อเสนอต่อองค์กรภาคประชาชน ภาครัฐเครือข่ายด้านสุขภาพ และผู้สนใจในประเด็นคุณภาพและความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพ ควรมีการเปิดช่องให้เกิดการมีส่วนร่วมและความรู้สึก การเป็นเจ้าของต่อการพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล โดยให้ถือเป็นสิทธิและหน้าที่ที่สำคัญในการธำรงไว้ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ มีความชัดเจนในระบบการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นไปเพื่อการคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กนกนาค หงสกุล. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการงานชั้นสูตรพลิกศพในโรงพยาบาลศูนย์  
กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2.*
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *ข้อมูลการรับรองคุณภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.*
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *นโยบายกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี:  
กระทรวงสาธารณสุข.*
- กาญจนา ชินบุตร. (2545). *การศึกษาสภาพปัจจุบันและความคาดหวังของประชาชนจังหวัดร้อยเอ็ด  
ต่อการบริการการพยาบาลในโครงการบัตรสุขภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- กัลยาณี สุเวทเวทิน. (2561). *การศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA (Hospital  
Accreditation) จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(3)ม 13-23.*
- กิตตินันท์ อนรรฆมณี. (2561). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปีสถาบันรับรองคุณภาพ  
สถานพยาบาล 2561. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน  
(สรพ.).*
- กิตติศักดิ์ พลอยพานิชย์เจริญ. (2551). *การวิเคราะห์ความสามารถของกระบวนการ (ประมวลผลด้วย  
Minitab). กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).*
- คณะกรรมการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพเขตสุขภาพที่ 7. (2561). *นโยบายเขต  
สุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น.*
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). *การพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ:  
คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.*
- จารุวรรณ ธาดาเดช. (2556). *การรับรองมาตรฐานสากลโรงพยาบาลในประเทศไทย: สถานการณ์และ  
แนวโน้ม. วารสารการสาธารณสุขศาสตร์, 43(3), 313-321.*
- จุฑารัตน์ ช่วยทวี และณิชกานต์ทรงไทย. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตาม  
การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาล  
และสุขภาพ, 11(3), 42-51.*
- เฉลิมเกียรติ แก้วหอม. (2555). *แนวคิดทฤษฎีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน. [ออนไลน์]. ได้จาก:  
[http://sukanrat.blogspot.com/2012/blog-post\\_804.html](http://sukanrat.blogspot.com/2012/blog-post_804.html). [สืบค้นเมื่อวันที่ 25  
พฤศจิกายน 2556].*

ชญาคุณต์ พุ่มทวน. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงานและปัจจัยด้านการบริหาร  
กับผลการดำเนินงานในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.

วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.

ณัฐพันธ์ เขจรนันท์. (2545). TOM กลยุทธ์การสร้างองค์การคุณภาพ. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.

ณัฐวี อุตกฤษฎ์. (2550). แนวทางการพัฒนาการจัดเก็บการบริหารข้อมูลสารสนเทศของสถาบัน  
เทคโนโลยีพระจอมเกล้า. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศ, 6, 47-54

ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์ (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ  
โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 3. พุทธชินราชเวชสาร, 33(2).

ทวีวัฒน์ ชัยมงคล. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อม และระดับ  
การมีส่วนร่วมในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรโรงพยาบาลนคร  
พิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.

นภาพร อินตะ. (2555). การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ.

นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2559). แนวทางการสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาชุมชนไทย  
ภายใต้แนวความคิดเศรษฐกิจพอเพียง.วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช.ปีที่31 ฉบับที่ 1.

เยาวภา ปฐมศิริกุล. (2554). แบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจบริการสุขภาพของ  
โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, 34(30), 14-35.

รัตนะ บัวสนธ์. (2554). การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา.พิมพ์ครั้งที่ 2. นครสวรรค์: หจก.  
ริมปิงการพิมพ์.

ราตรี ฉิมฉลอง. (2557). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ผ่านการรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2551). คุณภาพคือความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิทยบริการศาลยุติธรรมเฉลิมพระ  
เกียรติ ห้องสมุดศาลยุติธรรม.สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

วิทยา บุญเลิศไกร. (2562). ผลการพัฒนาโรงพยาบาลด้วยเครื่องมือวินิจัยองค์กร (Nine Cells)  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ ปราจีนบุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่ง  
ประเทศไทย, 9(2), 223-231.

ศิริธร มั่งทอง และ รัชตวรรณ ศรีตระกูล. (2561). แนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อ  
มุ่งสู่การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาล BBB  
จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(2), 129-131.

ศุภลิตี พรรณารุโณทัย. (2561). คุณภาพในระบบสุขภาพตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน:บทบาท  
ของการวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ, 13, 21-40.

ศูนย์ข้อมูลและเวชสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2562). *ข้อมูลการบริหารความเสี่ยง*. กาฬสินธุ์.

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2562). *ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพ*. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

สงครามชัย ลีทองดี. (2545). *การจัดการคุณภาพในงานสาธารณสุข*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สงครามชัย ลีทองดี. (2559). *ระบบสุขภาพประเทศไทย*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ*

ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.).

สถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ. (2018). *การรับรองคุณภาพสากล. มาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพ (ISO 9001)*. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ.

สถาบันวิจัยเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยเพื่อสุขภาพ. (2557). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาพร รัตนวาริวงษ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 7(26).

สมสมัย สุธีรคันต์ และ ยุพิน อังสุโรจน์. (2550). การพัฒนาและทดสอบรูปแบบการวัดการคงอยู่ของการบริหารคุณภาพ ทั้งทั้งองค์กรตาม การรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลที่ได้รับ การรับรองคุณภาพ. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 11(4), 265-280.

สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา. (2552). *ความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดยะลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา). จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.

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

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2556). *มาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.).

อโนทัย ผลิตนนทเกียรติ . (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ การเรียนรู้ทางไกลนวัตกรรม*, 7(1), 41-54.

- Abdallah, A. (2014). Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(3), 166–181.
- Barbier, E. (1998). *The Concept of Sustainable Economic Development*. In *Environmental Conservation* (Vol. 14, pp. 101–110). Published online by Cambridge University Press: 24 August 2009.
- Charles D. Shaw. (2010). *World Health Organization. Regional Office for Europe . (2006). Developing hospital accreditation in Europe / prepared by Charles D. Shaw*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107683>.
- Creswell, J. W. (2013). *Steps in Conducting a Scholarly Mixed Methods Study*. Retrieved from <https://digitalcommons.unl.edu/dberspeakers/48>
- Desveaux, L., Mitchell, J. I., Shaw, J., & Ivers, N. M. (2017). Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), 941–947. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx136>.
- Dicle Aydin, Esra Yaldiz and Suheyla Buyuksahin. (2017). *The Change of the Hospital Architecture from the Early Part of 20th Century to Nowadays: An Example of Konya*. Selected Paper of 6th World Conference on Design and Arts (WCDA 2017), 29 June – 01 July 2017, University of Zagreb, Zagreb – Croatia.
- Diana, M. L., Harle, C. A., Huerta, T. R., Ford, E. W., & Menachemi, N. (n.d.). Hospital characteristics associated with achievement of meaningful use. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 59(4), 272–284; discussion 285-6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25154125>.
- Duong, C. N., Bond, K. B., Carvalho, H., Thi Thu, H. B., Nguyen, T., & Rush, T. (2017). Rapid Ascent From Zero Quality to International Organization for Standardization Accreditation. *American Journal of Clinical Pathology*, 147(4), 427–431. <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqx017>.

- El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2007). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 363–371. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn023>.
- Hartwick, John M. Queen's University/Nancy D. Olewiler, S. F. U. (1998). *Economics of Natural Resource Use, The, 2nd Edition* (2nd ed.; Pearson, Ed.). United States.
- Herzberg, F. et al. (1959). *The Motivation to work*. New York: John Wiley and Sons
- Hijazi, H. H., Harvey, H. L., Alyahya, M. S., Alshraideh, H. A., Al abdi, R. M., & Parahoo, S. K. (2018). The Impact of Applying Quality Management Practices on Patient Centeredness in Jordanian Public Hospitals: Results of Predictive Modeling. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 004695801875473. <https://doi.org/10.1177/0046958018754739>
- Hirsch, E., Greenwood, D. J., & Leven, M. (2000). Introduction to Action Research: Social Research for Social Change. *Contemporary Sociology*, 29(2), 435. <https://doi.org/10.2307/2654465>.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>
- Joao Ederson Correa, Joao Batista Turrioni (2018). The Influence of Accreditation on the Sustainability of Organizations with the Brazilian Accreditation Methodology. anuary 2018. *Journal of Healthcare Engineering*, 2018. Lean 4 SME. (2559). *Knoeledge for Thai SME*.
- Maclsaac, 1995, cited in O'Brien, 1998. Simple Action Research Model.
- Perera, D. P., Andrades, M., & Wass, V. (2017). Peer feedback for examiner quality assurance on MRCGP International South Asia: a mixed methods study. *BMC Medical Education*, 17(1), 244. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1090-1>
- Robert H. Waterman, J. (1980). *The 7-S framework*. Chapter.
- Rik Engbers (2013). Towards organizational development for sustainable high-quality medical teaching. February 2013. *Perspectives on Medical Education*, 2(1), 28-40.



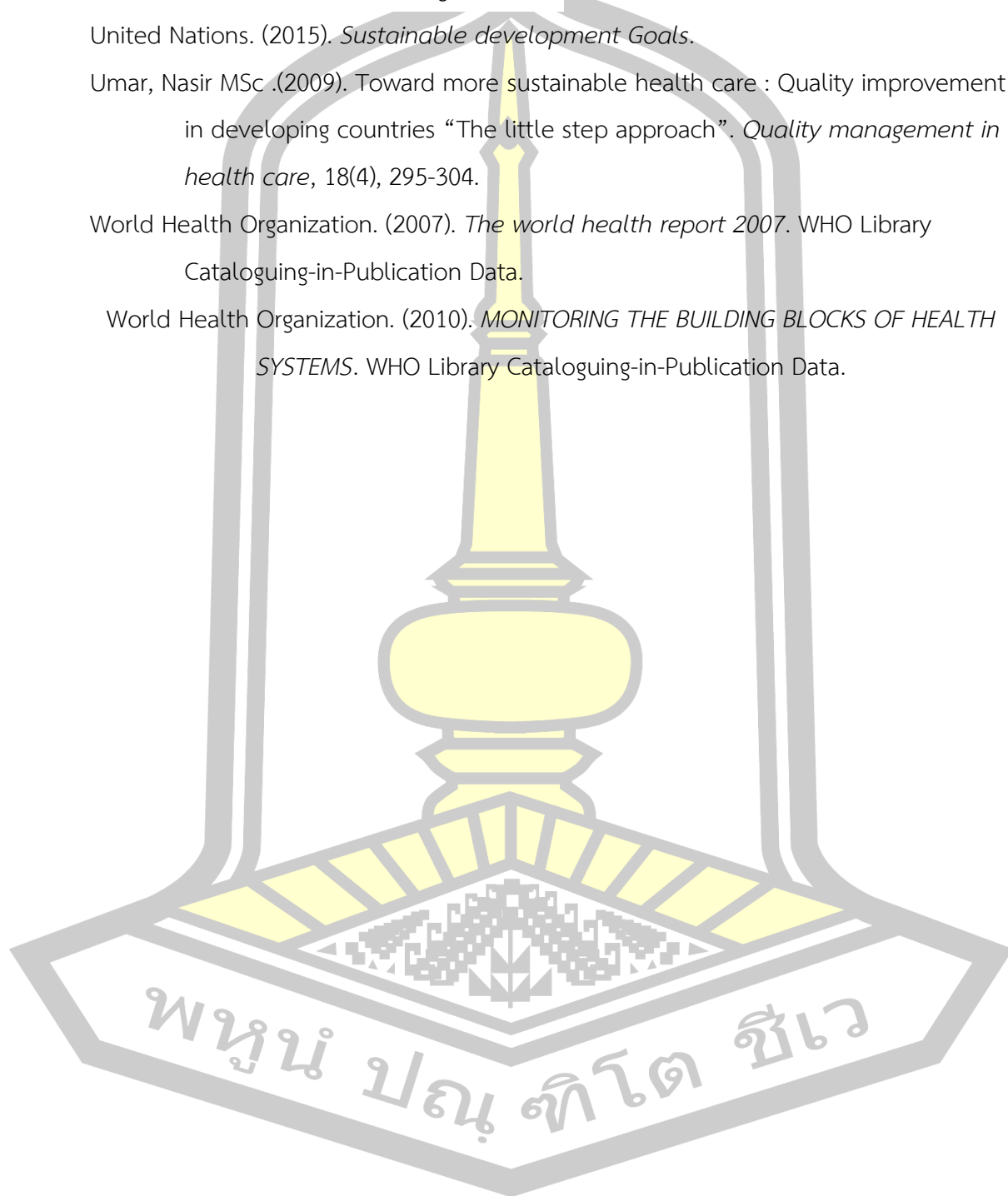
Teddlie, C. and Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. Sage, London.

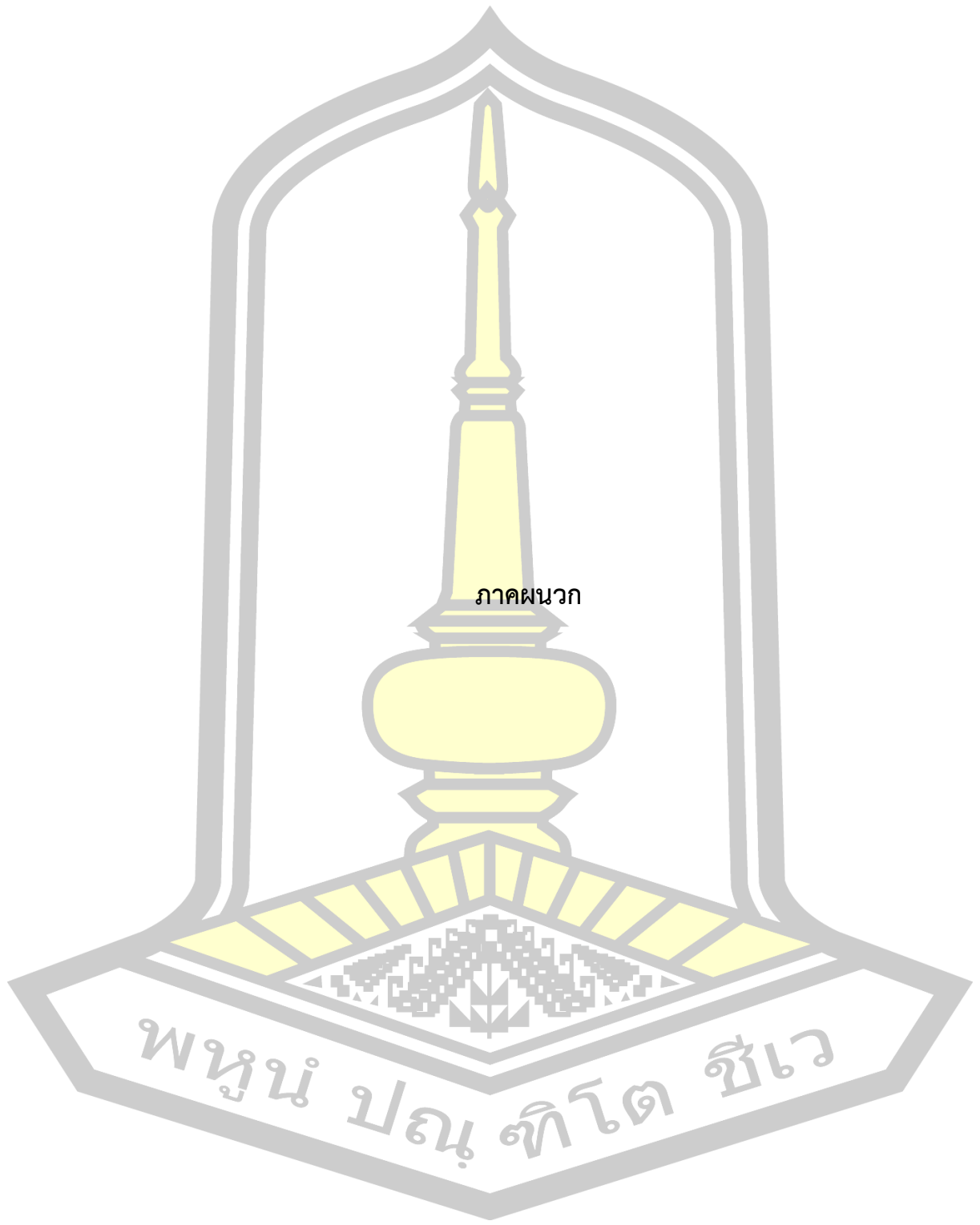
United Nations. (2015). *Sustainable development Goals*.

Umar, Nasir MSc .(2009). Toward more sustainable health care : Quality improvement in developing countries “The little step approach”. *Quality management in health care*, 18(4), 295-304.

World Health Organization. (2007). *The world health report 2007*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

World Health Organization. (2010). *MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEMS*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.





ภาคผนวก

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
และเก็บรวบรวมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุ ประทีป ชัยเว



## บันทึกข้อความ

คณะกรรมการคณาจารย์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รับที่ PH 293
วันที่ 3 ก.พ. 2563
วันที่ 17.10.63
เวลา

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 043754353

ที่ อว.0605.18/

วันที่ กุมภาพันธ์ 2563

เรื่อง โปรดลงนามในหนังสือ ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล และ ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ

ตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วย นางสาวอภิษฐา อารีเอื้อ รหัสนิสิต 61011460001 นิสิตระดับปริญญาเอกสาขาสารสนเทศศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมีรศ.ดร.สงครามชัยย์ สิทธิทองดีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รศ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล และ อ.ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความรายละเอียดทราบแล้วนั้น

ในกรณี เพื่อให้การดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์เป็นไปได้อย่างเรียบร้อย จึงใคร่ขอท่านได้โปรดลงนาม ใน หนังสือตามรายละเอียดที่แนบมานี้

1. หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิจัย
2. หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนาม ในเอกสารดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

( ) เพื่อโปรดทราบ

( ) เพื่อโปรดพิจารณา

( ) เห็นสมควรจึง.....

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
17 ก.พ. 63

(นางสาวอภิษฐา อารีเอื้อ)

นิสิตสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

(รศ.ดร.สงครามชัยย์ สิทธิทองดีกุล)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อนุสุข)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

03 ก.พ. 2563

ที่ อว.๐๖๐๕.๑๘/

๒๖๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลสามแเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสสินธุ์

ด้วย นางสาวอภิษฐา อารีเอื้อ รหัสนิสิต ๖๑๐๑๑๔๖๐๐๑ นิสิตระดับปริญญาเอกสาขา  
สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบ  
การพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลสสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ  
การทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต(ส.ด.) โดยมีรศ.ดร.สงครามชัยย์ สีทองดีสกุล  
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รศ.ดร.บัวรุณ ศรีชัยกุล และ อ.ดร.สุศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็นอาจารย์  
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความรายละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์  
จากท่านได้โปรดให้ นางสาวอภิษฐา อารีเอื้อ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนา  
โรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลสสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ  
ท่าน ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๓ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปดำเนินการทำ  
วิทยานิพนธ์ในขั้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็น  
อย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๖๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒

ที่ อว.๐๖๐๕.๑๘/

ว ๒๒๖



คณะกรรมการสุชศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน พญ.ขวัญพนธ์ สดใส

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ชุด
	๒. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบรับรองการตรวจสอบการเก็บคุณภาพเครื่องมือเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอภิษฎา อารีเอื้อ รหัสนิสิต ๖๑๐๑๑๕๖๐๐๑ นิสิตระดับปริญญาเอกสาขา  
สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการ  
พัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการ  
ทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต(ส.ด.) โดยมีรศ.ดร.สงครามชัยย์ สีทองดีศกุล เป็น  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รศ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล และ อ.ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่  
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความรายละเอียดทราบแล้ว

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นท่านเป็นผู้  
มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญ  
ตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนิน  
การในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และคณะกรรมการสุชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็น  
อย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อู่สุข)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ อว.๐๖๐๕.๑๘/ ๑๒๒๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓) กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อ.ดร.เสถียรพงษ์ ศิวินา

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ชุด
	๒. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบรับรองการตรวจสอบการเก็บคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอภิษฐา อารีเอื้อ รหัสนิสิต ๖๑๐๑๓๔๖๐๐๑ นิสิตระดับปริญญาเอกสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต(ส.ด.) โดยมีรศ.ดร.สงครามชัย ลิทองดีสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รศ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล และ อ.ดร.สุศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความรายละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อุ่มสุ่  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒



ที่ อว.๐๖๐๕.๑๘/ ว ๒๒๖

คณะกรรมการสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓) กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อ.ดร.สุทิน ชนบุญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ชุด
	๒. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบรับรองการตรวจสอบการเก็บคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวอภิษฎา อารีเอื้อ รหัสนิสิต ๖๓๐๑๑๔๖๐๐๓ นิสิตระดับปริญญาเอกสาขา  
สาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการ  
พัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการ  
ทำวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ส.บ.) โดยมีรศ.ดร.สงครามชัยย์ ลิทองดีสกุล เป็น  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รศ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล และ อ.ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่  
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ความรายละเอียดทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาแล้วเห็นท่านเป็นผู้  
มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญ  
ตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ เพื่อนิสิตจะได้ดำเนิน  
การในขั้นต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็น  
อย่างดียิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิภา อนุสุข)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๓๕-๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๒





ภาคผนวก ข

หนังสือรับรอง การขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

พหุ ประจักษ์ ชัยเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 103/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Quality Hospital Improvement Model for Sustainable Quality Hospital in Kalasin Hospital, Kalasin Province.

ผู้วิจัย : นางสาวอภิษฐา อารีเอื้อ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 22 เมษายน 2563

วันหมดอายุ : 21 เมษายน 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....**ภรณ์ สว่างจิตร์**.....


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงรัตณี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

AF 10-11

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
	หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย (Certificate of Approval)
หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC034/2562 ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	
ชื่อผู้วิจัย นางสาวอภิษฐา อารีศรี	สังกัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการทบทวน (Reviewed Method): การพิจารณาโดยคณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้วิจัย :

1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Submission form for Ethical Review)
2. แบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย (Self-Assessment Form for Principle Investigator)
3. โครงการงานวิจัย (proposal)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้การรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ ประกาศขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการวิจัยทางคลินิกที่ดีและรายงานแบบฉบับ

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

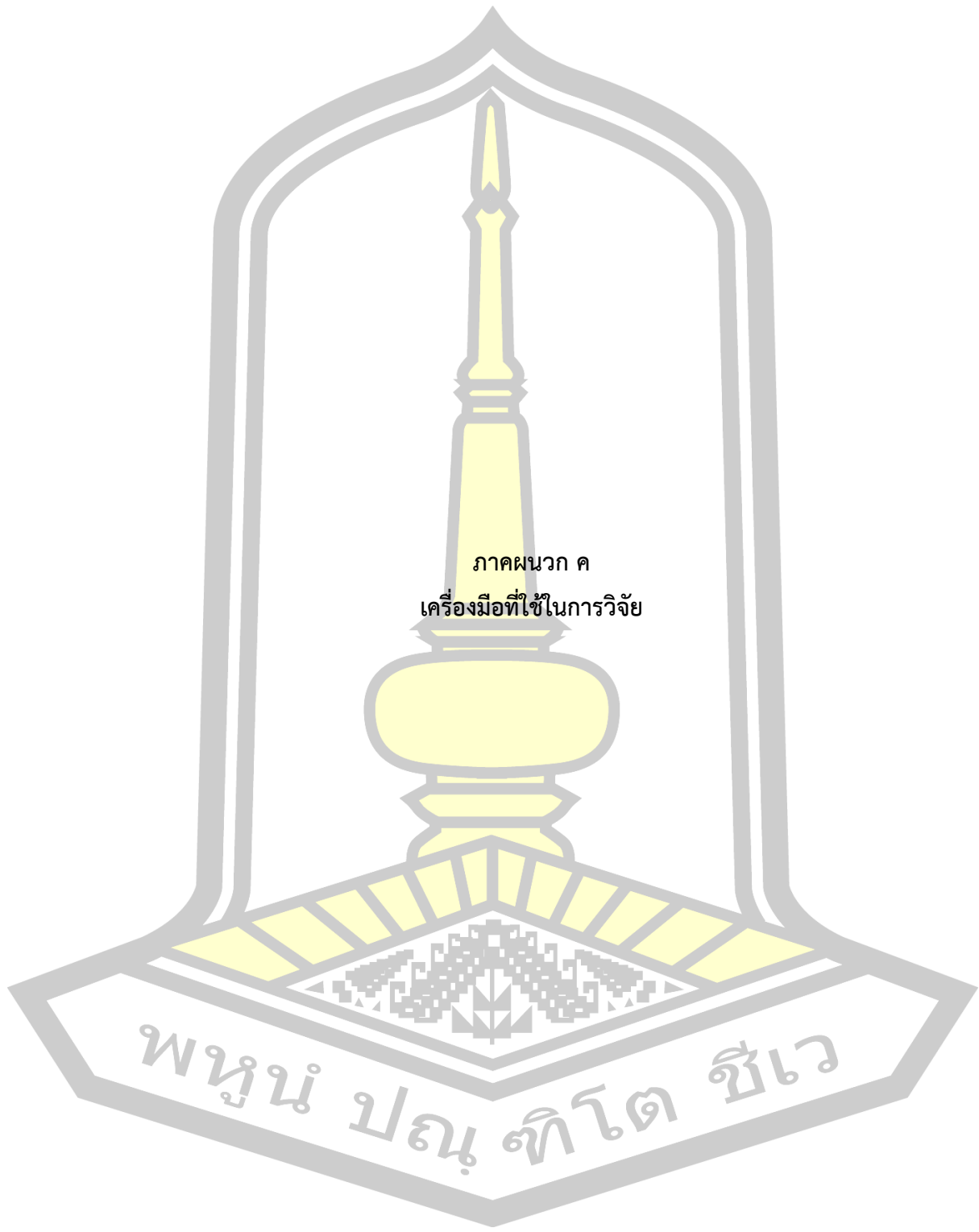
ลงนาม.....

(.....นายสม..... นาสี.....)

ผู้อำนวยการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์  
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรองการพิจารณาจริยธรรม: 3 ตุลาคม 2562  
Date of approval: 3 October 2019

วันที่หมดอายุ: 2 ตุลาคม 2563  
Date of expiration: 2 October 2020



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว

แบบสอบถามชุดที่.....

## แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร และวัฒนธรรม

### ความปลอดภัยขององค์กร

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้ คือ บุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ และกลุ่มสนับสนุนอื่น ๆ

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**ตอนที่ 2** ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย 7 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1: การนำองค์กร

หมวดที่ 2: การวางแผนกลยุทธ์

หมวดที่ 3: ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน

หมวดที่ 4: การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้

หมวดที่ 5: กำลังคน

หมวดที่ 6: การจัดกระบวนการ

หมวดที่ 7: ผลลัพธ์ขององค์กร

**ตอนที่ 3** ความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร ประกอบด้วย 12 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1: ความถี่ในการรายงาน

ตอนที่ 2: ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม

ตอนที่ 3: ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรม

การส่งเสริมความปลอดภัย

ตอนที่ 4: การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 5: การทำงานเป็นทีมสำหรับในหน่วยงานของโรงพยาบาล

ตอนที่ 6: การสื่อสารที่เปิดกว้าง

ตอนที่ 7: การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความพลาดพลั้ง

ตอนที่ 8: การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนใน

ภายหลัง

ตอนที่ 9: การจัดคนทำงาน

ตอนที่ 10: การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของ

ผู้ป่วย

ตอนที่ 11: การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

ตอนที่ 12: การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร

และขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยการกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

- |   |         |                      |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย          |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ             |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย             |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง    |

พหุ ประถมศึกษา ชีวะ

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำชี้แจง** ข้อมูลต่อไปนี้จะช่วยในการวิเคราะห์ผลการสำรวจ ให้เลือก 1 คำตอบโดยทำ

เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ( )

1. เพศ ( ) a. ชาย ( ) b. หญิง
2. อายุ ( ) a. 20-30 ปี ( ) b. 31-40 ปี  
( ) c. 41-50 ปี ( ) d. 51 ปี
3. การศึกษาสูงสุดของท่านคือ  
( ) a. ต่ำกว่าปริญญาตรี ( ) b. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
( ) c. ปริญญาโท ( ) d. ปริญญาเอก
4. อายุงานในโรงพยาบาลนี้  
( ) a. 1-5 ปี ( ) b. 5-10 ปี  
( ) c. 10-15 ปี ( ) d. 15-20 ปี  
( ) e. 20 ปีขึ้นไป
5. ประเภทของการจ้างงาน  
( ) a. ข้าราชการ ( ) b. พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ  
( ) c. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ( ) d. ลูกจ้างประจำ  
( ) e. ลูกจ้างชั่วคราว
6. ตำแหน่งงานมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย  
( ) a. ใช่ ( ) b. ไม่ใช่
7. ตำแหน่งงานของท่าน  
( ) a. ผู้บริหาร (หัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป)  
( ) b. สายวิชาชีพสาธารณสุข (มีใบประกอบวิชาชีพ)  
( ) c. สายวิชาชีพทางการแพทย์ (ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ)  
( ) d. สายสนับสนุนทั่วไป
8. สายงานวิชาชีพในปัจจุบันของท่านคือ  
( ) a. แพทย์ ( ) b. พยาบาล  
( ) c. ทันตแพทย์ ( ) d. เภสัชกร  
( ) e. เทคนิคการแพทย์ ( ) f. นักกายภาพบำบัด  
( ) g. นักวิชาการสาธารณสุข ( ) h. ผู้ช่วยเหลือคนไข้  
( ) i. เจ้าหน้าที่สนับสนุน

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องที่ตรงกับความรู้สึกและตรงกับความ  
คิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>หมวดที่ 1: การนำองค์กร</b>					
1. บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่เราพยายามทำให้บรรลุ)					
2. บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่เราพยายามไปให้ถึงในอนาคต)					
3. ทีมนำของเราใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำองค์กรและบุคลากรของเรา					
4. ทีมนำของเราสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของบุคลากร					
5. ทีมนำของเราแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร					
6. ทีมนำของเราถามบุคลากรว่ามีความคิดเห็นอย่างไร					
<b>หมวดที่ 2: การวางแผนกลยุทธ์</b>					
1. ทีมนำของเราถามบุคลากรของเราเพื่อขอความคิดเห็นในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต					
2. องค์กรของเราส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้					
3. บุคลากรของเรารับรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะผลกระทบต่อพวกเขาและงานของพวกเขา					
4. บุคลากรของเรารู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก					
5. องค์กรของเรามีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น					



ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>หมวดที่ 3: ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน</b>					
1. บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณรับผลงานที่สำคัญที่สุดของพวกเขาใคร					
2. บุคลากรของเราหมั่นถามผู้รับผลงานของคุณว่าเกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน					
3. บุคลากรของเราถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ตนให้บริการ					
4. บุคลากรของเราได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงาน					
5. บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณรับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร					
<b>หมวดที่ 4: การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้</b>					
1. บุคลากรของเราวิธีการวัดคุณภาพงานของตน					
2. บุคลากรของเราใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของตนเอง					
3. บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณวัดที่พวกเขาใช้อยู่ fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร					
4. บุคลากรของเราได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของตน					
5. บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณกรโดยรวมของเรากำลังทำอะไรอยู่					
<b>หมวดที่ 5: กำลังคน</b>					
1. บุคลากรของเราให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม					
2. ทีมนำของเราส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรของเราพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่					
3. บุคลากรของเราได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่กระทำ					
4. องค์กรของเรามีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5. ผู้บริหารและองค์กรของเรามีความห่วงใยเกี่ยวกับบุคลากรของเรา					
6. บุคลากรของเรามุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร					
<b>หมวดที่ 6: การจัดการกระบวนการ</b>					
1. บุคลากรของเราสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการเพื่อทำงานของตน					
2. องค์กรของเรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานขององค์กร					
3. บุคลากรของเราสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ตนรับผิดชอบ					
4. องค์กรของเรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ					
<b>หมวดที่ 7: ผลลัพธ์ขององค์กร</b>					
1. ผลผลิตจากงานของบุคลากรของเราเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ					
2. ผู้รับผลงานของบุคลากรของเราพอใจกับงานที่บุคลากรมอบให้					
3. บุคลากรของเรารับรู้ว่าองค์กรของเรามีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด					
4. องค์กรของเรามีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ					
5. องค์กรของเราจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร					
6. องค์กรของเราปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ					
7. องค์กรของเราปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง					
8. บุคลากรของเราเชื่อมั่นว่าองค์กรของเราเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน					

**ตอนที่ 3** ความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลสาธิต

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นการถามความเห็นเกี่ยวกับประเด็นเรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

บุคลากร ความปลอดภัยทางแพทย์ และการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาล

**เหตุการณ์ (event)** หมายถึง ความผิดพลาด (error), ความผิดพลาด (mistake),

อุบัติเหตุ (incident),

**อุบัติเหตุ (accident)** หรือความเบี่ยงเบน (deviation) ไม่ว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือไม่

**ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)** หมายถึง การหลีกเลี่ยงหรือการป้องกันการบาดเจ็บ

ต่อผู้ป่วยหรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากกระบวนการดูแล

โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องที่ตรงกับความรู้สึกและตรงกับความเห็นของ

ท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ตอนที่ 1: ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน</b>					
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นแต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1)					
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)					
3. การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ตอนที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม</b>					
1. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย					
2. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี					
3. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกันควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)					
4. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้					
<b>ตอนที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย</b>					
1. หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่าการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้					
2. หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง					
3. เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว รมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน(shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น					
4. หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก					
<b>ตอนที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</b>					
1. เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้รับบริการ					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก					
3. เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
<b>ตอนที่ 5 การทำงานเป็นทีมสำหรับในหน่วยงานของโรงพยาบาล</b>					
1. สมาชิกในหน่วยงานช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
2. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม					
3. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน					
4. ถ้าส่วนใดในงานนี้มีความยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ					
<b>ตอนที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง</b>					
1. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อ เสนอแนะเมื่อพบเห็นสิ่งที่อาจมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการปฏิบัติ					
3. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าสิ่งที่ไม่ถูกต้อง					
<b>ตอนที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด</b>					
1. เราได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์					
2. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วย					
3. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก					
<b>ตอนที่ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง</b>					
1. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล					
3. เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ					
<b>ตอนที่ 9 การจัดคนทำงาน</b>					
1. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน					
2. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด					
3. เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (Outources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด					
4. เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)					
<b>ตอนที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย</b>					
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ					
2. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการสำคัญสูงสุด (top priority)					
3. ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น					
<b>ตอนที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล</b>					
1. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ที่ต้องทำงานร่วมกัน					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี เพื่อให้การดูแลหรือบริการที่ดีสำหรับผู้รับบริการ					
3. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี					
4. รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล					
<b>ตอนที่ 12 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร</b>					
1. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ					
2. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร					
3. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ					
4. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร					



ชุดที่ 2

แบบสอบถามชุดที่.....

## แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงของบุคลากร

### โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ ต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้ คือ บุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ กลุ่มสนับสนุนทางการแพทย์ และกลุ่มสนับสนุนอื่น ๆ

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

**ตอนที่ 2** ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1: ความพึงพอใจด้านความสามารถทำงานตามความต้องการผู้ใช้

ด้านที่ 2: ความพึงพอใจด้านการใช้งานของโปรแกรม

ด้านที่ 3: ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพของโปรแกรม

ด้านที่ 4: ความพึงพอใจด้านการรักษาความปลอดภัย

และขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยการกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

- |   |         |                  |
|---|---------|------------------|
| 1 | หมายถึง | ควรปรับปรุง      |
| 2 | หมายถึง | พึงพอใจน้อย      |
| 3 | หมายถึง | พึงพอใจปานกลาง   |
| 4 | หมายถึง | พึงพอใจมาก       |
| 5 | หมายถึง | พึงพอใจมากที่สุด |

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** ข้อมูลต่อไปนี้จะช่วยในการวิเคราะห์ผลการสำรวจ ให้เลือก 1 คำตอบโดยทำ

เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ( )

1. เพศ ( ) a. ชาย ( ) b. หญิง
2. อายุ ( ) a. 20-30 ปี ( ) b. 31-40 ปี  
( ) c. 41-50 ปี ( ) d. 51 ปี
3. การศึกษาสูงสุดของท่านคือ  
( ) a. ต่ำกว่าปริญญาตรี ( ) b. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
( ) c. ปริญญาโท ( ) d. ปริญญาเอก
4. อายุงานในโรงพยาบาลนี้  
( ) a. 1-5 ปี ( ) b. 5-10 ปี  
( ) c. 10-15 ปี ( ) d. 15-20 ปี  
( ) e. 20 ปีขึ้นไป
5. ประเภทของการจ้างงาน  
( ) a. ข้าราชการ ( ) b. พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ  
( ) c. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ( ) d. ลูกจ้างประจำ  
( ) e. ลูกจ้างชั่วคราว
6. ตำแหน่งงานมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย  
( ) a. ใช่ ( ) b. ไม่ใช่
7. ตำแหน่งงานของท่าน  
( ) a. ผู้บริหาร (หัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป)  
( ) b. สายวิชาชีพสาธารณสุข (มีใบประกอบวิชาชีพ)  
( ) c. สายวิชาชีพทางการแพทย์ (ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ)  
( ) d. สายสนับสนุนทั่วไป
8. สายงานวิชาชีพในปัจจุบันของท่านคือ  
( ) a. แพทย์ ( ) b. พยาบาล  
( ) c. ทันตแพทย์ ( ) d. เภสัชกร  
( ) e. เทคนิคการแพทย์ ( ) f. นักกายภาพบำบัด  
( ) g. นักวิชาการสาธารณสุข ( ) h. ผู้ช่วยเหลือคนไข้  
( ) i. เจ้าหน้าที่สนับสนุน

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	1	2	3	4	5
	มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย	น้อย	มากที่สุด
<b>1.ความพึงพอใจด้านความสามารถทำงานตามความต้องการผู้ใช้</b>					
1.1 ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้หลายระดับ					
1.2 ข้อมูลในโปรแกรมมีความทันสมัย					
1.3 ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล					
<b>2.ความพึงพอใจด้านการใช้งานของโปรแกรม</b>					
2.1 โปรแกรมใช้งานได้ง่าย					
2.2 เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้สะดวก					
2.3 ความง่ายในการหาเมนูที่ใช้					
<b>3.ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพของโปรแกรม</b>					
3.1 ประสิทธิภาพระบบจัดเก็บข้อมูล					
3.2 การประมวลผลมีความถูกต้อง					
3.3 ความเร็วในการบันทึก แก้ไข ลบ รายงานผล					
<b>4.ความพึงพอใจด้านการรักษาความปลอดภัย</b>					
4.1 ความเหมาะสมของการกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานระบบ					
4.2 ความเหมาะสมของระบบการรักษาความปลอดภัยของผู้ดูแลระบบ					





ภาคผนวก ง

การทดสอบ ความตรงของเนื้อหา IOC การทดสอบค่า Reliability analysis ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach ค่าความเที่ยง Reliability

พูนน์ ปณฺ ทิโต สีเว

**ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร

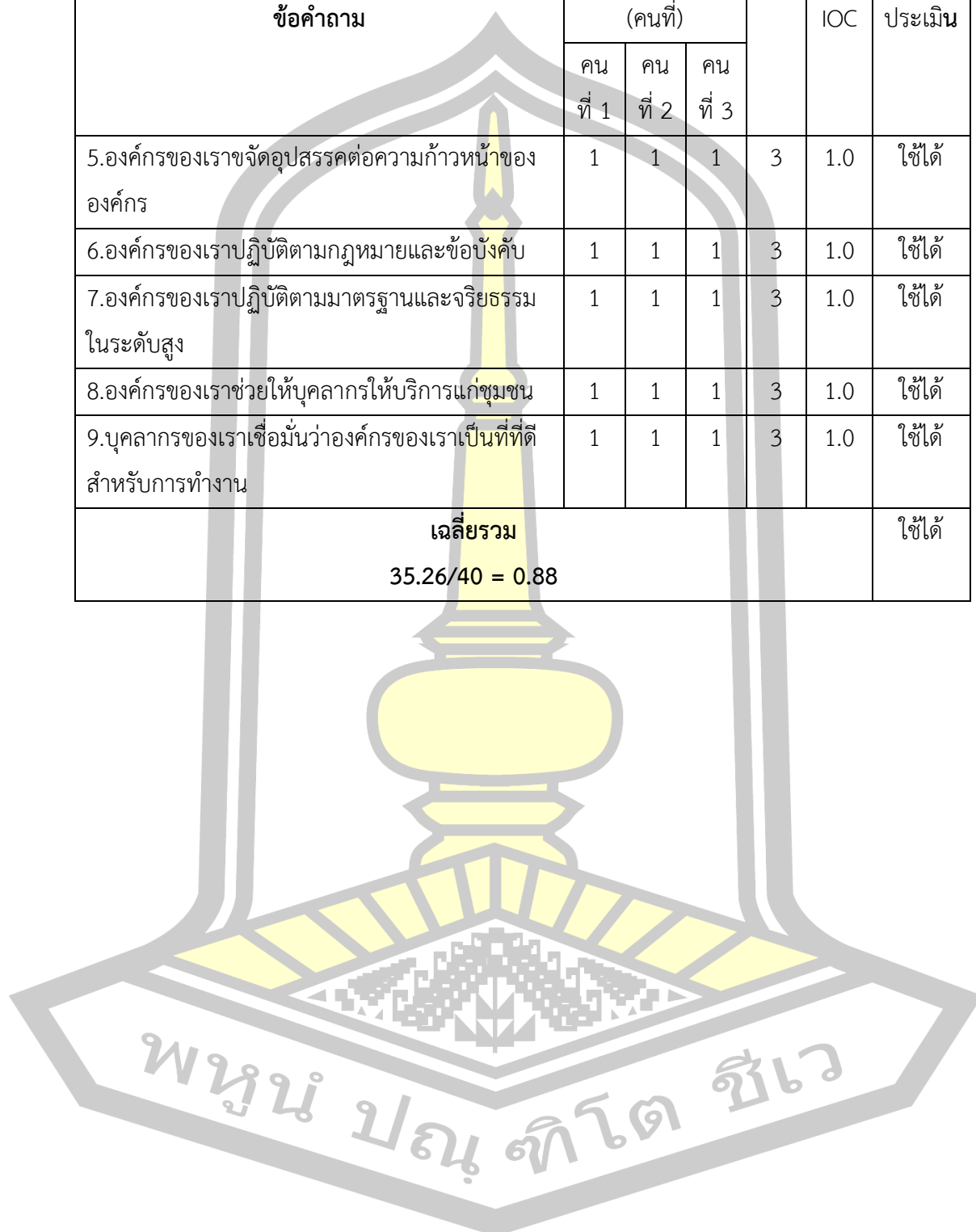
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	ค่า IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
<b>หมวดที่ 1 : การนำองค์กร</b>						
1.บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่เราพยายามทำให้บรรลุ)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ของ องค์กร(จุดหมายที่เราพยายามไปให้ถึงในอนาคต)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.ทีมงานของเราใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำองค์กร และบุคลากรของเรา	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4.ทีมงานของเราสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วย ในการทำงานของบุคลากร	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
5.ทีมงานของเราแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
6.ทีมงานของเราถามบุคลากรว่ามีความคิดเห็น อย่างไร	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
<b>หมวดที่ 2 : การวางกลยุทธ์</b>						
1.ทีมงานของเราถามบุคลากรของเราเพื่อขอความ คิดเห็นในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.องค์กรของเราส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
3.บุคลากรของเราเรียนรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะ ผลกระทบต่อพวกเขาและงานของพวกเขา	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4.บุคลากรของเรารู้วิธีการที่จะรายงาน ความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบ ของกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
5.องค์กรของเรามีความยืดหยุ่นและสามารถ เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	ค่า IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
<b>หมวดที่ 3 : ผู้ป่วยผู้รับผลงาน</b>						
1.บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณรับผลงานที่สำคัญที่สุดของพวกเขาคือใคร	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
2.บุคลากรของเราหมั่นถามผู้รับผลงานของตนว่าเกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.บุคลากรของเราถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ตนให้บริการ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4.บุคลากรของเราได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงาน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
5.บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณรับผลงานที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือใคร	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
<b>หมวดที่ 4: การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้</b>						
1.บุคลากรของเราู้วิธีการวัดคุณภาพงานของตน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.บุคลากรของเราใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของตนเอง	1	1	0	2	0.6	ใช้ได้
3.บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณชีวิตที่พวกเขาใช้อยู่ fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4.บุคลากรของเราได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของตน	0	1	1	2	0.6	ใช้ได้
5.บุคลากรของเรารับรู้ว่าคุณองค์กรโดยรวมของเรากำลังทำอะไรอยู่	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>หมวดที่ 5: กำลังคน</b>						
1.บุคลากรของเราให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม	0	1	1	2	0.6	ใช้ได้
2.ทีมงานของเราส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรของ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	ค่า IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
เราพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้า ในตำแหน่งหน้าที่						
3.บุคลากรของเราได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่ กระทำ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4.องค์กรของเรามีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
5.ผู้บริหารและองค์กรของเรามีความห่วงใยเกี่ยวกับ บุคลากรของเรา	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
6.บุคลากรของเรามุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ</b>						
1.บุคลากรของเราสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ ต้องการเพื่อทำงานของตน	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
2.องค์กรของเรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานของ องค์กร	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.บุคลากรของเราสามารถควบคุมกระบวนการ ทำงานที่ตนรับผิดชอบ	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
4.องค์กรของเรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุ ฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ขององค์กร</b>						
1.ผลผลิตจากงานของบุคลากรของเราเป็นไปตาม ข้อกำหนดทุกประการ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.ผู้รับผลงานของบุคลากรของเราพอใจกับงานที่ บุคลากรมอบให้	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.บุคลากรของเรารู้ว่าองค์กรของเรามีผลงานด้าน การเงินดีเพียงใด	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4.องค์กรของเรามีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับ งานที่รับผิดชอบ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้

ข้อคำถาม	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	ค่า IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
5.องค์กรของเราจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
6.องค์กรของเราปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
7.องค์กรของเราปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
8.องค์กรของเราช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
9.บุคลากรของเราเชื่อมั่นว่าองค์กรของเราเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>เฉลี่ยรวม</b> $35.26/40 = 0.88$						ใช้ได้



**ชุดที่ 1 ตอนที่ 3** ของแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่ ที่1	คนที่ ที่2	คนที่ ที่3			
<b>ตอนที่ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน</b>						
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการ กระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจ พบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับ บริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไป ที่มีความรุนแรงระดับ 1)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการ กระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิด อันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3. การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการ กระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมี โอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความ รุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มี ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม</b>						
1. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความ ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2. แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกัน ความผิดพลาด (error) ได้ดี	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3. การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้ เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4. เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้



ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
ผู้รับบริการในหน่วยงานนี้						
<b>ตอนที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย</b>						
1.หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
3.เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว ระมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน(shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4.หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</b>						
1.เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้รับบริการ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในค่านิยม	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
<b>ตอนที่ 5 การทำงานเป็นทีมสำหรับในหน่วยงานของโรงพยาบาล</b>						
1. สมาชิกในหน่วยงานช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพ ให้เกียรติกัน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4. ถ้าส่วนใดในงานนี้มีความยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง</b>						
1. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อ เสนอแนะ เมื่อพบเห็นสิ่งที่มีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2. เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการ ปฏิบัติ	0	1	1	2	0.6	ใช้ได้
3. เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าสิ่งที่ไม่ถูกต้อง	1	1	1	3	0.6	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด</b>						
1. เราได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2. เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นใน หน่วย	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะ ป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง</b>						
1. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณความผิดพลาดของตนเป็นบทเรียน สำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
2.เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยถึงความผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 9 การจัดคนทำงาน</b>						
1.เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
3.เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (Outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
4.เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบ จนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย</b>						
1.ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการสำคัญสูงสุด (top priority)	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			รวม	IOC	ผลการ ประเมิน
	คนที่ ที่1	คนที่ ที่2	คนที่ ที่3			
<b>ตอนที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล</b>						
1. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ที่ต้องทำงานร่วมกัน	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี เพื่อให้การดูแลหรือบริการที่ดีสำหรับผู้รับบริการ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3. หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4. รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>ตอนที่ 12 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร</b>						
1. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3. ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
4. จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
เฉลี่ยรวม 39.96/42=095						ใช้ได้

ชุดที่ 2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงของ  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อความ	ผู้เชี่ยวชาญ(คนที่)			รวม	IOC	ผลการประเมิน
	คนที่1	คนที่2	คนที่3			
<b>1.ความพึงพอใจด้านความสามารถทำงานตามความต้องการผู้ใช้</b>						
1.1 ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้หลายระดับ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
1.2 ข้อมูลในโปรแกรมมีความทันสมัย	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
1.3 ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>2.ความพึงพอใจด้านการใช้งานของโปรแกรม</b>						
2.1 โปรแกรมใช้งานได้ง่าย	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.2 เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้สะดวก	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
2.3 ความง่ายในการหาเมนูที่ใช้	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>3.ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพของโปรแกรม</b>						
3.1 ประสิทธิภาพระบบจัดเก็บข้อมูล	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.2 การประมวลผลมีความถูกต้อง	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
3.3 ความเร็วในการบันทึก แก้ไข ลบ รายงานผล	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>4.ความพึงพอใจด้านการรักษาความปลอดภัย</b>						
4.1 ความเหมาะสมของการกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานระบบ	1	0	1	2	0.6	ใช้ได้
4.2 ความเหมาะสมของระบบการรักษาความปลอดภัยของผู้ดูแลระบบ	1	1	1	3	1.0	ใช้ได้
<b>เฉลี่ยรวม</b>						ใช้ได้
10.6/11=0.96						

## RELIABILITY ANALYSIS-SCALE (ALPHA)

## Item-Total Statistic

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha If Item Deleted
A1	68.9333	28.616	.420	.708
A2	69.2667	28.340	.337	.710
A3	70.5000	27.706	.437	.703
A4	69.4667	31.362	-.159	.744
A5	69.8667	27.913	.354	.708
A6	69.1333	29.292	.146	.723
A7	69.6000	30.386	-.015	.734
A8	69.1000	28.645	.195	.721
A9	67.9667	30.033	.197	.720
A10	68.8667	26.395	.244	.726
A11	68.6000	28.179	.384	.707
A12	68.6000	28.585	.332	.711
A13	68.4000	28.317	.359	.709
A14	68.3333	28.248	.299	.712
A15	69.6667	28.644	.324	.711
A16	68.6667	28.645	.352	.708
A17	68.2667	28.547	.355	.710
A18	68.1000	28.162	.537	.702
A19	68.6667	27.413	.294	.713

## RELIABILITY ANALYSIS-SCALE (ALPHA)

## Item-Total Statistic

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha If Item Deleted
A20	68.0000	29.517	.312	.715
A21	70.9000	30.645	.000	.724
A22	68.9333	26.478	.541	.692
A23	70.8000	30.510	.012	.726
A24	68.8667	28.051	.340	.709
A25	70.9000	30.645	.000	.724
A26	69.1000	28.162	.260	.715
A27	69.1000	28.340	.195	.721
A28	68.9333	27.706	.420	.708
A29	69.2667	27.913	.337	.710
A30	69.4667	29.292	.437	.703
A31	70.5000	30.386	-.159	.744
A32	69.1333	28.645	.354	.708
A33	69.8667	28.340	.146	.723
A34	69.6000	30.386	-.015	.734
A35	69.1000	28.645	.195	.721
A36	67.9667	30.033	.197	.720
A37	68.8667	26.395	.244	.726
A38	68.6000	28.179	.384	.707

## RELIABILITY ANALYSIS-SCALE (ALPHA)

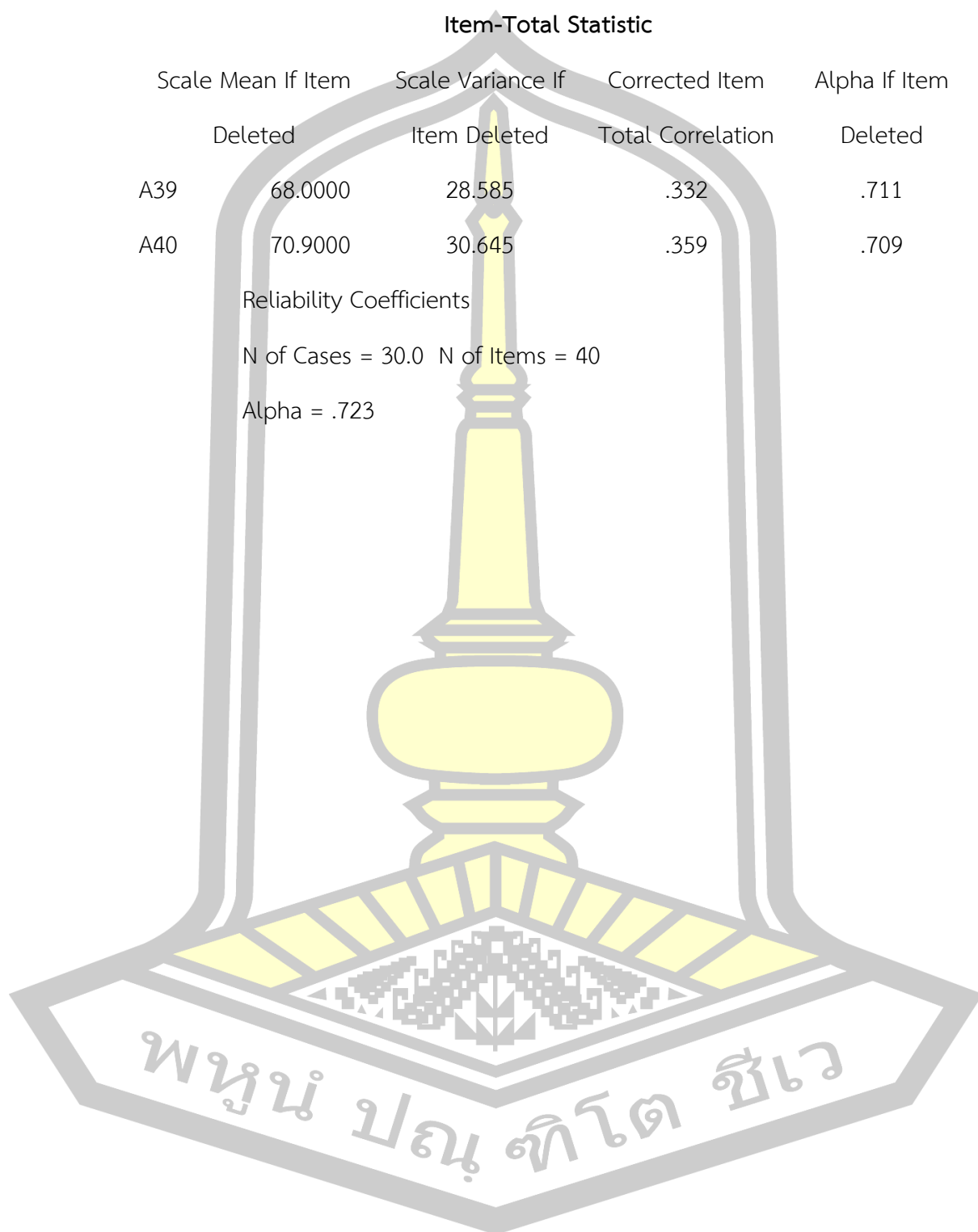
## Item-Total Statistic

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha If Item Deleted
A39	68.0000	28.585	.332	.711
A40	70.9000	30.645	.359	.709

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 40

Alpha = .723





## RELIABILITY ANALYSIS-SCALE (ALPHA)

## Item-Total Statistic

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha If Item Deleted
B1	73.2667	53.789	.204	.871
B2	73.333	51.747	.415	.865
B3	73.2000	52.166	.268	.872
B4	73.0333	52.447	.312	.869
B5	73.1333	53.844	.166	.873
B6	72.9333	50.478	.457	.864
B7	72.9000	52.783	.327	.868
B8	72.7333	51.375	.466	.864
B9	72.9000	50.093	.592	.859
B10	73.1333	48.809	.704	.855
B11	73.1667	49.523	.627	.858
B12	73.2000	48.924	.644	.857
B13	73.3333	49.816	.582	.859
B14	73.4333	50.668	.530	.861
B15	73.2667	51.789	.573	.862
B16	72.5333	50.947	.367	.868
B17	73.0333	51.137	.451	.864
B18	73.4000	52.248	.430	.865
B19	73.3333	52.299	.395	.866

## RELIABILITY ANALYSIS-SCALE (ALPHA)

## Item-Total Statistic

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha If Item Deleted
B20	73.2000	51.269	.485	.863
B21	73.0333	51.413	.520	.862
B22	73.1000	51.403	.517	.862
B23	73.2667	53.789	.204	.871
B24	73.3333	51.747	.415	.865
B25	73.2000	52.166	.268	.872
B26	73.0333	52.447	.312	.869
B27	73.1333	53.844	.166	.873
B28	72.9333	50.478	.457	.864
B29	72.9000	52.783	.327	.868
B30	72.7333	51.375	.466	.864
B31	72.9000	50.093	.592	.859
B32	73.1333	48.809	.704	.855
B33	73.1667	49.523	.627	.858
B34	73.2000	48.924	.644	.857
B35	73.3333	49.816	.582	.859
B36	73.4333	50.668	.530	.861
B37	73.2667	51.789	.573	.862
B38	72.5333	50.947	.367	.868

## RELIABILITY ANALYSIS-SCALE (ALPHA)

## Item-Total Statistic

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha If Item Deleted
B34	73.0333	51.137	.451	.864
B35	73.4000	52.248	.430	.865
B36	73.3333	52.299	.395	.866
B37	73.2000	51.269	.485	.863
B38	73.0333	51.413	.520	.862
B39	73.1000	51.403	.517	.862
B40	73.2667	53.789	.204	.871
B41	73.3333	51.747	.415	.865
B42	73.2000	52.166	.268	.872

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 42

Alpha = .867



พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโตะ ชีเว

## RELIABILITY ANALYSIS-SCALE (ALPHA)

## Item-Total Statistic

	Scale Mean If Item Deleted	Scale Variance If Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha If Item Deleted
C1	73.0333	51.137	.451	.864
C2	73.4000	52.248	.430	.865
C3	73.3333	52.299	.395	.866
C4	73.2000	51.269	.485	.863
C5	73.0333	51.413	.520	.862
C6	73.1000	51.403	.517	.862
C7	73.2667	53.789	.204	.871
C8	73.3333	51.747	.415	.865
C9	73.2000	52.166	.268	.872
C10	73.4000	52.248	.430	.865
C11	73.3333	52.299	.395	.866

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 11

Alpha = .864

พหุ ประถมศึกษา



ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล วัฒนธรรมความ  
ปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาล ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยง  
โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

พูน พนุ ทิโต ชีวะ

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม  
ข้อมูลส่วนบุคคล (n=500)

รายการ	จำนวน (n=500)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	81	16.26
หญิง	419	83.74
2.พ.ศ.เกิด		
20-30 ปี	8	8.23
31-40 ปี	138	27.67
41-50 ปี	234	46.71
51 ปี เป็นต้นไป	87	17.39
3.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	124	24.79
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	292	58.33
ปริญญาโท	40	6.38
ปริญญาเอก	4	0.82
4.อายุงานในโรงพยาบาลนี้		
1-5 ปี	116	23.25
5-10 ปี	113	22.74
10-15 ปี	71	14.20
15-20 ปี	74	14.80
20 ปีขึ้นไป	126	24.90
5.ประเภทการจ้างงาน		
ข้าราชการ	234	46.80
พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ	21	4.20
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	110	22.12
ลูกจ้างประจำ	25	5.00
ลูกจ้างชั่วคราว	110	22.12

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม  
ข้อมูลส่วนบุคคล (n=500) (ต่อ)

รายการ	จำนวน (n=500)	ร้อยละ
6. ตำแหน่งงานมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย		
ใช่	379	75.72
ไม่ใช่	121	24.28
7. ตำแหน่งงาน		
ผู้บริหาร (หัวหน้าหน่วยงานขึ้นไป)	36	7.20
สายวิชาชีพสาธารณสุข (มีใบประกอบวิชาชีพ)	239	47.80
สายวิชาชีพทางการแพทย์ (ไม่มีใบประกอบวิชาชีพ)	114	22.80
สายสนับสนุนทั่วไป	111	22.20
8. สายงานวิชาชีพในปัจจุบัน		
แพทย์	16	3.20
พยาบาล	204	40.80
ทันตแพทย์	19	3.80
เภสัชกร	36	7.20
เทคนิคการแพทย์	10	2.00
นักกายภาพบำบัด	10	2.00
นักวิชาการสาธารณสุข	36	7.20
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	89	17.80
เจ้าหน้าที่สนับสนุน	80	16.00

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตารางที่ 39 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>หมวดที่ 1 : การนำองค์กร</b>			
1.บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจพันธกิจขององค์กร (สิ่งที่เราพยายามทำให้บรรลุ)	4.12	0.59	มาก
2.บุคลากรของเรารับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ขององค์กร (จุดหมายที่เราพยายามไปให้ถึงในอนาคต)	4.09	0.58	มาก
3.ทีมนำของเราใช้ค่านิยมขององค์กรเพื่อชี้นำองค์กรและบุคลากรของเรา	3.88	0.73	มาก
4.ทีมนำของเราสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานซึ่งช่วยในการทำงานของบุคลากร	3.98	0.59	มาก
5.ทีมนำของเราแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร	3.94	0.49	มาก
6.ทีมนำของเราถามบุคลากรว่ามีความคิดเห็นอย่างไร	3.86	0.66	มาก
<b>หมวดที่ 2 : การวางกลยุทธ์</b>			
1.ทีมนำของเราถามบุคลากรของเราเพื่อขอความคิดเห็นในระหว่างการวางแผนสำหรับอนาคต	3.79	0.72	มาก
2.องค์กรของเราส่งเสริมให้นำความคิดใหม่ๆ (นวัตกรรม) มาใช้	4.0	0.67	มาก
3.บุคลากรของเราเรียนรู้แผนขององค์กรในส่วนที่จะผลกระทบต่อพวกเขาและงานของพวกเขา	3.91	0.59	มาก
4.บุคลากรของเราู้วิธีการที่จะรายงานความก้าวหน้าในส่วนที่เป็นแผนในความรับผิดชอบของกลุ่มที่ตนเป็นสมาชิก	3.95	0.60	มาก
5.องค์กรของเรามีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อจำเป็น	3.91	0.60	มาก
<b>หมวดที่ 3 : ผู้ป่วยผู้รับผลงาน</b>			
1.บุคลากรของเราเชื่อว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของพวกเขาคือใคร	3.94	0.64	มาก
2.บุคลากรของเราหมั่นถามผู้รับผลงานของตนว่าเกี่ยวกับ need and want ของผู้รับผลงาน	3.84	0.61	มาก



ตารางที่ 39 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
3.บุคลากรของเราถามผู้รับผลงานว่าพอใจหรือไม่พอใจกับงานที่ตนให้บริการ	3.94	0.57	มาก
4.บุคลากรของเราได้รับอนุญาตให้ตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้รับผลงาน	3.89	0.51	มาก
5.บุคลากรของเราเชื่อว่าผู้รับผลงานที่สำคัญที่สุดของ องค์กรคือใคร	3.96	0.64	มาก
<b>หมวดที่ 4: การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้</b>			
1.บุคลากรของเราู้วิธีการวัดคุณภาพงานของตน	3.02	1.05	ปานกลาง
2.บุคลากรของเราใช้ข้อมูลข่าวสารนี้เพื่อปรับปรุงงานของตนเอง	3.98	0.59	มาก
3.บุคลากรของเราเชื่อว่าตัวชี้วัดที่พวกเขาใช้อยู่ นั้น fit เข้ากับตัวชี้วัดการพัฒนาโดยรวมขององค์กรอย่างไร	3.40	0.99	ปานกลาง
4.บุคลากรของเราได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่จำเป็นสำหรับการทำงานของตน	3.22	0.75	ปานกลาง
5.บุคลากรของเราเชื่อว่าองค์กรโดยรวมของเรา กำลังทำอะไรอยู่	3.60	0.70	มาก
<b>หมวดที่ 5: กำลังคน</b>			
1.บุคลากรของเราให้ความร่วมมือและทำงานเป็นทีม	3.98	0.59	มาก
2.ทีมนำของเราส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรของเราพัฒนาทักษะการทำงานเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่	3.22	0.45	ปานกลาง
3.บุคลากรของเราได้รับการยกย่องชมเชยจากงานที่กระทำ	3.89	0.66	มาก
4.องค์กรของเรามีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย	3.92	0.72	มาก
5.ผู้บริหารและองค์กรของเรามีความห่วงใยเกี่ยวกับบุคลากรของเรา	3.91	0.63	มาก
6.บุคลากรของเรามุ่งมั่นต่อความสำเร็จขององค์กร	3.40	0.99	ปานกลาง

ตารางที่ 39 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>หมวดที่ 6 การจัดการกระบวนการ</b>			
1.บุคลากรของเราสามารถได้รับทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการเพื่อทำงานของตน	3.76	0.73	มาก
2.องค์กรของเรามีกระบวนการที่ดีเพื่อทำงานขององค์กร	3.00	0.77	ปานกลาง
3.บุคลากรของเราสามารถควบคุมกระบวนการทำงานที่ตนรับผิดชอบ	3.22	0.75	ปานกลาง
4.องค์กรของเรามีการเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ	3.97	0.63	มาก
<b>หมวดที่ 7 ผลลัพธ์ขององค์กร</b>			
1.ผลผลิตจากงานของบุคลากรของเราเป็นไปตามข้อกำหนดทุกประการ	3.91	0.68	มาก
2.ผู้รับผลงานของบุคลากรของเราพอใจกับงานที่บุคลากรมอบให้	3.92	0.55	มาก
3.บุคลากรของเรารู้ว่าองค์กรของเรามีผลงานด้านการเงินดีเพียงใด	3.82	0.57	มาก
4.องค์กรของเรามีบุคคลและทักษะที่เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ	3.75	0.72	มาก
5.องค์กรของเราจัดอุปสรรคต่อความก้าวหน้าขององค์กร	3.92	0.55	มาก
6.องค์กรของเราปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ	4.12	0.46	มาก
7.องค์กรของเราปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมในระดับสูง	4.05	0.51	มาก
8.องค์กรของเราช่วยให้บุคลากรให้บริการแก่ชุมชน	4.09	0.50	มาก
9.บุคลากรของเราเชื่อมั่นว่าองค์กรของเราเป็นที่ที่ดีสำหรับการทำงาน	4.05	0.62	มาก
<b>เฉลี่ยรวม</b>	<b>3.80</b>	<b>0.64</b>	<b>มาก</b>

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
<b>ตอนที่ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงาน</b>			
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือ ความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1)	3.27	0.73	ปานกลาง
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2)	3.09	0.56	ปานกลาง
3. การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไป หรือ ความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป)	2.71	1.09	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม</b>			
1 แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	3.54	0.45	มาก
2.แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี	3.22	0.75	ปานกลาง
3.การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	3.40	0.99	ปานกลาง
4.เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้	3.00	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
<b>ตอนที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย</b>			
1.หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	3.51	0.65	มาก
2.หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง	3.54	0.45	มาก
3.เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงาน ด้วยความรวดเร็ว ระมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน(shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	3.09	0.56	ปานกลาง
4.หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	3.22	0.75	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</b>			
1.เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้รับบริการ	3.19	0.80	ปานกลาง
2.ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงใน ด้านบวก	3.22	0.75	ปานกลาง
3.เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	3.57	0.58	มาก
<b>ตอนที่ 5 การทำงานเป็นทีมสำหรับในหน่วยงานของโรงพยาบาล</b>			
1.สมาชิกในหน่วยงานช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	3.49	0.65	ปานกลาง
2.ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม	3.75	0.73	มาก
3.สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน	3.45	0.49	ปานกลาง
4.ถ้าส่วนใดในงานนี้มีความยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ	3.00	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
<b>ตอนที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง</b>			
1.เจ้าหน้าที่ที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นสิ่งที่มี อาจมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	3.00	0.77	ปานกลาง
2.เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการ	3.09	0.56	ปานกลาง
3.เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าสิ่งที่ไม่ถูกต้อง	3.22	0.75	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด</b>			
1.เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ที่เป็น ผลมาจากรายงานเหตุการณ์	3.15	0.48	ปานกลาง
2.เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในหน่วย	3.22	0.75	ปานกลาง
3.ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะ ป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	3.64	0.61	มาก
<b>ตอนที่ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง</b>			
1.เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณความผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการ พัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them)	3.09	0.56	ปานกลาง
2.เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงาน คือรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล	3.00	0.77	ปานกลาง
3.เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูก เก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	3.22	0.75	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 9 การจัดคนทำงาน</b>			
1.เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน	3.00	0.77	ปานกลาง
2.เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับ การให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	3.15	0.48	ปานกลาง
3.เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จาก ภายนอก (Outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแล ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด	2.67	0.70	ปานกลาง

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
4.เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)	3.58	0.50	มาก
<b>ตอนที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย</b>			
1.ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	3.52	0.63	มาก
2.การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการสำคัญสูงสุด (top priority)	3.46	0.77	ปานกลาง
3.ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	3.43	0.66	ปานกลาง
<b>ตอนที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล</b>			
1.มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ที่ต้องทำงานร่วมกัน	3.40	0.99	ปานกลาง
2.หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี เพื่อให้การดูแลหรือบริการที่ดีสำหรับผู้รับบริการ	3.64	0.61	มาก
3.หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี	3.58	0.58	มาก
4.รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	3.78	0.78	มาก
<b>ตอนที่ 12 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร</b>			
1.ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ	3.46	0.77	ปานกลาง
2.ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	3.38	0.48	ปานกลาง
3.ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ	3.00	0.77	ปานกลาง

ตารางที่ 40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากร  
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำแนกรายข้อ (ต่อ)

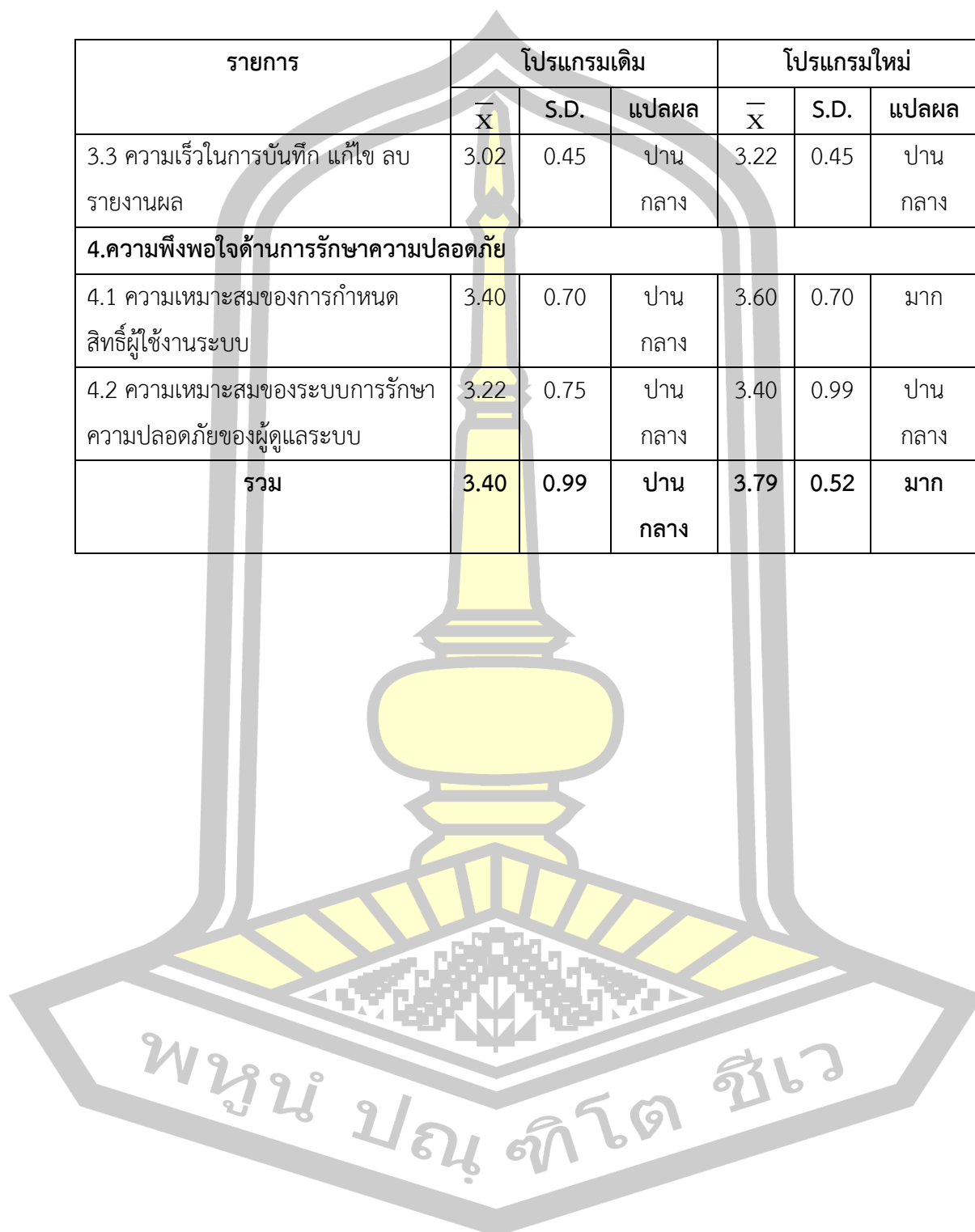
ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
4.จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร	3.22	0.75	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.16</b>	<b>0.68</b>	<b>ปานกลาง</b>

ตารางที่ 41 ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

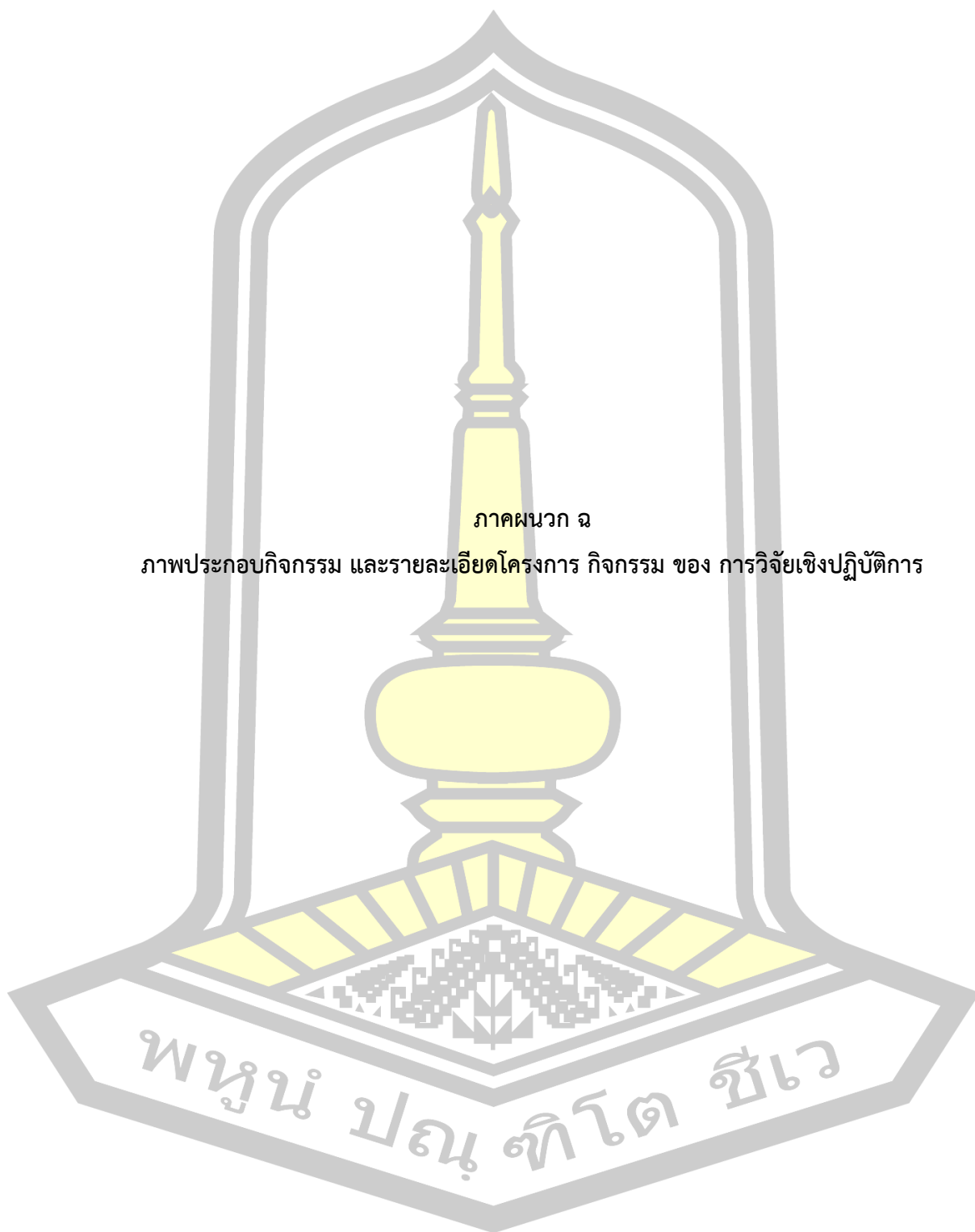
รายการ	โปรแกรมเดิม			โปรแกรมใหม่		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>1.ความพึงพอใจด้านความสามารถทำงานตามความต้องการผู้ใช้</b>						
1.1 ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้หลายระดับ	3.02	1.05	ปานกลาง	3.89	0.51	มาก
1.2 ข้อมูลในโปรแกรมมีความทันสมัย	3.22	0.75	ปานกลาง	3.96	0.64	มาก
1.3 ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล	3.40	0.99	ปานกลาง	3.98	0.59	มาก
<b>2.ความพึงพอใจด้านการใช้งานของโปรแกรม</b>						
2.1 โปรแกรมใช้งานได้ง่าย	3.22	0.45	ปานกลาง	3.40	0.99	ปานกลาง
2.2 เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้สะดวก	3.02	1.05	ปานกลาง	3.79	0.72	มาก
2.3 ความง่ายในการหาเมนูที่ใช้	3.40	0.99	ปานกลาง	3.79	0.72	มาก
<b>3.ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพ</b>						
3.1 ประสิทธิภาพระบบจัดเก็บข้อมูล	3.60	0.70	มาก	3.98	0.59	มาก
3.2 การประมวลผลมีความถูกต้อง	3.40	0.99	ปานกลาง	3.79	0.52	มาก

ตารางที่ 41 ความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

รายการ	โปรแกรมเดิม			โปรแกรมใหม่		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
3.3 ความเร็วในการบันทึก แก้ไข ลบ รายงานผล	3.02	0.45	ปาน กลาง	3.22	0.45	ปาน กลาง
<b>4.ความพึงพอใจด้านการรักษาความปลอดภัย</b>						
4.1 ความเหมาะสมของการกำหนด สิทธิ์ผู้ใช้งานระบบ	3.40	0.70	ปาน กลาง	3.60	0.70	มาก
4.2 ความเหมาะสมของระบบการรักษา ความปลอดภัยของผู้ดูแลระบบ	3.22	0.75	ปาน กลาง	3.40	0.99	ปาน กลาง
<b>รวม</b>	<b>3.40</b>	<b>0.99</b>	<b>ปาน กลาง</b>	<b>3.79</b>	<b>0.52</b>	<b>มาก</b>







ภาคผนวก ฉ

ภาพประกอบกิจกรรม และรายละเอียดโครงการ กิจกรรม ของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

พหุ ประจักษ์ ชิต ชิต

เอกสารประกอบ ระยะที่ 2 การค้นหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยใช้รูปแบบการวิจัย Action research

วงล้อที่ 1 ของการพัฒนา

1.การประชุมวางแผน



รูปภาพที่ 26 ภาพประกอบโครงการ การประชุมวางแผน และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนา  
คุณภาพ

ตารางที่ 42 คณะกรรมการด้านอำนวยการ บริหาร และกำกับติดตามงานคุณภาพ และบทบาทหน้าที่

**1.คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์**

**บทบาทหน้าที่**

1. ออกแบบระบบและจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
2. รวบรวมแผนปฏิบัติการด้านคุณภาพของทีมนำทุกทีม
3. สนับสนุนองค์ความรู้ และให้คำปรึกษา ด้านการพัฒนาคุณภาพแก่ทีมนำและหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
4. สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลและสนับสนุนการทำงานของงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
5. ประสานงานการพัฒนาคุณภาพกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบคุณภาพอื่น ๆ
6. ติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของทีมนำ/ตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญ

ตารางที่ 42 คณะกรรมการด้านอำนวยการ บริหาร และกำกับติดตามงานคุณภาพ และบทบาทหน้าที่  
(ต่อ)

<b>2. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์</b>
<b>บทบาทหน้าที่</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดนโยบายบริหารคุณภาพขององค์กรและรับรองแผนคุณภาพของทีมนำทุกทีม</li> <li>2. ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนคณะกรรมการดำเนินงานคุณภาพ</li> <li>3. ดำเนินการบริหารระบบคุณภาพขององค์กร</li> <li>4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบรรลุเป้าหมาย</li> <li>5. ติดตาม กำกับและประเมินผลการปฏิบัติ ให้เป็นไปตามแผนคุณภาพของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์</li> </ol>
<b>3. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล</b>
<b>บทบาทหน้าที่</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแผนงาน/โครงการตรวจติดตามคุณภาพภายใน</li> <li>2. ดำเนินการเยี่ยมสำรวจตรวจติดตามคุณภาพภายใน</li> <li>3. รายงานผลการตรวจติดตามคุณภาพภายใน</li> <li>4. ดำเนินการติดตามผลการแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากการตรวจติดตามคุณภาพภายใน</li> </ol>

ตารางที่ 43 คณะกรรมการที่พัฒนาระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และบทบาทหน้าที่

<b>1. คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล</b>
<b>บทบาทหน้าที่</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริหารจัดการด้านบุคลากร โดยมีการวางแผนการบริหารบุคลากรทั้งในระยะสั้น และระยะยาวมีการนำเอาข้อมูลมาประกอบการวางแผนการบริหารทรัพยากรบุคคล ตลอดจนจะมีการพัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลให้ทันสมัย</li> <li>2. ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรทุกประเภทภายในโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง และทันสมัย</li> <li>3. การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบ</li> <li>4. ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ โดยใช้แบบฟอร์มของ กพ. และการประเมินผลการปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเลื่อนขั้นเงินเดือนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร</li> </ol>

ตารางที่ 43 คณะกรรมการที่พัฒนาระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และบทบาทหน้าที่  
(ต่อ)

<p><b>2.คณะกรรมการระบบสารสนเทศทางการแพทย์</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รับนโยบายระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน</li> <li>2. จัดระบบ/ช่องทางการส่งข้อมูลระดับหน่วยงาน ให้ทันเวลา และครบถ้วน</li> <li>3. ตรวจสอบ และติดตามข้อมูล ที่เกี่ยวข้องให้มีความครบถ้วน และตรวจสอบข้อมูลระดับหน่วยงานให้มีความถูกต้อง</li> <li>4. รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลทุกระดับและส่งกลับเพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพระดับ PCT</li> <li>5. มีการติดตามการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน ตามมติคณะกรรมการบริหาร</li> <li>6. วิเคราะห์ระบบ IT ให้เป็นปัจจุบันเพื่อการวางแผนพัฒนาระบบและประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร</li> <li>7. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย</li> </ol>
<p><b>3.คณะกรรมการจัดการความรู้และงานวิจัย</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่ด้านการจัดการความรู้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแผนพัฒนาการจัดการความรู้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลักของโรงพยาบาล</li> <li>2. วางแผนการดำเนินการจัดการความรู้ให้ครอบคลุมเป้าหมายของโรงพยาบาล</li> <li>3. สนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการจัดการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากร</li> <li>4. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่วางแผนไว้</li> <li>5. สรุปและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการจัดการความรู้</li> <li>6. หน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย</li> </ol>
<p><b>บทบาทหน้าที่ด้านงานวิจัย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดนโยบายด้านงานวิจัยของโรงพยาบาล</li> <li>2. เป็นที่ปรึกษาในกระบวนการพัฒนางานวิจัย</li> <li>3. พิจารณาจัดสรร งบประมาณในการจัดทำงานวิจัย</li> <li>4. วางแผนผลิตผลงานวิจัย ดำเนินการตามแผน และติดตามประเมินผลการดำเนินการ</li> <li>5. กระตุ้นและส่งเสริมการผลิตผลงานวิจัย</li> <li>6. พิจารณาคัดเลือกผลงานวิจัย เพื่อเผยแพร่ทั้งในและนอกเครือข่าย</li> <li>7. วางแผนและจัดทำวารสารวิชาการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์</li> </ol>

ตารางที่ 43 คณะกรรมการที่พัฒนาระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และบทบาทหน้าที่  
(ต่อ)

<p><b>4.คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างทางกายภาพ ของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน รวมทั้งการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง</li> <li>2. ออกแบบระบบงานสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของโรงพยาบาล</li> <li>3. ประสานงาน และประสานความร่วมมือ ทั้งภายในโรงพยาบาล และองค์กรภายนอก เพื่อการพัฒนาทางด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย</li> <li>4. ติดตามประเมินประสิทธิผล</li> </ol>
<p><b>5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นำนโยบายการบริหารความเสี่ยงมาปฏิบัติจัดทำแผน และกำหนดแนวทางปฏิบัติ ด้านบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยของโรงพยาบาล</li> <li>2. วางระบบรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสมและสื่อสารแนวทางปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงสู่ผู้ปฏิบัติให้ครอบคลุม และทั่วถึง</li> <li>3. ประสานงาน และประสานความร่วมมือ ระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม การบริหารความเสี่ยงทุกโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล</li> <li>4. วิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปประเมินผล ปรับปรุงเรียนรู้ และวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง</li> <li>5. ติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย และรายงานการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลทุกเดือน</li> </ol>
<p><b>6.คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำแผน นโยบาย การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์</li> <li>2. วางระบบ ประสานความร่วมมือ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลภายในโรงพยาบาล</li> <li>3. สนับสนุนและกระตุ้นให้บุคลากรในโรงพยาบาล มีการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ</li> </ol>

ตารางที่ 43 คณะกรรมการทีมพัฒนาระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และบทบาทหน้าที่  
(ต่อ)

<p><b>(ต่อ) 6.คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล</b></p>
<p>4. วิเคราะห์ข้อมูล และนำข้อมูลไปประเมินผล ปรับปรุงเรียนรู้ และวางแผนพัฒนา ต่อเนื่อง</p> <p>5. ติดตามประเมินประสิทธิผลของการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อความรายงานการ ดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน</p>
<p><b>7.คณะกรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียน</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <p>1. ดำเนินการตามแนวทางนโยบาย และเป้าหมายของการพัฒนาระบบเวชระเบียน ผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน</p> <p>2. พัฒนาระบบบริการเวชระเบียนผู้ป่วย การบันทึก ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่าง ๆ ประสิทธิภาพของระบบเวชระเบียน คุณภาพในการลงบันทึกและการให้รหัสโรค หักถถการ การ ปฏิบัติตามกฎหมายและข้อระเบียบ และเป็นไปตามมาตรฐาน</p> <p>3. ดำเนินการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ให้เป็นไปตามมาตรฐานอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>4. สรุปรวบรวมวิเคราะห์ผลการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย เสนอ ต่อคณะกรรมการ อำนวยการเพื่อหาแนวทางการร่วมแก้ไข</p> <p>5. รวบรวมวิเคราะห์ ผลการตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อม ข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงแก้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>6. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย</p>
<p><b>8 คณะกรรมการพัฒนาระบบยา</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <p>1. กำหนดนโยบาย การบริหารจัดการด้านยาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์</p> <p>2. จัดทำและปรับปรุงบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล และสถานบริการที่รับผิดชอบ</p> <p>3. สนับสนุนจัดให้มีการซื้อขายร่วม เพื่อให้ได้ยาที่มีมาตรฐานเดียวกัน และลดค่าใช้จ่าย ด้านยา</p> <p>4. สนับสนุน/จัดระบบสำรองยาพร้อม/คลังยาพร้อม เพื่อสนับสนุนบริการตามระบบ Service plan</p>

ตารางที่ 43 คณะกรรมการทีมพัฒนาระบบงานสำคัญในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และบทบาทหน้าที่  
(ต่อ)

<p><b>(ต่อ)8.คณะกรรมการพัฒนาระบบยา</b></p>
<p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ควบคุมกำกับแผนการจัดซื้อยาให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ และให้การจัดซื้อยาเป็นไปตามระเบียบพัสดุที่กำหนด และลดต้นทุนค่ายา</li> <li>6. วางระบบการจัดการด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและเกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล</li> <li>7. จัดทำและรับรองแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย ซึ่งรวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อติดตามผลการรักษาและการใช้จ่าย</li> <li>8. กำหนดแนวทางในการสื่อสาร ไปถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้รับบริการ และรับฟังความคิดเห็น และความต้องการจากผู้ปฏิบัตินำมาพัฒนาปรับปรุงระบบยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้รวมถึงการฝึกอบรมความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับการใช้จ่ายให้กับ บุคลากรในโรงพยาบาล</li> <li>9. ควบคุมกำกับ ประเมินระบบยา ให้เป็นไปตามนโยบาย โดยใช้เครื่องมือศึกษาวิจัย/R2R/CQI เพื่อให้ได้ข้อมูลมาพัฒนา และกำหนดนโยบาย มาตรการ แนวทางพัฒนาระบบยา</li> <li>10. พัฒนาระบบ กำกับ ติดตาม เพื่อส่งเสริมระบบธรรมาภิบาล</li> </ol>
<p><b>9.คณะกรรมการพัฒนาระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และรังสีวิทยา</b></p> <p><b>บทบาทหน้าที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดนโยบาย การบริหารจัดการระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และรังสีวิทยา</li> <li>2. จัดระบบบริการให้มีความสะดวก รวดเร็ว โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</li> <li>3. ให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสมดุลระหว่างความคุ้มค่าและการบริการ</li> <li>4. จัดให้มีมาตรฐานการรักษาความปลอดภัยของบุคลากรในห้องปฏิบัติการและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง</li> <li>5. พัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง</li> <li>6. ควบคุมกำกับ ประเมินระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และรังสีวิทยา</li> </ol>

ตารางที่ 44 โครงการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัด  
กาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2563

โครงการ	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1.กำหนดโครงสร้าง ประกาศนโยบาย คุณภาพ และ Kick Off การพัฒนาคุณภาพ	5,600 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ศูนย์พัฒนา คุณภาพ/FA
2.โครงการประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพและประสานงานคุณภาพ โรงพยาบาลทุกเดือน	25,200 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ศูนย์พัฒนา คุณภาพ/FA
3.โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน คุณภาพ ตามหลักสูตรของ สรพ.	251,500 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมนำ/ศูนย์ พัฒนา คุณภาพ
3.โครงการประชุมทีมนำ /ทีมนำเฉพาะด้าน /IS /Clinical tracer /การตามรอยคุณภาพ	6,000 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมสิ่งแวดล้อม FA
5.โครงการบริหารความเสี่ยงและความ ปลอดภัย /2 P Safety	58,000 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมบริหาร ความเสี่ยง/FA
6.โครงการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล กาฬสินธุ์	7,200 บาท	ม.ค.63-ก.ย.63	ทีมผู้เยี่ยม สำรวจภายใน



ผังกำกับการบริหารปฏิบัติงานพัฒนาศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลศูนย์ มทร.สว. 2563

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1.ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ						↔																												
2.ประชุมจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล												↔																						
3.ประชุมจัดทำคำสั่งคณะกรรมการแต่ละชุด																	↔																	
4.ประกาศนโยบาย KICK OFF การพัฒนาศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล																							↔											
5. Data Management																																		
-ตัวชี้วัดคุณภาพ																																		
-ตัวชี้วัด THIP																																		
-ข้อมูล Risk /Risk register																																		
-บททวน 12 กิจกรรม																																		
-รายงานการประเมินที่นำ/PCT																																		
ทำเป็นประจำทุกวันเดือน																																		

ตั้งกติกากับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสสินธุ์ กุมภาพันธ์ 2563

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
1.ส่งบุคลากรเข้าอบรม หลักสูตร สรพ HA 201 HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล											↔	↔																						
2.โครงการบริหารความเสี่ยง และ 2 P Safety							↔				↔																							
3.ดำเนินงานคุณภาพ											↔	↔																						
4. Leader ship Walk round (RM,EN,V,IC,IM,FA)																		↔	↔	↔	↔		↔	↔										
5. ประชุมคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพ																							↔											

ผังกำกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลศูนย์ มีนาคม 2563

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1.ประชุมคณะกรรมการประสานงาน คุณภาพโรงพยาบาล																									↔							
2.ประชุมทบทวน Clinical tracer PCT		←					→																									
3. RIM Round								↔														↔									↔	
4. ENV Round										↔																						↔
5. ประชุม IS																																
6. HA 305 การพัฒนาคุณภาพ สำหรับงานสนับสนุนบริการ																										↔						
7. HA 401 การเยี่ยมสำรวจ ภายใน และการสร้างไคยเพื่อ ขับเคลื่อนคุณภาพ																										↔						
8.โครงการพัฒนาคุณภาพ สิ่งแวดล้อม เพื่อความปลอดภัย																																

ผังกำกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขั้นสูง เมษายน 2563

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล																											↔										
2. ทุกทีมพบทวน SAR Part 1-4							↔																														
3. ทุกทีมทบทวนรายงานความก้าวหน้าตามแผนพัฒนาของ สรพ.							↔																														
4. ENV Round																																					
5. HA 403 Quality change Agent																																					
6. HA 502 แนวคิด Lean และกาประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพ																																					

ผังกำกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขั้นสูง พฤษภาคม 2563

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล																																						
2. HA 504 ความรู้ด้านโลจิสติกส์ในโรงพยาบาล																																						
3. HA 503 SAR Writing																																						

ผังกำกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทางสินธุ์ สิงหาคม 2563

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล																											↔						
2. ศึกษารายงานจัดเตรียมพื้นที่เอกสารคุณภาพ ทุกหน่วยงาน	←																															→	
3. Leader ship Walk round (RM,ENV,C,IM,FA)				↔																					↔								
4. HA 451 การเตรียมตัวเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก															↔																		
5. HA 705 การประชุมแจ้งปฏิบัติการในการเตรียมความพร้อมในการต่ออายุการรับรอง																																	

4. HA 704 การประชุมปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง (Rolling Quality Momentum)	↔																																				

**ผังกำกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสสินธุ์ มิถุนายน 2563**

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31								
1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล																								↔															
2. ทุกหน่วยงานจัดเตรียมพื้นที่เอกสารคุณภาพ ทุกหน่วยงาน	↔																																						
3. Leader ship Walk round (RM,ENV,IC,IM,FA)										↔									↔																				
4. HA 601 ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล								↔																															
5. HA 602 คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก																																						↔	



ผังกำกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลปีสิ้นสุด สิงหาคม 2563

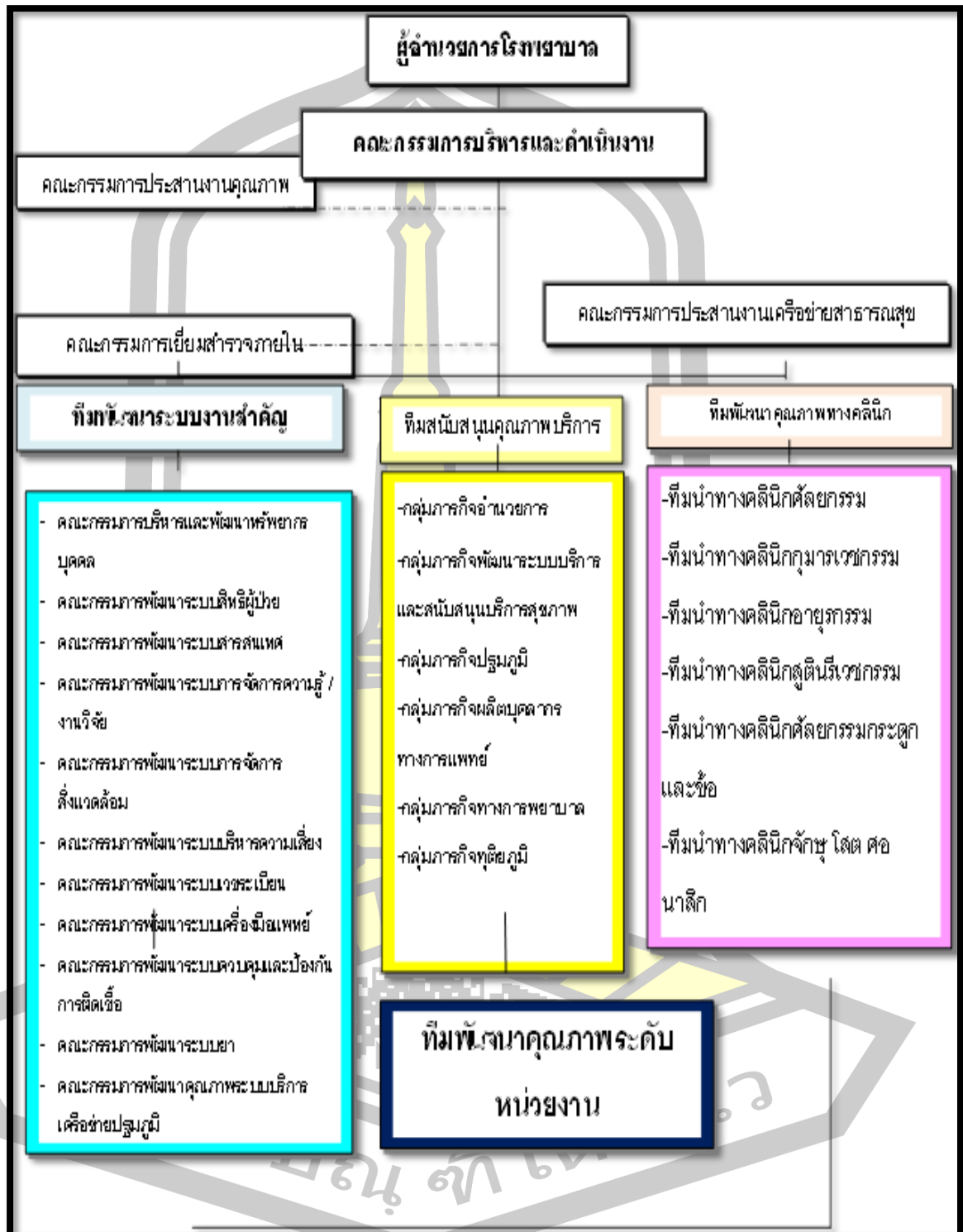
กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล																											↔						
2. ทบทวนงานจัดเตรียมพื้นที่เอกสารคุณภาพ ทุกหน่วยงาน	←																															→	
3. Leader ship Walk round (RM,ENW,IC,IM,FA)				↔																							↔						
4. HA 451 การเตรียมตัวเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก														↔																			
5. HA 705 การประชุมเชิงปฏิบัติการในการเตรียมความพร้อมในการต่ออายุการรับรอง																																	

ผังกำกับการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสัปดาห์ กันยายน 2563

กิจกรรม	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล																									↔								
2. ศึกษารายงานจัดซื้อเพิ่มเติมเอกสาร คุณภาพ ทุกหน่วยงาน																																↑	
3. Leader ship Walk round (RM,ENV,CI,IM,FA)										↔																							
4. ประชุม IS															↔																		
5. สรุปงบประมาณ แผนงานโครงการ																																	
6. ประเมินผลการปฏิบัติงานโครงการ พัฒนาคุณภาพ																																	



ตารางที่ 45 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์



ตารางที่ 46 โครงการ Kick off การพัฒนาคุณภาพและการประกาศนโยบายคุณภาพ โรงพยาบาล  
กาฬสินธุ์ ปี 2563

1.ชื่อโครงการ	โครงการ Kick off การพัฒนาคุณภาพและการประกาศนโยบายคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563
2.ความสอดคล้องของโครงการกับแผนยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์ที่ 1 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์กำหนด
3.หลักการและเหตุผล	<p>การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพองค์กรได้ครบถ้วนทั้ง 3 ขั้นตอน และได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นั้น</p> <p>เพื่อให้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำงานพัฒนาคุณภาพบริการการเยี่ยมหน่วยงาน การประชุมปรึกษาหารือ รวมทั้งการติดตามประเมินต่าง ๆ และเตรียมความพร้อมสำหรับการรับรองคุณภาพกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ โครงการ Kick off การพัฒนาคุณภาพและการประกาศนโยบายคุณภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2563</p>
4.วัตถุประสงค์ของโครงการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อกระตุ้น การพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาล</li> <li>2. เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงระบบ</li> <li>3. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรในการดำเนินงาน</li> </ol>
5.กลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 300 คน
6.สถานที่ดำเนินการ	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
7.ระยะเวลาดำเนินการ	13 กุมภาพันธ์ 2563
8.งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ	<p>ค่าจัดทำป้ายนโยบาย และสื่อประชาสัมพันธ์ = 5,000 บาท</p> <p>ค่าป้ายไวเนล 1 x 2 เมตร = 600 บาท</p> <p>รวม = 5,600 บาท</p>
9.ผู้รับผิดชอบ	<p>-กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน</p> <p>-คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์</p>



รูปภาพที่ 27 ภาพนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



รูปภาพที่ 28 ภาพโลโก้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



รูปภาพที่ 29 ภาพเส้นทางมอบคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



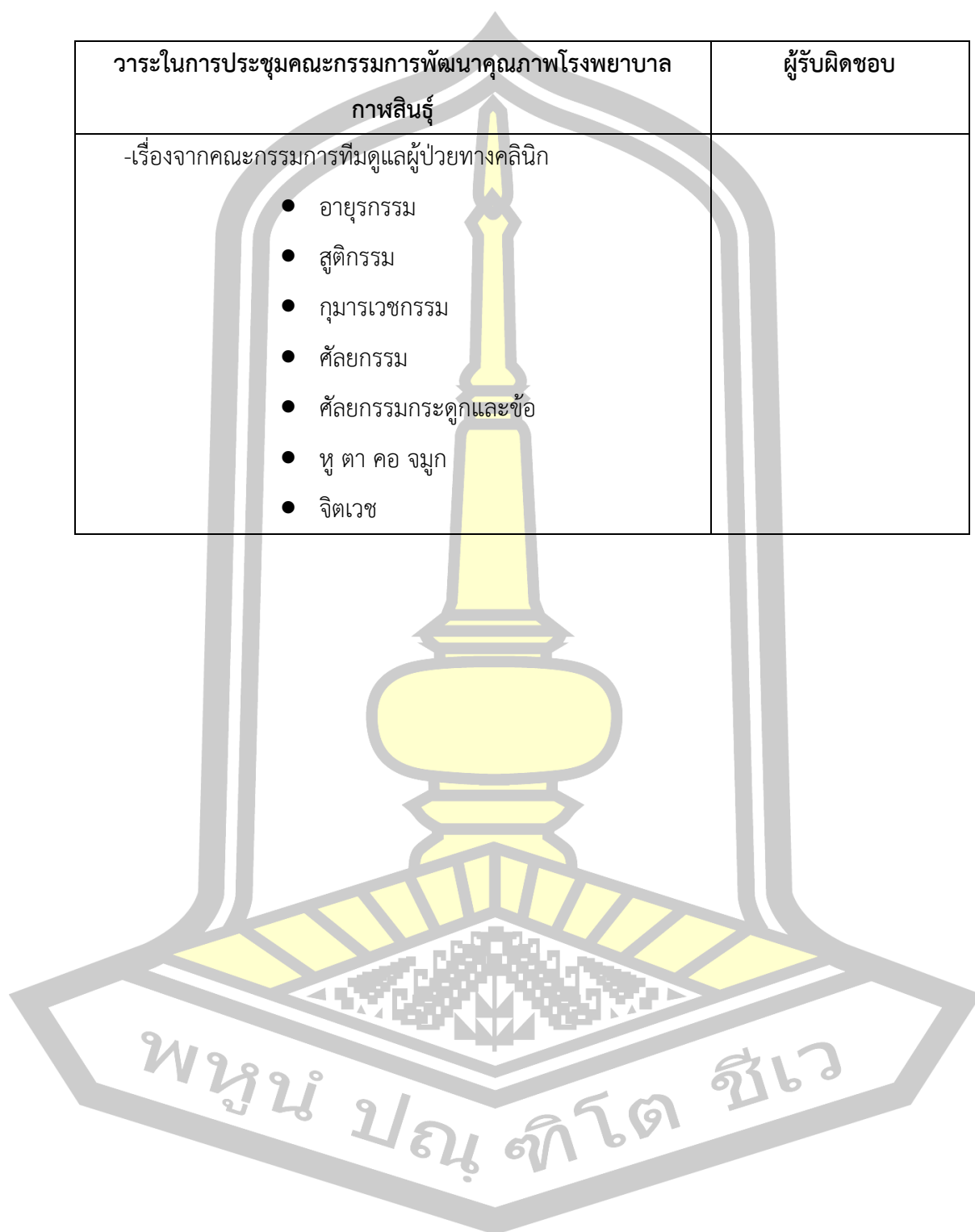
รูปภาพที่ 30 ภาพไลน์กลุ่มการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตารางที่ 47 รูปแบบของวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

วาระในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ภาพลึนธุ์	ผู้รับผิดชอบ
วาระที่ 1 เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ -เรื่องแจ้ง เป็นเรื่องประเด็นสำคัญ ที่ได้รับการสื่อสารจากองค์กรภายนอก เช่น นโยบาย หรือมาตรฐานการประเมินต่าง ๆ การเข้าเยี่ยมประเมิน การสื่อสารเชิงนโยบายที่สำคัญ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
วาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว	เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
วาระที่ 3 เรื่องสืบเนื่อง -เป็นวาระที่ติดตามต่อเนื่องในที่ประชุมครั้งที่แล้ว	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแต่ละด้าน
วาระที่ 4 เรื่องแจ้งเพื่อทราบ จะเป็นการรายงานความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ ในแต่ละทีมของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง ตามกรอบมาตรฐาน HA และประเด็นข้อเสนอแนะที่ต้องพัฒนาดังนี้	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแต่ละด้าน
-เรื่องจากทีมนำ งานแผนและยุทธศาสตร์ งานจริยธรรม งานวิเคราะห์การจัดการความรู้ขององค์กร	
-เรื่องจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล	
-เรื่องจากคณะกรรมการองค์กรวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล	
-เรื่องจากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	
-เรื่องจากคณะกรรมการควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	
-เรื่องจากคณะกรรมการเวชระเบียน	
-เรื่องจากคณะกรรมการระบบยา	
-เรื่องจากคณะกรรมการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสี	
-เรื่องจากคณะกรรมการเฝ้าระวังภัยสุขภาพชุมชน	
-เรื่องจากคณะกรรมการปฐมภูมิและการทำงานกับชุมชน	

ตารางที่ 47 รูปแบบของวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ต่อ)

วาระในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	ผู้รับผิดชอบ
<p style="text-align: center;"><b>ภาพลึนธุ์</b></p> <p>-เรื่องจากคณะกรรมการที่ดูแลผู้ป่วยทางคลินิก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● อายุรกรรม</li> <li>● สูติกรรม</li> <li>● กุมารเวชกรรม</li> <li>● ศัลยกรรม</li> <li>● ศัลยกรรมกระดูกและข้อ</li> <li>● หู ตา คอ จมูก</li> <li>● จิตเวช</li> </ul>	



ตารางที่ 48 หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรด้านคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ลำดับ	วันที่อบรม	ชื่อหลักสูตร	จำนวน (คน)	งบประมาณ
1.	12-14 กุมภาพันธ์ 2563	HAพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	6	27,000
2.	25-27 มีนาคม 2563	การพัฒนาคุณภาพสำหรับงาน สนับสนุนบริการ	3	13,500
3.	29 เมษายน -1 พฤษภาคม 2563	Quality change Agent	4	20,000
4.	30 มิถุนายน -2 กรกฎาคม 2563	HA 501 การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Standard Implementation)	4	20,000
5.	22-24 เมษายน 2563	HA 502 แนวคิด Lean และการ ประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพ	4	20,000
6.	22-23 พฤษภาคม 2563	HA 504 ความรู้ด้านโลจิสติกส์ใน โรงพยาบาล	2	10,000
7.	25-27 มีนาคม 2563	HA 401 การเยี่ยมสำรวจภายใน และ การสร้างโค้ชเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพ	8	36,000
8.	19-22 พฤษภาคม 2563	HA 503 SAR Writing	4	10,000
9.	12-17กรกฎาคม 2563	HA 451 การเตรียมตัวเป็นผู้เยี่ยม สำรวจ	1	25,000
10.	27-29 มิถุนายน 2563	HA 601 ระบบบริหารความเสี่ยงใน โรงพยาบาล	6	30,0000
11.	17-19 มิถุนายน 2563	HA 602 คุณภาพและความปลอดภัย ทางคลินิก	4	20,000
12.	29 เมษายน - 1 พฤษภาคม 2563	HA 704 การประชุมปฏิบัติการเพื่อ การพัฒนาต่อเนื่อง (Rolling Quality Momentum)	2	10,000

ตารางที่ 48 หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรด้านคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

ลำดับ	วันที่อบรม	ชื่อหลักสูตร	จำนวน (คน)	งบประมาณ
13.	30 มิถุนายน - 2 กรกฎาคม 2563	HA 705 การประชุมเชิงปฏิบัติการใน การเตรียมความพร้อมในการต่ออายุ การรับรอง (Act to reaccredit)	2	10,000

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
พื้นฐานสำหรับ การพัฒนา คุณภาพ โรงพยาบาล จำนวน 4 คน	1. นำแนวคิดและปรัชญาคุณภาพสู่การ ปฏิบัติงานประจำได้ 2. สามารถใช้เครื่องมือพื้นฐาน ประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างเหมาะสม 3. มีทัศนคติที่ดี ในการทำงานให้มีคุณภาพ	1. แนวคิดและปรัชญาของ กระบวนการพัฒนาคุณภาพใน งานประจำ 2. การสื่อสารเพื่อการทำงานเป็น ทีม 3. การใช้เครื่องมือคุณภาพเพื่อ การพัฒนา ได้แก่ 3P, 3C-PDSA, QA/ CQI, 12 กิจกรรมทบทวน สู่ การ วางระบบ และ การใช้ ประโยชน์จาก Service Profile
การพัฒนา คุณภาพ สำหรับงาน สนับสนุน บริการ 4 คน	1. สามารถวิเคราะห์หน้าที่/เป้าหมาย ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพหรือ ประเมินการบรรลุ เป้าหมายของหน่วยงาน สนับสนุนบริการได้อย่างเหมาะสม สามารถ ประยุกต์และเชื่อมโยงกิจกรรม การพัฒนา คุณภาพกับงานประจำได้ 2. เรียนรู้ประเด็นสำคัญและสามารถนำไป ปรับปรุงหน่วยงานสนับสนุนบริการให้มี คุณภาพ	1. แนวคิดและปรัชญาของการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลใน มุมมองของงานสนับสนุนบริการ 2. ประเด็นสำคัญในการพัฒนา หน่วยงานสนับสนุนบริการจาก ประสบการณ์การเยี่ยมชมสำรวจ



ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
	3.เรียนรู้เป้าหมายและสามารถนำมาตรฐานด้านกำลังคน,สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม	3.ประเด็นสำคัญของมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานด้านกำลังคนและสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งวิธีการนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล
การเยี่ยม สำรวจภายใน และการสร้าง โค้ชเพื่อ ขับเคลื่อน คุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง (Internal Survey& Coaching for Continuous Quality Journey) จำนวน 8 คน	1. สามารถเข้าใจแนวคิดและทักษะการโค้ชและใช้แนวคิดการตามรอยเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ 2. วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินตนเอง จับประเด็นสำคัญ และวางแผนการโค้ชได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. ใช้ทักษะการโค้ชร่วมกับการตามรอยทั้งหน่วยงานทางคลินิกและหน่วยงานสนับสนุนบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4. วิเคราะห์ระบบต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล เพื่อสื่อสารข้อมูลและกระตุ้นให้หน่วยงานและทีมพัฒนาคุณภาพ ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ 5. สรุปประเด็นสำคัญจากการโค้ช การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ พร้อมทั้งใช้ทักษะการโค้ช เพื่อช่วยให้หน่วยงาน และทีมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาให้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง	1.แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA,การใช้หลักการตามรอย ,Risk-Based Thinking 2.แนวคิดและทักษะการโค้ช , GROW Model เป้าหมายในการโค้ช 3. Various Tracing : การตามรอยต่าง ๆ (2P-Safety Tracer , System Tracer ,Clinical Tracer) 4.การวิเคราะห์ห้องค์กรโดยใช้ Hospital profileการนำข้อมูลไปใช้วางแผนการโค้ช 5. การวิเคราะห์ Service Profile การนำข้อมูลไปใช้วางแผนการโค้ช 6. การใช้ Scoring Guideline 2019เพื่อกระตุ้นให้มีการยกระดับการพัฒนาคุณภาพ 7. การวางแผนการตามรอยและการโค้ช ได้แก่ การตามรอย (2P-Safety Tracer , System Tracer , Clinical Tracer)

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
		8. การทำ Rapid Assessment , Reflection & Management 9. ฝึกประยุกต์เนื้อหาจากการเรียนรู้กับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึก เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์การประเมินตนเอง, การวางแผนการตามรอยและการโค้ช, การตามรอยที่หน่วยงานและทำบทบาทโค้ช , การสรุปประเด็น สำคัญจากการโค้ช และจัดทำ Process Management Plan
Quality Change Agent	1.สามารถขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้สู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึงทั้งองค์กร 2.สามารถตั้งศักยภาพและคุณค่าของตัวเองและคนในองค์กรเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ได้ 3.สามารถปรับเปลี่ยน/วางแผนกระบวนการเรียนรู้หรือเครื่องมือคุณภาพให้เข้ากับบริบทขององค์กร	1.การสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน 2.การใช้มุมมองเชิงบวกกับการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ 3.เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) 4.เทคนิคการสร้างการเรียนรู้ของทีม (Team learning)
การเตรียมตัวเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก จำนวน 1 คน (External Surveyor Preparation Camp	1. ความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ การใช้เครื่องมือคุณภาพ และมาตรฐาน HA ในระดับที่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ 2.สามารถเสริมสร้างทักษะสำคัญของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ เช่น การคิดวิเคราะห์ การใช้มุมมองเชิง ระบบการฟัง การสังเกต การโค้ชอย่างมีเป้าหมาย	1.ทำความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานและปรัชญา HA และจริยธรรมของการทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ 2.การวิเคราะห์องค์กรผ่าน Hospital Profile 3.การเรียนรู้ทำความเข้าใจประ ยุคที่ใช้มาตรฐาน HA ทั้ง Step & Flow ผ่านกระบวนการ PDCA เพื่อ การเยี่ยมสำรวจที่มีคุณค่า

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
	<p>3.พัฒนาทักษะในการวิเคราะห์แบบประเมินตนเอง (Self Assessment Report) ในระดับที่สามารถ วางแผนการเยี่ยมสำรวจ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาได้</p> <p>4.สามารถเตรียมความพร้อมเข้าสู่การพัฒนาเป็นผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบัน</p>	<p>4.การวิเคราะห์ SAR เพื่อวางแผนการเยี่ยมสำรวจโดยใช้หลัก Appropriateness ,Systematic, Effectiveness, Learning</p> <p>5. เรียนรู้ทักษะสำคัญของการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูลและหลักฐาน,การใช้ ประโยชน์จาก SAR ในการเตรียมเยี่ยม, การสังเกต, การฟัง, การสัมภาษณ์, การโค้ชอย่างมีเป้าหมาย, การฝึกฝนการทำงานเป็นทีม และการเขียนรายงาน</p>
<p>การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ (Standard Implementation)</p>	<p>1. เข้าใจแนวคิดพื้นฐาน และ ประโยชน์ของมาตรฐาน การนำมาตรฐาน HA สู่การปฏิบัติ</p> <p>2. เรียนรู้คุณค่า และประโยชน์จาก Hospital Profile</p> <p>3. เข้าใจมาตรฐาน การถอดรหัสมาตรฐาน และการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ผ่านการประยุกต์ใช้ 3CPDSA</p> <p>4. เรียนรู้การประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 (Standard Part I) ในระดับหน่วยงาน</p> <p>5. เรียนรู้การใช้ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 3 ผ่านการรับรู้ประสบการณ์ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่ม คุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย</p>	<p>1.แนวคิดพื้นฐานการนำมาตรฐาน HA สู่การปฏิบัติ</p> <p>2.เรียนรู้คุณค่าและประโยชน์ Hospital Profile รวมทั้งการประยุกต์ใช้ Hospital Profile ในระดับ หน่วยงาน</p> <p>3. การถอดรหัสมาตรฐาน HA และ การนำมาตรฐาน HA ตอนที่ I, II ,III สู่การปฏิบัติ ผ่านการประยุกต์ใช้ 3C-PDSA</p> <p>4.การประยุกต์ใช้มาตรฐาน HA ตอนที่ 1 ในระดับหน่วยงาน</p> <p>5. การใช้มาตรฐาน HA ตอนที่ 3 ผ่าน 2P Experience</p>

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
	<p>ผู้ป่วย (Standard Part III &amp; 2P Experience)</p> <p>6. เข้าใจกระบวนการประเมินตนเอง การเขียนรายงานประเมินตนเอง (SAR) อย่างเรียบง่าย และ การ ประเมิน/วิเคราะห์การเขียนรายงานการประเมินตนเอง (SAR Evaluation)</p>	<p>6. การนำเป้าหมายความปลอดภัยสู่การปฏิบัติโดยบูรณาการกับเครื่องมือคุณภาพ (SIMPLE &amp; Various Quality Tools)</p> <p>7. การเขียนรายงานประเมินตนเอง (SAR) อย่างเรียบง่าย และ การประเมินการเขียนรายงานการ ประเมินตนเอง (SAR Evaluation)</p>
แนวคิด Lean และการประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพ	<p>1. มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด Lean และสามารถถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานได้ (Facilitator)</p> <p>2. สามารถนำเสนอแผนการปรับปรุงการบริการตามแนวคิด Lean ในรูปแบบ A3 report</p> <p>3. สามารถนำแนวคิดแบบ Lean มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพกระบวนการทำงาน</p>	<p>1. ผู้เข้าอบรมสามารถเสนอแผนการพัฒนากระบวนการตามแนวคิด Lean แก่ผู้บริหารได้</p> <p>2. ผู้เข้าอบรมสามารถทำหน้าที่เป็น Facilitators ได้(มีความรู้ ทักษะ และสามารถเผยแพร่แนวคิด Lean ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานได้)</p> <p>3.สามารถดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพกระบวนการทำงานจากการประยุกต์ใช้แนวคิด Lean ใน หน่วยงาน</p>
SAR Writing	<p>1.มีความรู้ความเข้าใจในการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA และสามารถนำกลับไปประเมิน พัฒนา ตลอดจนยกระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้อย่างเข้าใจ และเกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ</p>	<p>1.Overview แนวคิดและหลักการประเมินตนเอง (Self assessment)</p> <p>2.การใช้ประโยชน์จาก Hospital Profile (Usability of Hospital Profile)</p> <p>3.Service Profile (Self-assessment at the unit level)</p> <p>4.Review Quality of CLT Information</p>

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
		5.แนวคิดหลักการเขียนแบบประเมินตนเอง (SAR) ด้วยแนวคิด 3P 6.แนวทางการตรวจสอบการประเมินตนเอง (SAR Checklist) 7. เครื่องมือประกอบการเขียน SAR Performance Measurement 8. เครื่องมือประกอบการเขียน SAR Rapid Assessment SAR Part IV
ความรู้ด้านโลจิสติกส์ในโรงพยาบาล	1. เข้าใจหลักการและแนวคิดด้านการจัดการโลจิสติก และซัพพลายเชนในบริบทโรงพยาบาล และสามารถถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงานได้ 2. นำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงพัฒนากระบวนการด้านโลจิสติก (Logistics & Supply Chain Efficiency) ประยุกต์ใช้ได้จริงอย่างเป็นรูปธรรมในโรงพยาบาล	เรียนรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านโลจิสติก และการประยุกต์ใช้ หลักการโลจิสติกที่นิยมใช้อุตสาหกรรม มาใช้ในโรงพยาบาล เช่น การจัดการกระบวนการไหลปรับปรุงกระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกระบบ แยกคอยการจัดการระบบสารสนเทศ การจัดการคลังและวัสดุคงคลัง การขนส่งและกระจายสินค้า รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โลจิสติกที่ทันสมัยในการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล
ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ	1. เข้าใจความหมาย ความสำคัญและหลักการระบบบริหารความเสี่ยง 2. เข้าใจมาตรฐานระบบบริหารความเสี่ยงฉบับที่ 4 และนำไปประยุกต์ใช้ในรพ.ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. รพ.สามารถเข้าใจและนำไปวางระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย	1. ความหมายความสำคัญและหลักการระบบบริหารความเสี่ยง 2. ระบบบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล การเชื่อมโยงโปรแกรมความเสี่ยงต่าง ๆ และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ บริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
	ระดับรพ. ได้อย่าง เหมาะสมกับบริบทของ รพ	3. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย 3.1) Standard Risk Management 4 th 3.2) Risk Identification 3.3) Risk Severity and Prioritization 3.4) Human- Centered Design 3.5) แนวคิด Root Cause Analysis (RCA) & Safety Design 3.6) Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) 3.7) การประเมินและการใช้ประโยชน์ จากวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย (Safety Culture) 3.8) Risk Monitoring & Evaluation 3.9) คุณค่า ความหมาย/การใช้ประโยชน์จากทะเบียนความเสี่ยง (Risk Register)
คุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก	1.สามารถวางระบบการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งในระดับภาพรวมและระดับทีมดูแลผู้ป่วย 2.ใช้ข้อมูลอดีต (เวชระเบียน การทบทวนการดูแลผู้ป่วยรายงานอุบัติการณ์) เพื่อการเรียนรู้ การ วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และการออกแบบระบบที่รัดกุม	1. แนวคิดและปรัชญาเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 2. การใช้ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อจุดประกายการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
	<p>3. ใช้โรคหรือสภาวะทางคลินิกในการประเมินคุณภาพของทุกระบบงานในโรงพยาบาล</p> <p>4. พัฒนาคุณภาพทางคลินิกโดยเน้นผลลัพธ์ และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน</p> <p>5. เข้าใจบทบาทและระดับความรับผิดชอบ ในความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของหน่วยงาน/ทีม นำด้านคลินิก/ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง</p> <p>การเชื่อมโยงประสานข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นใน โรงพยาบาล</p> <p>6. บูรณาการมาตรฐาน HA ตอนที่ III เข้าสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>3. การใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อ การเรียนรู้และวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย</p> <p>4. การใช้โรคหรือสภาวะทางคลินิกเป็นตัวตามรอย (Clinical tracer) ในการประเมินคุณภาพ</p> <p>5. การวิเคราะห์สาเหตุของความเสี่ยงในเชิงระบบเพื่อแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ</p> <p>6. การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกที่เน้นผลลัพธ์ และใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายร่วมกัน รวมทั้งการใช้ evidence based, benchmarking, knowledge sharing, directed creativity</p> <p>7. บทบาทของทีม นทางคลินิก คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และองค์กรแพทย์</p> <p>8. มาตรฐาน HA ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย</p>
<p>การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง (Rolling Quality Momentum)</p>	<p>1. ผู้เข้าอบรมจากโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA ในระยะเวลาหลังการรับรอง 6 เดือน - 1 ปี ได้มี การวางแผนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. เรียนรู้การใช้มาตรฐานในระดับหน่วยงาน และสามารถนำไปปรับใช้ได้</p> <p>3. เข้าใจแนวคิด HA และสามารถออกแบบระบบงาน การพัฒนาคุณภาพ</p>	<p>1. แนวคิดและเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพของทีม นทางคลินิก (Easy Quality for CLT/PCT)</p> <p>2. การวัดผลการดำเนินงานขององค์กร(Performance Measurement) และการใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุง ผลงานขององค์กร</p>

ตารางที่ 49 รายละเอียดหลักสูตรด้านการพัฒนาคุณภาพ บุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ต่อ)

หลักสูตร	วัตถุประสงค์ในการอบรม	เนื้อหา
	<p>อย่างเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล</p> <p>4. สามารถนำแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะเชื่อมโยงกับมาตรฐานใหม่และไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้</p> <p>5. สามารถเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการกำหนด การวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์จากผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาล และสามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาได้</p> <p>6. เข้าใจมาตรฐาน HA ฉบับที่ 4 ระบบบริหารความเสี่ยง และสามารถเรียนรู้การใช้ประโยชน์จาก ทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (Risk register) ได้</p> <p>7. ผู้เข้าอบรมสามารถเรียนรู้การใช้ประโยชน์จากการทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุต้นตอของความเสี่ยง เพื่อนำสู่การป้องกัน แก้ไขได้อย่างเป็นระบบ</p>	<p>ปรับปรุง ผลงานขององค์กร</p> <p>3. มาตรฐานฉบับที่ 4 : ระบบบริหารความเสี่ยงและการใช้ประโยชน์จากทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (New HA Standards : Risk management through risk register)</p> <p>4. จากข้อเสนอแนะการเยี่ยมชมสำรวจสู่การปฏิบัติ (From Recommend to action)</p>

พูน ปณ ทิโต ชีเว



## ตารางที่ 50 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 1

ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	1. ทพ.ญ. ชัญญา ชีโรชิต 2. นางอรทัย ศรีทอง 3. นางจันทร์แดง เดชพรรณ น 4. ญ. สุวรรณิ พฤษขำมพันธุ์
หน่วยงานที่เยี่ยม	PCT ศัลยกรรม/OR/วิสัญญี/IC/ ทันตกรรม/ศูนย์แปล
ประเด็นที่ทำได้ดี	1. การเขียน Clinical tracer ที่เป็นแบบอย่างให้กับ PCT อื่นได้ 2. มีแนวทางปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 3. การคัดกรองผู้ป่วยที่ทันตกรรม และมีแนวทางการคัดกรอง ในสถานการณ์ COVID-19
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	1. เพิ่มแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis 2. พัฒนาและปรับปรุง Surgical check list 3. ระบบคัดแยกขยะ ของงานทันตกรรม 4. การส่งบุคลากรเข้าอบรมเฉพาะทางศัลยกรรม 5. เพิ่มแนวทางการส่งต่อข้อมูลที่ OR 6. การระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	1. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 2. Diver diagram/3P

## ตารางที่ 51 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 2

ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	1. พญ. ขวัญพจน์ สดใส 2. นางศิริภาณี ลือทองจักร 3. นายวรวิทย์ ไชยขุ่ม 4. นายศิวกุล นาถ้ำพลอย
หน่วยงานที่เยี่ยม	PCT Med/ธุรการ/การเงิน/บัญชี /ไตเทียม
ประเด็นที่ทำได้ดี	1. การเขียน Service profile 2. การทบทวนตัวชี้วัดที่สำคัญ

## ตารางที่ 51 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 2 (ต่อ)

ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การบริหารความเสี่ยง /การสอนโปรแกรม ลงระบบรายงานความเสี่ยง ในระบบการเงิน ธุรกิจ</li> <li>2.การเขียน clinical tracer ทีมอายุรกรรม</li> <li>3.ระบบการตรวจสอบคุณภาพของระบบน้ำ RO ก่อนปล่อยลงระบบบำบัดน้ำเสีย</li> <li>4.การส่งบุคลากรเข้าอบรมในหลักสูตรเฉพาะทางไต</li> <li>5.การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก</li> </ol>
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4</li> <li>2.3P 3C-PDSA</li> </ol>

## ตารางที่ 52 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 3

ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.นพ.กฤตพงศ์ สมบูรณ์</li> <li>2.น.ส.พัชรีย์ ไสยนิทย์</li> <li>3.นายสุรศักดิ์ ติการยทรัพย์</li> <li>4.น.ส.อภิชญา อารีเอื้อ</li> </ol>
หน่วยงานที่เยี่ยม	โซนพื้นที่ด้านหลังโรงพยาบาล/รพภ./สนาม/บำบัดน้ำเสีย/ซ่อมบำรุง/ENV/พัสดุ/ซักฟอก/ยานพาหนะ
ประเด็นที่ทำได้ดี	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การมีแผนพัฒนาหน่วยงานเรื่องสิ่งแวดล้อม</li> <li>2.มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน</li> <li>3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ</li> </ol>
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน</li> <li>2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั่วไป/2P Safety</li> <li>3.การพัฒนาระบบ IC</li> </ol>
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3)</li> <li>2.การทบทวน</li> </ol>

ตารางที่ 53 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 4

ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	1.นพ.จารุพล ดวงศิริทรัพย์ 2.นางฟองทิพย์ สิ้นแสง 3.นายวรรณพ ชวนินทวิสุทธิ
หน่วยงานที่เยี่ยม	PCT สูตินรีเวชกรรม/กลุ่มการพยาบาล/LR/ER/OPD
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.การทำงานร่วมกันในภาพของ MCH Boad 2.มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั่วไป/2P Safety 3. การทำ MM Conference 4.ระบบการบันทึกเวชระเบียน
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P

ตารางที่ 54 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 5

ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	1.นางเยาวเรศ ก้านมะลิ 2.นางมะลิวัลย์ เนืองโพธิ์ 3.นางยุพาพร มาพะเนา
หน่วยงานที่เยี่ยม	PCT EENT/จิตเวช/OPD จิตเวช/ PCT Ortho/โภชนศาสตร์/ ทรัพยากรบุคคล/กลุ่มงานสวัสดิการสังคม
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.มีแนวทางการส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด 2.การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีนวัตกรรม และมีผลลัพธ์การติดตาม ผู้ป่วยที่ดี 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)

ตารางที่ 54 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 5 (ต่อ)

ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน</li> <li>2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั่วไป/2P Safety</li> <li>3.เพิ่มระบบเครื่องมืออุปกรณ์ ที่ต้องมีการปรับปรุง ระบบการส่งซ่อม</li> <li>4.ระบบการบันทึกเวชระเบียน</li> </ol>
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3)</li> <li>2.การทบทวน MM , Risk management 3P</li> </ol>

ตารางที่ 55 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 6

ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.นายสิทธิา จิรกุลสมโชค</li> <li>2.นางวิยดา ยลวงค์</li> <li>3.นางวนิดา ภาภูตานนท์</li> </ol>
หน่วยงานที่เยี่ยม	เวชกรรมสังคม/เภสัชกรรม/PCU/ งานประชาสัมพันธ์/เครื่องมือแพทย์
ประเด็นที่ทำได้ดี	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การทำงานเชื่อมประสานกับชุมชน</li> <li>2.มีการนำระบบ สารสนเทศมาพัฒนาระบบบริหารยาของเภสัชกรรม</li> <li>3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)</li> </ol>
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน</li> <li>2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั่วไป/2P Safety</li> <li>3.ระบบบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์</li> </ol>
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3)</li> <li>2.การทบทวน MM , Risk management 3P</li> </ol>

ตารางที่ 56 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 7

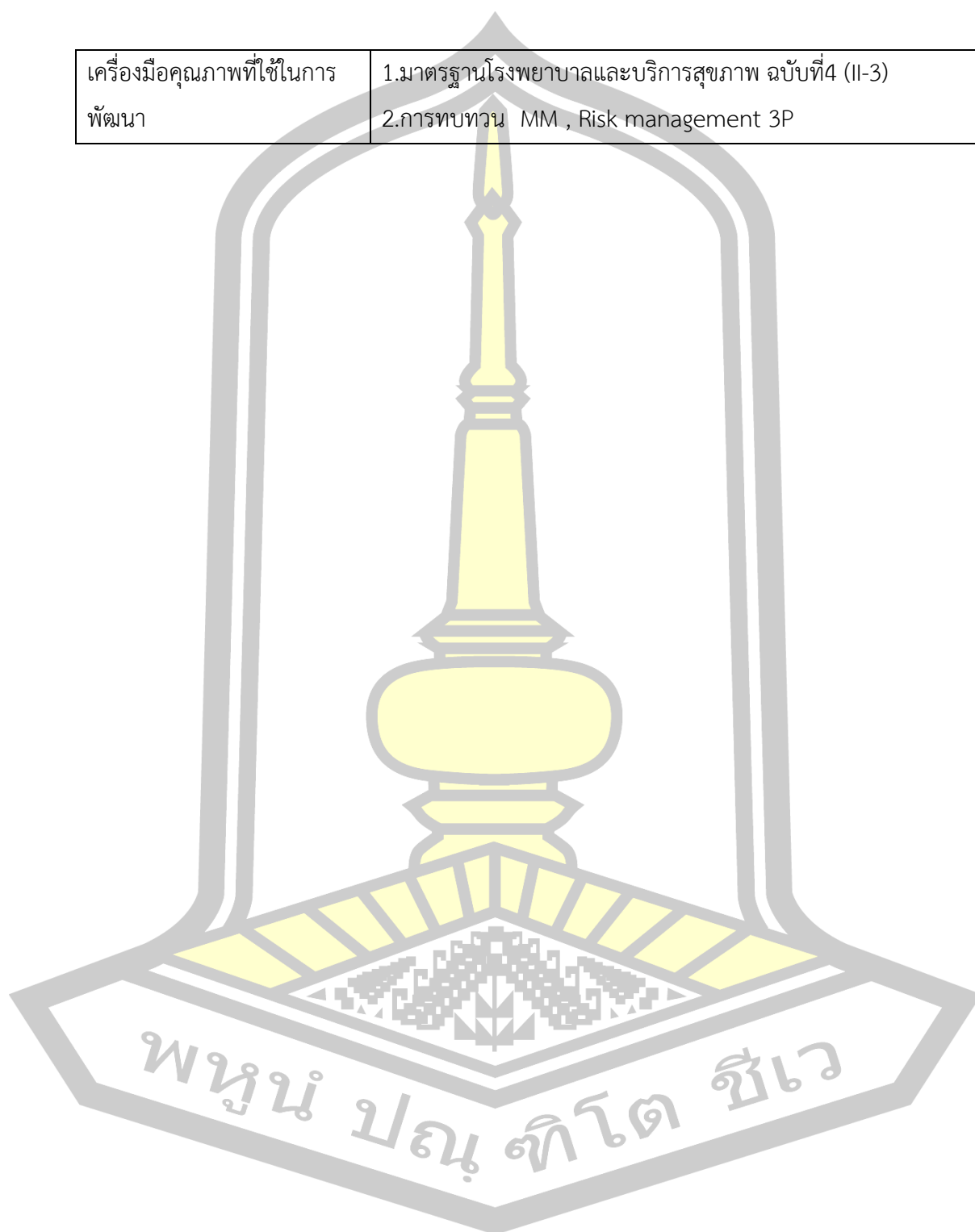
ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	1.นางณัชชา เพียงพอ 2.น.ส.วรรค์ธรรณา ดลโสภาณ 3.นางพูนศิริ อุบลเลิศ
หน่วยงานที่เยี่ยม	แพทย์แผนไทย/Lab/x-ray/อาชีวเวชกรรม/สุขศึกษา/จ่ายกลาง
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.การทำงานเชื่อมประสานกับชุมชน 2.มีการนำระบบ สารสนเทศมาพัฒนาระบบบริหารยาของเภสัชกรรม 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทัวไป/2P Safety 3.ระบบบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์
เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P

ตารางที่ 57 ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพที่ 8

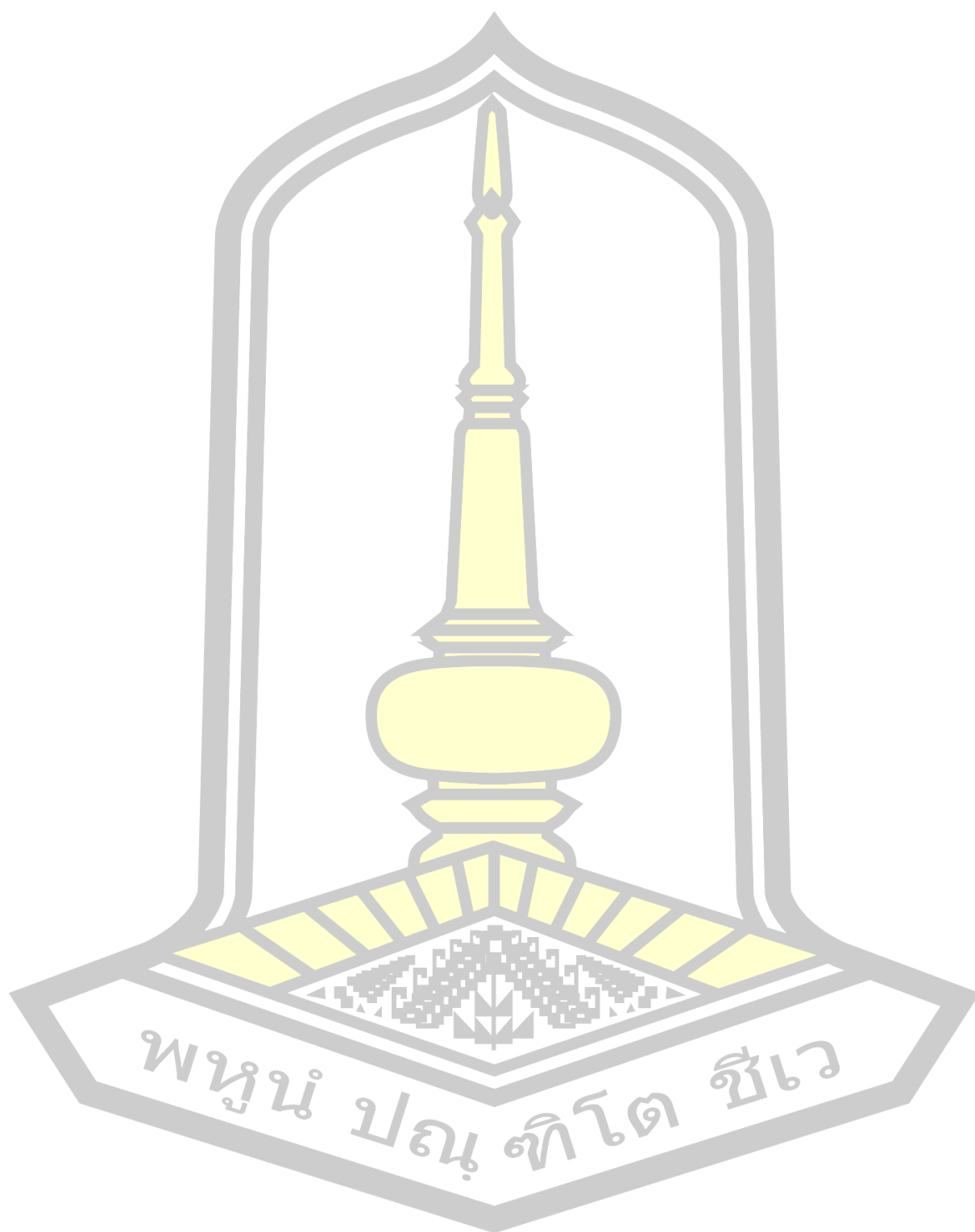
ทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ	1.นางบุศรินทร์ เขียนแมน 2.นางภัทธิญา แดนวงศ์ 3.นางพัชรินทร์ อติสรณกุล
หน่วยงานที่เยี่ยม	PCT เด็ก/Refer/ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/งานเวชระเบียน/เวชศาสตร์ฟื้นฟู
ประเด็นที่ทำได้ดี	1.กระบวนการดูแลผู้ป่วย เรื่องระบบ Fast tract ในPCT เด็ก 2.มีระบบการคัดกรอง ในสถานการณ์ COVID-19 ในหอผู้ป่วยเด็กที่มีมารดาเฝ้า 3.มีการพัฒนาคู่มือ ในงานที่รับผิดชอบ (WI)
ประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา ที่ทีมพี่เลี้ยงช่วยในการพัฒนา	1.การเขียน Service profile ของหน่วยงาน 2.การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทัวไป/2P Safety 3.การส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่อง

ตารางที่ 57 ทีมที่เลี้ยงคุณภาพที่ 8

เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ในการพัฒนา	1.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่4 (II-3) 2.การทบทวน MM , Risk management 3P
----------------------------------	---









ภาพประกอบการโครงการการบริหารความเสี่ยงและ 2P Safety



รูปภาพที่ 31 ภาพประชุมพัฒนาความรู้บุคลากร 2P Safety



รูปภาพที่ 32 ภาพการจัดทำ Risk Profile หน่วยงาน



รูปภาพที่ 33 ภาพประชุมจัดทำแผนเอกสารความเสี่ยง



รูปภาพที่ 34 ภาพการประชุมโปรแกรมความเสี่ยง



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวอภิขญา อารีเอื้อ
วันเกิด	วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2522
สถานที่เกิด	อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 245 หมู่ 3 ตำบลบ้านเชียง อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	เลขที่ 283 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสไปรษณีย์ 46000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2541 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2545 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัย มหาสารคาม พ.ศ. 2560 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัย มหาสารคาม พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2564 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
ผลงานวิจัย	1. อภิขญา อารีเอื้อ, สงครามชัย ลีทองดี และสุนทร ยนต์ตระกูล. (2560). รูปแบบการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง: กรณีคลินิกเด็กธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารคณะพยาบาล ศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพา, 25(4), 42-50. 2. Areeauey Abhichaya and Leethongdee Songkramchai. (2019). Factors Relating to Participation in Quality Improvement and Hospital Accreditation of Health Professions in Kalasin Hospital, Kalasin Province, Thailand. Health informatics vision, 262, 272- 275.