บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และไม่อยู่ระหว่างการลาป่วยหรือลาศึกษาต่อ จำนวน 312 คน โดยผู้ศึกษาแจกแบบสอบถาม จำนวน 312 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนและมีความสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 290 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.95 ผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (ตารางที่ 2-12)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของแต่ละกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอายุเฉลี่ย 47.90 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.33 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.66 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.67 ระยะเวลาปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.33 ระยะเวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 24.79 ปี ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่เป็นสมาชิกทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 56.67 ประสบการณ์การศึกษา/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่เป็นเรื่อง HA และการบริหารความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 93.33 เท่ากัน

สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 91.15 มีอายุเฉลี่ย 36.44 ปี อายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.23 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 76.15 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษและห้องผู้ป่วยหนักมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.92 ระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 11 – 20 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.46 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.32 ปี ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่เป็นสมาชิกทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 66.15 ประสบการณ์การศึกษา/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่เป็นเรื่อง การบริหารความเสี่ยง คิดเป็น ร้อยละ 80.77 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา หน่วย/แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในงานพัฒนาคุณภาพ และประสบการณ์การศึกษา/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)		กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	($\bar{x}$ =47.90, SD=4.67, range=38-59)		($\bar{x}$ =36.44, SD=7.05 range=21-56)	
21 - 30 ปี	0	0.00	63	24.23
31 - 40 ปี	1	3.33	115	44.24
41 - 50 ปี	22	73.33	78	30.00
51 - 60 ปี	7	23.33	4	1.53
เพศ				
ชาย	2	6.67	23	8.84
หญิง	28	93.33	237	91.15
ระดับการศึกษา				
อนุปริญญาหรือต่ำกว่า	2	6.67	44	16.92
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	17	56.67	198	76.15
ปริญญาโท	9	30.00	18	6.92
อื่นๆ ปริญญาเอก	2	6.66	0	0.00
หน่วยงาน / แผนกที่ปฏิบัติงาน				
กลุ่มงานเภสัชกรรม	1	3.33	9	3.46
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก	1	3.33	5	1.92
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	1	3.33	0	0.00
กลุ่มอำนวยการ	4	13.33	21	8.08
กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม	0	0.00	2	0.76
กลุ่มงานจิตเวช	0	0.00	2	0.76
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ	1	3.33	11	4.23
กลุ่มงานรังสีวิทยา	0	0.00	1	0.38
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	0	0.00	2	0.76
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	0	0.00	4	1.54
กลุ่มการพยาบาล	1	3.33	0	0.00
งานวิสัญญีพยาบาล	0	0.00	6	2.31
หน่วยเครื่องมือพิเศษ	0	0.00	6	2.31

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา หน่วย/แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในงานพัฒนาคุณภาพ และประสบการณ์การศึกษา/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)		กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงาน / แผนกที่ปฏิบัติงาน				
หอผู้ป่วยพิเศษ	4	13.33	31	11.92
ห้องผู้ป่วยหนัก	3	10.00	31	11.92
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	1	3.33	4	1.54
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	1	3.33	17	6.54
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	5	16.67	25	9.61
หอผู้ป่วย ตาหูคอจมูก	1	3.33	4	1.54
หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม	1	3.33	17	6.54
งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	0	0.00	22	8.46
งานผู้ป่วยนอก	1	3.33	7	2.69
อื่นๆ	4	13.33	33	12.69
ระยะเวลาปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 24.79, SD = 4.67, range = 18 – 34)			($\bar{x}$ = 14.32, SD = 7.17, range = 1 – 34)	
1 – 10 ปี	0	0.00	86	33.08
11 – 20 ปี	8	26.66	126	48.46
21 – 30 ปี	19	63.33	43	16.54
31 – 40 ปี	3	10.00	5	1.92
บทบาทหน้าที่ในงานพัฒนาคุณภาพ *				
ผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพ	12	40.00	23	8.85
สมาชิกทีม				
พัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน	17	56.67	172	66.15
ทีมนำทางคลินิก	15	50.00	43	16.54
ทีมนำเฉพาะด้าน	9	30.00	20	7.69
ผู้ประสานงานคุณภาพ	13	43.33	41	15.77
ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน	12	40.00	30	11.54
อื่นๆ	1	3.33	9	3.46
ประสบการณ์การศึกษา/อบรมเกี่ยวการพัฒนาคุณภาพ *				
HA	28	93.33	200	76.92
TQM / CQI	25	83.33	157	60.38

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา หน่วย/แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ในงานพัฒนาคุณภาพ และประสบการณ์การศึกษา/อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)		กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การศึกษา/อบรมเกี่ยวการพัฒนาคุณภาพ *				
ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน	18	60.00	51	19.62
ทักษะผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ	19	63.33	58	22.31
ผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก	1	3.33	3	1.15
ESB	24	80.00	61	23.46
การบริหารความเสี่ยง	28	93.33	210	80.77
ISO	16	53.33	64	24.62
อื่นๆ	3	10.00	4	1.54

หมายเหตุ * หมายถึง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงคะแนนการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ดังนี้

1. ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรโดยรวมและรายบทของกลุ่มตัวอย่าง

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารโดยรวม อยู่ในระดับมาก และระดับปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติรายบทของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร พบว่า บทที่ 1 การนำ บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ และบทที่ 10 การป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารปฏิบัติได้ในระดับมาก ส่วนบทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และบทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติรายบทของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ พบว่า บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปฏิบัติได้ในระดับมาก ส่วนบทที่ 1 การนำ บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป และบทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ ปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามการรับรู้ของบุคลากร โดยรวมและรายบท

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)		ระดับ	กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		ระดับ
	$\bar{x}$	S.D		$\bar{x}$	S.D	
บทที่ 1 การนำ	1.59	0.50	มาก	1.27	0.52	ปานกลาง
บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย	1.50	0.53	มาก	1.22	0.59	ปานกลาง
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ	1.30	0.57	ปานกลาง	1.06	0.59	ปานกลาง
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1.13	0.60	ปานกลาง	1.10	0.62	ปานกลาง
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	1.30	0.64	ปานกลาง	1.13	0.64	ปานกลาง
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ	1.46	0.59	มาก	1.05	0.62	ปานกลาง
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	1.13	0.56	ปานกลาง	0.88	0.59	ปานกลาง
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป	1.44	0.52	มาก	1.09	0.60	ปานกลาง
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ	1.39	0.55	มาก	1.26	0.62	ปานกลาง
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1.36	0.76	มาก	1.48	0.56	มาก
รวม	1.36	0.58	มาก	1.15	0.53	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรรายบท ดังนี้

บทที่ 1 การนำ ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 60.83 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติ ครบถ้วน จำนวนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. กำหนดโครงสร้างการบริหารงานเพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน 2. ชี้นำ สนับสนุน ผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน และ 3. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานสื่อสารและแก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 73.33, 66.67 และ 53.33 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติโดยรวม อยู่ในระดับบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 64.62 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติบางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ร่วมทบทวนและปรับโครงสร้างการบริหารการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน 2. ร่วมค้นหาความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก และ 3. ร่วมค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาและส่งต่อปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการแก้ไขหรือแก้ไขปัญหาร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 66.15, 65.00 และ 64.61 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 3

จำนวน ร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานบทที่ 1 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 1 การนำ						
1. กำหนดโครงสร้างการบริหารงานเพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน	22 (73.33)	7 (23.33)	1 (3.33)	-	-	-
2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานสื่อสารและแก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพ	16 (53.33)	14 (46.67)	0 (0.00)	-	-	-
3. ชี้นำ สนับสนุน ผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน	20 (66.67)	10 (33.33)	0 (0.00)	-	-	-
4. ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพให้คำชี้แนะหาทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคในงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	15 (50.00)	15 (50.00)	0 (0.00)	-	-	-
5. ร่วมทบทวนและปรับโครงสร้างการบริหารการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน	-	-	-	73 (28.07)	172 (66.15)	15 (5.76)
6. ร่วมค้นหาปัญหา แก้ไขปัญหาและส่งต่อปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการแก้ไขหรือแก้ไขปัญหาร่วมกัน	-	-	-	87 (33.46)	168 (64.61)	5 (1.92)
7. ร่วมค้นหาความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก	-	-	-	75 (28.85)	169 (65.00)	16 (6.15)
8. ร่วมปรับปรุง/พัฒนาระบบการทำงานตามความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	-	-	-	92 (35.38)	163 (62.69)	5 (1.92)
รวม	60.83	38.33	0.83	31.44	64.62	3.94

หมายเหตุ - หมายถึง ไม่มีข้อคำถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 53.33 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ ครบถ้วนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ถ่ายทอด สื่อความหมาย สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย / แผนงาน 2. จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ 3. จัด / สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบายในเรื่อง สิทธิผู้ป่วย การรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ จัด / สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงสุขภาพและความปลอดภัย จัด/สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 66.67, 63.33 และ 60.00, 60.00, 60.00 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 58.59 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ร่วมนำพันธกิจและวิสัยทัศน์โรงพยาบาลมากำหนดแผนการปฏิบัติงานหรือนโยบายในการดูแลผู้ป่วย 2. ร่วมกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือหน่วยงาน และ 3. นำเป้าหมายร่วมและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมาจัดทำเป็นเป้าหมายและแผนปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 60.38, 60.00 และ 55.38 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 2 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย						
1. ถ่ายทอด สื่อความหมาย สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย / แผนงาน	20 (66.67)	10 (33.33)	0 (0.00)	-	-	-
2. ประเมินการรับรู้เรื่อง เป้าหมายร่วมและบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการบรรลุเป้าหมายร่วม	14 (46.67)	14 (46.67)	2 (6.67)	-	-	-
3. จัด/สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบายในเรื่อง สิทธิผู้ป่วย การรักษา มาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ	18 (60.00)	12 (40.00)	0 (0.00)	-	-	-
4. จัด/สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	17 (56.67)	13 (43.33)	0 (0.00)	-	-	-
5. จัด/สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและบันทึกข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล	14 (46.67)	15 (50.00)	1 (3.33)	-	-	-
6. จัด/สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงสุขภาพและความปลอดภัย	18 (60.00)	12 (40.00)	0 (0.00)	-	-	-
7. จัด/สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	18 (60.00)	12 (40.00)	0 (0.00)	-	-	-
8. จัด/สร้างกลไกให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	16 (53.33)	14 (46.67)	0 (0.00)	-	-	-

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 2 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
9. จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	19 (63.33)	10 (33.33)	1 (3.3)	-	-	-
10. ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์	6 (20.00)	20 (66.67)	4 (13.33)	-	-	-
11. ร่วมนำพันธกิจและวิสัยทัศน์โรงพยาบาลมากำหนดแผนการปฏิบัติงานหรือนโยบายในการดูแลผู้ป่วย	-	-	-	87 (33.46)	157 (60.38)	16 (6.15)
12. ร่วมกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนงปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือหน่วยงาน	-	-	-	87 (33.46)	144 (55.38)	29 (11.15)
13. นำเป้าหมายร่วมและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลมาจัดทำเป็นเป้าหมายและแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน	-	-	-	75 (28.85)	156 (60.00)	29 (11.15)
รวม	53.33	44.00	2.67	31.92	58.59	9.49

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและการประสานบริการ ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 54.44 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. จัดให้มีการทบทวนระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ข้อตกลงในการทำงานร่วมกันทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน 2. จัดให้มีการประชุม/ร่วมประชุมระหว่างหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานในการพัฒนาระบบการทำงาน และ 3. จัดให้มีการรายงาน การเฝ้าระวังเครื่องชี้วัดความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพ ปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานในการประชุมของทีมนำทางคลินิกและทีมนำเฉพาะด้าน คิดเป็นร้อยละ 63.33, 53.33 และ 46.67 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 61.92 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ 1. ประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานในการพัฒนาระบบการทำงาน 2. ร่วมทบทวนและจัดทำระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ข้อตกลงในการทำงานร่วมกันในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน และ 3. รายงานการเฝ้าระวังเครื่องชี้วัดความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพ ปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานในการประชุมของทีมนำทางคลินิกหรือทีมนำเฉพาะด้าน คิดเป็นร้อยละ 65.77, 61.54 และ 58.46 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 3 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ						
1. จัดให้มีการทบทวนระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ข้อตกลงในการทำงานร่วมกันทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน	10 (33.33)	19 (63.33)	1 (3.33)	-	-	-
2. จัดให้มีการประชุม/ร่วมประชุมระหว่างหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานในการพัฒนาระบบการทำงาน	13 (43.33)	16 (53.33)	1 (3.33)	-	-	-
3. จัดให้มีการรายงาน การเฝ้าระวังเครื่องชี้วัดความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพ ปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานในการประชุมของทีมนำทางคลินิกและทีมนำเฉพาะด้าน	14 (46.67)	14 (46.67)	2 (6.67)	-	-	-
4. ร่วมทบทวนและจัดทำระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ข้อตกลงในการทำงานร่วมกันในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน	-	-	-	86 (33.08)	160 (61.54)	14 (5.38)
5. ประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานและทีมคร่อมสายงานในการพัฒนาระบบการทำงาน	-	-	-	42 (16.15)	171 (65.77)	47 (18.08)
6. รายงานการเฝ้าระวังเครื่องชี้วัดความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพ ปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานในการประชุมของทีมนำทางคลินิกหรือทีมนำเฉพาะด้าน	-	-	-	45 (17.31)	152 (58.46)	63 (24.23)
รวม	41.11	54.44	4.44	22.18	61.92	15.90

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 51.11 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. กำหนดเนื้อหาในการศึกษาหรือฝึกอบรมของบุคลากร 2. นำข้อมูล เครื่องชี้วัด รายงานอุบัติการณ์ ปัญหาที่เกิดจากความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่และการนิเทศงานมา กำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม และ 3. วิเคราะห์ภาระงานของหน่วยงานเพื่อประเมินประสิทธิภาพ และคุณภาพของการจัดอัตรากำลัง กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานและวิธีส่งเสริมให้ เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาตนเอง คิดเป็นร้อยละ 86.67, 63.33 และ 43.33 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 57.78 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. แสดง/แจ้งความต้องการเนื้อหาในการศึกษาหรือฝึกอบรม 2. รับรู้ผลการประเมินการปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเอง และ 3. ร่วมประเมินผลการพัฒนา บุคลากรของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 65.00, 61.92 และ 57.31 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดใน ตารางที่ 6

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 4 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล						
1. จัดอัตรากำลังเพียงพอ เหมาะสมกับภาระงานของหน่วยงาน	17 (56.67)	11 (36.67)	2 (2.67)	-	-	-
2. วิเคราะห์ภาระงานของหน่วยงานเพื่อประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดอัตรากำลัง	10 (33.33)	13 (43.33)	7 (23.33)	-	-	-
3. กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานและวิธีส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาตนเอง	14 (46.67)	13 (43.33)	3 (10.00)	-	-	-
4. นำข้อมูลเครื่องชี้วัด รายงานอุบัติการณ์ ปัญหาที่เกิดจากความรู้ทักษะของเจ้าหน้าที่และการนิเทศงานมากำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม	10 (33.33)	19 (63.33)	1 (3.33)	-	-	-
5. กำหนดเนื้อหาในการศึกษาหรือฝึกอบรมของบุคลากร	3 (10.00)	26 (86.67)	1 (8.33)	-	-	-
6. ประเมินผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเองของบุคลากรแต่ละคน	17 (56.67)	10 (33.33)	3 (10.00)			
7. แสดง/แจ้งความต้องการเนื้อหาในการศึกษาหรือฝึกอบรม	-	-	-	53 (20.38)	169 (65.00)	38 (14.62)
8. รับรู้ผลการประเมินการปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเอง	-	-	-	79 (30.38)	161 (61.92)	20 (7.69)
9. กำกับดูแลเจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล	-	-	-	94 (36.15)	123 (47.31)	43 (16.54)
10. ร่วมประเมินผลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน	-	-	-	50 (19.23)	149 (57.31)	61 (23.46)
รวม	39.44	51.11	9.44	26.54	57.88	15.58

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 46.25 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. สำรวจภาวะเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่และจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ 2. ประเมินความเหมาะสม ความเพียงพอของเครื่องมือดับเพลิง แผนการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย และ 3. ปรับปรุงโครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ และประเมินสถิติการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่และดำเนินการป้องกันแก้ไข คิดเป็นร้อยละ 60.00, 53.33 และ 50.00, 50.00 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 52.79 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ร่วมปรับปรุงโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ 2. ประเมินภาวะเสี่ยงและจัดทำแนวทางป้องกันอัคคีภัยของหน่วยงาน และ 3. ร่วม / กำกับการฝึกซ้อมวิธีการเมื่อเกิดอัคคีภัย ค้นหาปัญหาที่พบระหว่างการฝึกซ้อมและวางแผนปรับปรุงเพื่อป้องกันอันตราย ความเสียหายจากอัคคีภัย คิดเป็นร้อยละ 61.54, 56.92 และ 55.77 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 5 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย						
1. สำรวจสภาพแวดล้อมและประเมินความเสี่ยงของหน่วยงานที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่	16 (53.33)	13 (43.33)	1 (3.33)	-	-	-
2. ปรับปรุงโครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่	13 (43.33)	15 (50.00)	2 (6.67)	-	-	-
3. ควบคุมกำกับ/ติดตาม/ประเมินผลการแยกขยะเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม	16 (53.33)	9 (30.00)	5 (16.67)	-	-	-
4. ประเมินภาวะเสี่ยง และจัดทำแนวทางป้องกันอัคคีภัยของหน่วยงาน	18 (60.00)	11 (36.67)	1 (3.33)	-	-	-
5. ประเมินความเหมาะสม ความเพียงพอของเครื่องมือดับเพลิง แผนการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย	12 (40.00)	16 (53.33)	2 (6.67)	-	-	-
6. ควบคุมการฝึกซ้อม วิธีการเมื่อเกิดอัคคีภัยค้นหาปัญหาที่พบระหว่างการฝึกซ้อมและวางแผนปรับปรุงเพื่อป้องกันอันตรายความเสียหายจากอัคคีภัย	8 (26.67)	14 (46.67)	8 (26.67)	-	-	-
7. สำรวจภาวะเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่และจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่	8 (26.67)	18 (60.00)	4 (13.33)	-	-	-
8. ประเมินสถิติการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่และคำแนินการป้องกันแก้ไข	11 (36.67)	15 (50.00)	4 (13.33)	-	-	-

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 7 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 5 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
9. ร่วมสำรวจสภาพแวดล้อมและประเมินความเสี่ยงของหน่วยงานที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่	-	-	-	97 (37.31)	143 (55.00)	20 (7.69)
10. ร่วมปรับปรุงโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่	-	-	-	74 (28.46)	160 (61.54)	26 (10.00)
11. ร่วม/กำกับการแยกขยะเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อม	-	-	-	129 (49.61)	114 (43.85)	17 (6.54)
12. ประเมินภาวะเสี่ยงและจัดทำแนวทางป้องกันอัคคีภัยของหน่วยงาน	-	-	-	84 (32.31)	148 (56.92)	28 (10.77)
13. ร่วมประเมินความเหมาะสม ความเพียงพอของเครื่องดับเพลิง แผนการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย	-	-	-	64 (24.61)	136 (52.31)	60 (23.08)
14. ร่วม/กำกับการฝึกซ้อมวิธีการเมื่อเกิดอัคคีภัย ค้นหาปัญหาที่พบระหว่างการฝึกซ้อมและวางแผนปรับปรุงเพื่อป้องกันอันตราย ความเสียหายจากอัคคีภัย	-	-	-	86 (33.08)	145 (55.77)	29 (11.15)
15. ร่วมสำรวจภาวะเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่และจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่	-	-	-	54 (20.77)	137 (52.69)	69 (26.54)
16. รวบรวมสถิติการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่และดำเนินการป้องกันแก้ไข	-	-	-	46 (17.69)	115 (44.23)	99 (38.08)
รวม	42.50	46.25	11.25	30.48	52.79	16.73

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ ครบถ้วนมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ 1. ประเมินความพร้อมความเหมาะสมของเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน 2. กำหนดให้มีการจัดทำแนวทางการบำรุงรักษา ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ได้ตลอดเวลา และ 3. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์การให้บริการของหน่วยงาน และกำหนดให้มีการสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์ของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 66.67, 60.00, และ 46.67, 46.67 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 57.92 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ร่วมประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขแนวทางการจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ 2. ร่วมจัดทำแนวทางการบำรุงรักษา ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ได้ตลอดเวลา และ 3. ร่วมประเมินความเพียงพอ ความเหมาะสมของเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 60.38, 58.85 และ 57.69 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 6 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ						
1. ประเมินความพร้อมความเหมาะสมของเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน	20 (66.67)	10 (33.33)	0 (0.00)	-	-	-
2. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์การให้บริการของหน่วยงาน	14 (46.67)	14 (46.67)	2 (6.67)	-	-	-
3. กำหนดให้มีการจัดทำแนวทางการบำรุงรักษา ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ได้ตลอดเวลา	18 (60.00)	11 (36.7)	1 (3.33)	-	-	-
4. กำหนดให้มีการสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์ของหน่วยงาน	14 (46.67)	14 (46.67)	2 (6.67)	-	-	-
5. ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขแนวทางการจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์	12 (40.00)	14 (46.67)	4 (13.33)	-	-	-
6. ร่วมประเมินความเพียงพอ ความเหมาะสมของเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกของหน่วยงาน	-	-	-	85 (32.69)	150 (57.69)	25 (9.62)
7. ร่วมกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์การให้บริการของหน่วยงาน	-	-	-	45 (17.31)	146 (56.15)	69 (26.54)
8. ร่วมจัดทำแนวทางการบำรุงรักษา ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ได้ตลอดเวลา	-	-	-	84 (32.31)	153 (58.85)	23 (8.85)
9. ร่วมจัดทำวิธีการสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์	-	-	-	48 (18.46)	147 (56.54)	65 (25.00)
10. ร่วมประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขแนวทางการจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์	-	-	-	51 (19.61)	157 (60.38)	52 (20.00)
รวม	52.00	42.00	6.00	24.08	57.92	18.00

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 66.67 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ 1. กำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการทำงานของหน่วยงาน และ 2. นำข้อมูลและสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 63.33 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 61.54 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้บางส่วน มากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ 1. นำข้อมูลและสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน และ 2. ร่วมกำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการทำงานของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 68.46 และ 54.62 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 9

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 7 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล						
1. กำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการทำงานของหน่วยงาน	6 (20.00)	21 (70.00)	3 (10.00)	-	-	-
2. นำข้อมูลและสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน	8 (26.67)	19 (63.33)	3 (10.00)	-	-	-
3. ร่วมกำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องการจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการทำงานของหน่วยงาน	-	-	-	28 (10.77)	142 (54.62)	90 (34.61)
4. นำข้อมูลและสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน	-	-	-	41 (15.77)	178 (68.46)	41 (15.77)
รวม	23.33	66.67	10.00	13.27	61.54	25.19

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป ผลการศึกษาระดับพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 61.33 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ปรับปรุงระบบงานและทำกิจกรรมคุณภาพร่วมกับหน่วยงานอื่น หรือทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลการปฏิบัติ ทบทวนและปรับปรุงระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติที่หน่วยงาน / โรงพยาบาลกำหนดไว้ 2. แก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานโดยใช้ข้อมูลเครื่องชี้วัดและความคิดสร้างสรรค์ และ 3. ตรวจสอบ/ปรับปรุงทำบัญชีความเสี่ยงและแนวทางการป้องกันเกี่ยวกับความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 63.33, 63.33 ,53.33และ50.00 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 60.90 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. ปรับปรุงระบบงานและทำกิจกรรมคุณภาพร่วมกับหน่วยงานอื่น หรือทีมสหวิชาชีพ 2. ร่วมแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานโดยใช้ข้อมูลเครื่องชี้วัดและความคิดสร้างสรรค์ และ 3. ร่วมปรับปรุงระบบงานที่เกิดจากการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือจากการรายงานอุบัติการณ์ คิดเป็นร้อยละ 65.00, 64.52 และ 61.54 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 10

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 10

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 8 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป						
1. ปรับปรุงระบบงานและทำกิจกรรมคุณภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นหรือทีมสหวิชาชีพ	10 (33.33)	19 (63.33)	1 (3.33)	-	-	-
2. ประเมินผลการปฏิบัติ ทบทวนและปรับปรุงระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติที่หน่วยงาน/ โรงพยาบาลกำหนดไว้	9 (30.00)	19 (63.33)	2 (6.67)	-	-	-
3. ทบทวนและปรับปรุงเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ(Key performance indicator : KPI)	17 (56.67)	13 (43.33)	0 (0.00)	-	-	-
4. แก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานโดยใช้ข้อมูลเครื่องชี้วัดและความคิดสร้างสรรค์	14 (46.67)	16 (53.33)	0 (0.00)	-	-	-
5. ปรับปรุงระบบงานที่เกิดจากการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือจากการรายงานอุบัติการณ์	20 (66.67)	10 33.33)	0 (0.00)	-	-	-
6. ตรวจสอบ/ปรับปรุงทำบัญชีความเสี่ยงและแนวทางการป้องกันเกี่ยวกับความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน	14 (46.67)	15 (50.00)	1 (3.33)	-	-	-
7. ปรับปรุงระบบงานและทำกิจกรรมคุณภาพร่วมกับหน่วยงานอื่น หรือทีมสหวิชาชีพ	-	-	-	41 (15.77)	169 (65.00)	50 (19.23)
8. ร่วมประเมินผลการปฏิบัติ ทบทวนและปรับปรุงระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติที่กำหนด	-	-	-	54 (20.77)	159 (61.15)	47 (18.08)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 10 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 8 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
9. ร่วมทบทวนและปรับปรุงเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (key performance indicator : KPI)	-	-	-	60 (23.08)	144 (55.38)	56 (21.54)
10. ร่วมแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานโดยใช้ข้อมูลเครื่องชี้วัดและความคิดสร้างสรรค์	-	-	-	33 (12.69)	168 (64.52)	59 (22.69)
11. ร่วมปรับปรุงระบบงานที่เกิดจากการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือจากการรายงานอุบัติการณ์	-	-	-	89 (34.23)	160 (61.54)	11 (4.23)
12. ร่วมจัดทำบัญชีความเสี่ยงและแนวทางการป้องกันกับความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน	-	-	-	75 (28.85)	150 (57.69)	35 (13.46)
รวม	56.00	61.33	2.67	22.56	60.90	16.54

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิก ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 53.33 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ บางส่วน มากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ 1. จัดให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน และ 2. จัดทำกิจกรรมทบทวนและดำเนินการปรับปรุงระบบการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และ 50.00 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 52.50 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้บางส่วน มากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ 1. ร่วมทบทวนระบบงานในกิจกรรมทบทวนและดำเนินการปรับปรุงระบบการทำงานของหน่วยงาน และ 2. นำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 58.85 และ 46.15 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 11

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 11

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 9 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ						
1. จัดให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน	12 (40.00)	17 (56.67)	1 (3.33)	-	-	-
2. จัดทำกิจกรรมทบทวนและดำเนินการปรับปรุงระบบการทำงาน	14 (46.67)	15 (50.00)	1 (3.33)	-	-	-
3. นำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนระบบการทำงาน	-	-	-	104 (40.00)	120 (46.15)	36 (13.85)
4. ร่วมทบทวนระบบงานในกิจกรรมทบทวนและดำเนินการปรับปรุงระบบการทำงานของหน่วยงาน	-	-	-	91 (35.00)	153 (58.85)	16 (6.15)
รวม	43.33	53.33	3.33	37.50	52.50	10.00

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร โดยรวม อยู่ในระดับ ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 52.33 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ครบถ้วนมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ 1. ควบคุม / ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องการล้างมือและการบาดเจ็บจากของมีคมของบุคลากร และ 2. กำหนดแนวทางปฏิบัติและควบคุมกำกับการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคของบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 56.67 และ 50.00 ตามลำดับ

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ โดยรวม อยู่ในระดับครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 52.50 เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติได้ครบถ้วน มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. กำกับ/ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือและการบาดเจ็บจากของมีคม 2. ได้รับการถ่ายทอด/รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ 3. กำกับ/ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค คิดเป็นร้อยละ 56.92, 55.38 และ 53.46 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 12

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 12

จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตรฐานบทที่ 10 ตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จำแนกตามรายบท (n=30, n=260)

กิจกรรม	ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล					
	กลุ่มผู้บริหาร (n = 30)			กลุ่มผู้ปฏิบัติ (n = 260)		
	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ครบถ้วน จำนวน (ร้อยละ)	บางส่วน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล						
1. กำหนดแนวทางปฏิบัติและควบคุมกำกับการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคของบุคลากร	15 (50.00)	10 (33.33)	5 (16.67)	-	-	-
2. ควบคุม/ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่อง การล้างมือและการบาดเจ็บจากของมีคมของบุคลากร	17 (56.67)	8 (26.67)	5 (16.67)	-	-	-
3. ได้รับการถ่ายทอด/รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	-	-	-	144 (55.38)	113 (43.46)	3 (1.15)
4. ร่วม/ปรับปรุงระบบงานหรือทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดปัญหาหรือป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	-	-	-	111 (42.69)	142 (54.61)	7 (2.69)
5. กำกับ/ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค	-	-	-	139 (53.46)	108 (41.53)	13 (5.00)
6. กำกับ/ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการล้างมือและการบาดเจ็บจากของมีคม	-	-	-	148 (56.92)	100 (38.46)	12 (4.62)
รวม	52.33	30.00	16.67	52.12	44.52	3.37

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ผู้ศึกษาเสนอการอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมและรายบทตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

1.1 การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารโดยรวม

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =1.36, SD=0.29) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ได้มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA มาแล้วเป็นเวลา 10 ปี มาแล้ว มีการประชุมร่วมกันของทีมพัฒนาคุณภาพทุกระดับเป็นประจำทุกเดือน เรียกว่า "HA DAY" (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2542) และในปลายปี 2549 ตั้งแต่เดือนตุลาคมเป็นต้นมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้มอบนโยบายให้จัดการประชุมร่วมกันทุกสัปดาห์ เรียกว่า "HPHA DAY" (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549) มีการจัดทำข่าวสารคุณภาพแจกจ่ายทุกหน่วยงานทุกเดือน จัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล มีกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน หัวหน้างานทุกคนได้รับการอบรมหลักสูตร หัวหน้าพาทำและทบทวนคุณภาพ ในปี 2546 จัดทำสมุดบันทึกคุณภาพ และคู่มือ Hospital Accreditation แจกจ่ายแก่บุคลากรทุกคนเพื่อศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับและบันทึกการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA รวมถึงการแต่งและขับร้องเพลงมาร์ช "สู่ความสำเร็จ HA" (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2543) นอกจากนี้โรงพยาบาลยังได้รับการเยี่ยมให้คำปรึกษาจากผู้เยี่ยมสำรวจภายนอกและที่ปรึกษาภายนอกทุกปี ตั้งแต่เริ่มสมัครเข้าร่วมเป็น 1 ใน 35 โรงพยาบาลนำร่องของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและยังเป็น 1 ใน 8 โรงพยาบาลที่ได้คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยและพัฒนาดังกล่าว มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HA ทั้งส่งไปอบรมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและเชิญวิทยากรจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาอบรมภายในโดยเฉพาะความรู้ในเรื่อง การดำเนินกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพและหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ ทำให้ผู้บริหารระดับหน่วยงานมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำนโยบายถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติได้ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.2 การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารรายบท

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติในแต่ละบทของมาตรฐาน HA พบว่า กลุ่มผู้บริหารมีการรับรู้การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับมาก ในบทที่ 1 การนำ บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพทางคลินิก และบทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีการรับรู้การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับปานกลาง ในบทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และบทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารรายบท ดังนี้

บทที่ 1 การนำ กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารมีการปฏิบัติในมาตรฐานบทนี้อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =1.59, SD=0.50) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้มีการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA มาใช้ ในโรงพยาบาลตั้งแต่ต้นปี 2540 มีการจัดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ทีมนำระดับโรงพยาบาลที่รวมถึงทีมนำเฉพาะด้าน ทีมนำระดับคลินิก และทีมพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งานมีหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมพัฒนาโดยตำแหน่ง ที่ต้องให้การสนับสนุน ผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพระดับหน่วยงาน (facilitator) ทุกหน่วยงาน (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549) นอกจากนี้ยังมีการอบรมให้ความรู้แก่หัวหน้าหน่วยงานเกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ TQM/CQI ทักษะผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ ผู้เยี่ยมสำรวจภายใน กิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพและหัวหน้าพาทบทวนคุณภาพ เป็นต้น (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549) สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล (2543) ได้ให้ความเห็นว่า ผู้บริหารทุกระดับ ต้องใช้ภาวะผู้นำเพื่อกระตุ้น สนับสนุน และติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ (Katz & Green, 1992) และ John Brown ผู้บริหารระดับสูงของ British Petroleum (BP) กล่าวว่า ความเป็นผู้นำ คือ การทำทุกอย่างที่เป็นการกระตุ้นให้องค์การเกิดการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดผลงานที่ดีขึ้น (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, มปป.)

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารมีการปฏิบัติในมาตรฐานบทนี้อยู่ในระดับ มาก ($\overline{X}$ =1.50, SD=0.53) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ได้จัดให้มีการประชุมร่วมกันของทีมพัฒนาคุณภาพทุกระดับเป็นประจำทุกเดือน เรียกว่า "HA DAY" (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2542) และในปลายปี 2549 ตั้งแต่เดือนตุลาคมเป็นต้นมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้มอบนโยบายให้จัดการประชุมร่วมกันทุกสัปดาห์ เรียกว่า "HPHA DAY" (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549) มีการจัดทำ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ข่าวสารคุณภาพแจกจ่ายทุกหน่วยงานทุกเดือน จัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล มีกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ทุกหน่วยงานยังได้รับการอบรมหลักสูตรทักษะ ผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ หัวหน้าพาทำและทบทวนคุณภาพ ในปี 2546 จัดทำสมุดบันทึกคุณภาพ และคู่มือ Hospital Accreditation แจกจ่ายแก่บุคลากรทุกคนเพื่อศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับและบันทึกการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA รวมถึงการแต่งและขับร้องเพลงมาร์ช "สู่ความสำเร็จ HA" มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายโดยเปิดเพลงทุกวันเช้า กลางวัน เย็น (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2543) นอกจากนี้โรงพยาบาลยังได้รับการเยี่ยมให้คำปรึกษาจากผู้เยี่ยมสำรวจภายนอกและที่ปรึกษาภายนอกทุกปี ตั้งแต่เริ่มสมัครเข้าร่วมเป็น 1 ใน 35 โรงพยาบาลนำร่องของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและยังเป็น 1 ใน 8 โรงพยาบาลที่ได้คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยและพัฒนาดังกล่าว ทำให้ผู้บริหารระดับหน่วยงานมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำนโยบายถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติได้ สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล (2543) ที่ให้ความเห็นว่า โรงพยาบาลควรมีกลไกในการถ่ายทอดและสื่อความหมายของข้อความ พันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา ค่านิยม หรือแนวปฏิบัติร่วมกันไปสู่เจ้าหน้าที่ทุกระดับโดยหัวหน้าหน่วยงาน และการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้นทุกคนต้องรับทราบ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ โดยทุกคนมีส่วนร่วม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ จึงจะทำให้เกิดกิจกรรมได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542)

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ กลุ่มตัวอย่างระดับผู้บริหารปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.30, SD=0.57) อภิปรายได้ว่าบุคลากรระดับผู้บริหารยังไม่ถือว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่หลัก จากผลการศึกษาในข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารรับรู้บทบาทการเป็นผู้นำทีม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารบางส่วนที่รับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะสมาชิกทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานทำให้การแสดงบทบาทการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานเพื่อวิเคราะห์หาโอกาสการพัฒนาคุณภาพมีน้อย เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของมาตรฐานบทนี้ พบว่า การทบทวนระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ข้อตกลงในการทำงานร่วมกันทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานปฏิบัติได้น้อยที่สุด ($\overline{X}$ =1.30, SD=0.53) (ตารางที่ 2) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนของคู่มือปฏิบัติงาน ผู้ศึกษาในฐานะเลขานุการศูนย์พัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาล ทำหน้าที่ควบคุมเอกสารและข้อมูลของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน ISO 9001 : 2000 พบว่า เอกสารระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ที่ได้รับการควบคุมในปี 2549 จำนวน 989 ฉบับ ส่วนใหญ่เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในหน่วยงาน เอกสารที่มาจากการสื่อสารและประสานงานเพื่อแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงาน มีน้อยมาก พบเพียงจำนวน 8 ฉบับ (ตารางที่ 5) ซึ่งสอดคล้องกับการรวบรวมข้อมูลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากการประเมินตนเองและผลการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งพบว่า

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มีความซ้ำซ้อนในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานเนื่องจากแต่ละหน่วยงานต่างฝ่ายต่างพัฒนาในส่วนของตน ขาดความร่วมมือ เพื่อมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาร่วมกัน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น ไม่มีประสิทธิภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)และเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2548 ทีมที่ปรึกษาจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ข้อเสนอแนะให้มีการพิจารณาความเหมาะสมของปริมาณระเบียบปฏิบัติต่างๆ และนำสู่การปฏิบัติ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2548)

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล กลุ่มตัวอย่างระดับผู้บริหารปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.13, SD=0.60) อภิปรายได้ว่าโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ยังไม่เคยมีการวิเคราะห์ภาระงานอย่างเป็นระบบ (ตารางที่ 6) การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานยังคงใช้เกณฑ์การประเมินจากส่วนกลางร่วมกับระบบอาวุโส การประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเอง ยังปฏิบัติได้เป็นส่วนน้อย ส่วนใหญ่ยังคงเป็นไปเพื่อประกอบการพิจารณาความดีความชอบประจำปี การนำข้อมูล ตัวชี้วัด รายงานอุบัติการณ์ปัญหาที่เกิดจากความรู้ทักษะของบุคลากร ผลการนิเทศงาน มากำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม ปฐมนิเทศยังปฏิบัติได้น้อย ส่วนใหญ่เนื้อหาการปฐมนิเทศ และฝึกอบรม เป็นเรื่องกระบวนการทำงานเป็นส่วนใหญ่ จากการเยี่ยมให้คำปรึกษาหน่วยงาน ในปี 2545 พบว่า มีการจัดอัตรากำลังโดยใช้ปริมาณงาน/ความต้องการของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ มีการจัดหา Training need ของเจ้าหน้าที่ในสายงานต่างๆ มีการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และการพัฒนาความรู้/ทักษะของเจ้าหน้าที่ ยังไม่ได้ตอบสนองและวิเคราะห์ผล Training need (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2545) และจากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารปฏิบัติตามมาตรฐานบทนี้ได้ในระดับที่ น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่รวบรวม ข้อมูลจากการประเมินตนเองของหน่วยงานและผลการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง พบว่า การจัดการทรัพยากรบุคคลนั้น ยังไม่มีการประเมินความเพียงพอของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นระบบ การประเมินผลการปฏิบัติงานยังคงเป็นไปเพื่อการให้ความดีความชอบประจำปี มิได้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตนเองของเจ้าหน้าที่ การให้ความร่วมมือ และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การประเมินความต้องการและเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลไม่ครอบคลุมและไม่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างระดับผู้บริหารปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.30, SD=0.64) อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีพื้นที่จำกัด เปิดให้บริการมากว่า 50 ปี มีอาคารเก่า ใหม่ สลับกัน บางจุดมีการเสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน เช่น ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูกหญิง และ ตึกเวชกรรมสังคม เป็นต้น การติดตั้งอุปกรณ์ หรือการต่อเติมอาคาร บางจุดยังไม่สะท้อนถึงความปลอดภัย เช่น การติดตั้ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ถังออกซิเจนเหลว เครื่องกำเนิดไอน้ำ ด้วยข้อจำกัดของพื้นที่ การประเมินภาวะเสี่ยง และจัดทำแนวทางป้องกันอัคคีภัยยังไม่ครบถ้วนทุกหน่วยงาน การฝึกซ้อมเพื่อระงับอัคคีภัยส่วนใหญ่รอฝึกซ้อมร่วมกับแผนของโรงพยาบาล การฝึกซ้อมในหน่วยงานมีน้อย (ตารางที่ 7) นอกจากนี้การรวบรวม ประเมินสถิติการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเพื่อดำเนินการแก้ไขเชิงป้องกันอย่างเป็นระบบมีน้อย บางหน่วยงานยังไม่มีการดำเนินเลย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่รวบรวมจุดอ่อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาลจากการประเมินตนเองของหน่วยงานและผลการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลพบว่า โครงสร้างอาคารไม่เอื้อต่อการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย ไม่มีการฝึกซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารมีการปฏิบัติในมาตรฐานบทนี้อยู่ในระดับ มาก ($\overline{X}$ =1.46, SD=0.59) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลอุตรดิตถ์จัดระบบการตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา มีการตรวจสอบความพร้อมใช้ประจำวันโดยเฉพาะเครื่องมืออุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีการสอบเทียบเครื่องมือที่ส่งผลต่อการสูญเสียชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุกหัวใจ เป็นต้น จากการตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษาหน่วยงานของทีมผู้ประสานงานคุณภาพ และผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ระบบรักษาเชิงป้องกันและระบบรักษาความปลอดภัยสำหรับอาคาร สถานที่ เครื่องมือสิ่งอำนวยความสะดวก ระบบสาธารณูปโภค อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง อุปกรณ์สำหรับอัคคีภัยไม่ได้รับการตรวจสอบประสิทธิภาพหรือความพร้อมใช้ ยกเว้นถังเคมีดับเพลิงมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอโดยฝ่ายบริหารทั่วไป (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2545) และในปี พ.ศ.2548 พบหน่วยงานมีการจัดทำบัญชีเครื่องมือ ครอบคลุม ร้อยละ 50.9 มีระบบการบำรุงรักษาของหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 45.6 (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2548)

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างระดับผู้บริหารปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.13, SD=0.56) อภิปรายว่าโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ได้มีความพยายามพัฒนาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ปัจจุบันสามารถวางระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายครอบคลุมพื้นที่สำคัญของโรงพยาบาล มีการสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลจากทุกหน่วยงานในติดตั้งระบบเพื่อรองรับความต้องการจากทุกหน่วยงาน แต่การใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพการทำงานในหน่วยงานหรือเพื่อการดูแลผู้ป่วยยังมีน้อย (ตารางที่ 9) ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการบันทึกข้อมูล จากการเยี่ยมให้คำปรึกษาภายใน ปี พ.ศ.2545 พบว่า มีการนำระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายมาใช้ออกแบบระบบสารสนเทศ เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการบริการผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถประเมินคุณภาพการรักษาได้ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2545) สอดคล้องกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โรงพยาบาล (2544) ระบุไว้ในคู่มือกันหลงทาง หากมุ่งสู่ HA ว่า อย่ามุ่งเน้นแต่การใช้เทคโนโลยี ไม่สนใจการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารมีการปฏิบัติในมาตรฐานบทนี้อยู่ในระดับ มาก ($\overline{X}$ =1.44, SD=0.52) อธิบายได้ว่า มีการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพแบบ TQM มาใช้ตั้งแต่ปลายปี 2538 ได้มีการอบรมและพัฒนาความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ ทั้งส่งไปอบรมภายนอกและอบรมภายในโดยวิทยากรของโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีการจัดมหกรรมคุณภาพเป็นระยะๆ ทำให้บุคลากรระดับผู้บริหารมีความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพที่ประกอบด้วย Plan - Do - Study (Check) - Act นอกจากนี้ยังจัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงขึ้นในโรงพยาบาล เมื่อปี 2548 มีการอบรมให้ความรู้การบริหารความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การจัดการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำมาตรฐานมีบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม ร้อยละ 86.42 จากรายงานสรุปอุบัติการณ์ ปี พ.ศ.2549 พบว่าหน่วยงานมีการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ร้อยละ 77.61 บุคลากรของหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยงมากที่สุด คือ งานรักษาความปลอดภัย ร้อยละ 6.32 (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549) มีการจัดมหกรรมคุณภาพขึ้นในวันที่ 20 ธันวาคม 2549 โดยมีการนำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพ จำนวน 32 เรื่อง และนวัตกรรม จำนวน 12 เรื่อง และเมื่อวันที่ 13-16 มีนาคม 2550 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้จัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เรียกว่า "National Forum ครั้งที่ 8" โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ได้รับการคัดเลือกผลงานพัฒนาคุณภาพและนวัตกรรม จำนวน 5 เรื่อง (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2550) นอกจากนี้ทุกหน่วยงานยังต้องมีกิจกรรมพื้นฐาน คือ กิจกรรมบริหารความเสี่ยง (RM) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สามารถประกันคุณภาพได้ (QA) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลศรีสังวาลย์มีการปฏิบัติกิจกรรมด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ในระดับมาก

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารมีการปฏิบัติในมาตรฐานบทนี้อยู่ในระดับ มาก ($\overline{X}$ =1.39, SD=0.55) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมีกิจกรรมทบทวนคุณภาพทางคลินิกในแต่ละวิชาชีพ เช่น grand round, journal club, dead case conference เป็นต้น ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหวิชาชีพ ใน 10 โรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน โรคเบาหวาน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน บาดเจ็บไขสันหลัง กระดูกต้นขาหัก ภาวะขาดออกซิเจนของเด็กแรกเกิด ธาลัสซีเมีย ภาวะตกเลือดหลังคลอด และมะเร็งปากมดลูก ในระดับหน่วยงานมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เช่น แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยภาวะ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บางหน่วยงานเริ่มนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในหน่วยงาน เช่น การหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก และการทำแผล เป็นต้น

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารมีการปฏิบัติได้ในระดับ มาก ($\overline{X}$ =1.36, SD=0.76) อธิบายได้ว่า มีการวางระบบและกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และสามารถเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ครอบคลุมห้องผู้ป่วยหนัก เด็กอ่อนและผู้ป่วยผ่าตัด มีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้น้ำยาและทำให้ปราศจากเชื้อ มีคู่มือการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่บุคลากรทุกระดับ มีการติดตามการติดเชื้อในโรงพยาบาล หากพบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะมีการสอบสวนโรคเพื่อค้นหาสาเหตุรากเหง้า จัดกิจกรรมรองรับเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ เช่น สัมมนาร่วมกันเพื่อค้นหาแบบอย่างที่ดีกว่า (better practices) มีการรณรงค์การล้างมืออย่างถูกวิธีในบุคลากรทุกคน (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2545) นอกจากนี้ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการ ซึ่งต้องมีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยทีมพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นทีมนำเฉพาะด้าน หัวหน้างานมีกำหนดแนวทางปฏิบัติในหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลและ ควบคุมกำกับติดตามประเมินผลให้บุคลากรปฏิบัติตาม นโยบาย กลวิธีที่วางไว้เท่านั้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) พบว่า การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ คะแนนเฉลี่ยด้านความมุ่งหมาย / เจตจำนง เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ และด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก เสาวลักษณ์ ภูนวกุล (2545) พบว่า บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้บริหารเป็นจำนวนมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ราย องค์ประกอบพบว่า มีการเข้าร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้บริหาร ในองค์ประกอบที่ 1, 5, 6, 7, 8 และ 9 วรัตรา แก้ววิชิต (2544) พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการ มีคะแนนเฉลี่ย ระดับมาก และการศึกษาของ รัชดา ตันติสารสาสน์ และคณะ (2543) พบว่า ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากรโดยภาพรวมของผู้บริหารอยู่ในระดับมาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมและรายบทของบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

2.1 การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติโดยรวม

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.15, SD=0.53) อธิบายได้ว่า งานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการบริหารระบบคุณภาพ ที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่น และภาวะผู้นำของผู้บริหารในทุกระดับ บุคลากรระดับผู้ปฏิบัติจึงมีส่วนร่วมในงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล บางส่วน นอกจากนี้กิจกรรมในงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ระดับหน่วยงานมีถึง 10 บท รวมทั้งกิจกรรมการพัฒนาที่หลากหลาย เช่น 5 ส. กิจกรรมการค้นหาความต้องการและความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอก กิจกรรมบริหารความเสี่ยง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพและกิจกรรมประกันคุณภาพ เป็นต้น ทำให้หัวหน้าหน่วยงานต้องมอบหมายความรับผิดชอบในแต่ละคนเพื่อทำหน้าที่แกนนำในแต่ละกิจกรรม ทำให้บุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวข้องมีระดับการรับรู้ รับผิดชอบปฏิบัติที่แตกต่างๆ กัน (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549)

2.2 การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติรายบท

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติในแต่ละบทของมาตรฐาน HA พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติมีการรับรู้การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับมาก ในบทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีการรับรู้การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับปานกลาง ในบทที่ 1 การนำ บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป และบทที่ 9 กระบวนการคุณภาพทางคลินิก ทั้งนี้ผู้ศึกษาขออภิปราย ผลการศึกษาในแต่ละบทมีดังนี้

บทที่ 1 การนำ กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.27, SD=0.52) อภิปรายได้ว่า ด้วยเจตจำนงของมาตรฐานบทนี้ ต้องการให้หัวหน้างานแสดงบทบาทการนำให้หน่วยงานมีการปฏิบัติหรือเกิดกิจกรรมคุณภาพในหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติจึงมีบทบาทเพียงร่วมปฏิบัติให้เกิดกิจกรรมคุณภาพในหน่วยงานเท่านั้น ดังนั้นทุกหน่วยงานจึงมีการมอบหมายงานให้แต่ละคนรับผิดชอบ เช่น กิจกรรม 5 ส., มาตรฐาน HA, QA, TQM/CQI เป็นต้น ผู้ปฏิบัติแต่ละคนจะ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มุ่งงานที่ได้รับมอบหมายเท่านั้นเนื่องจากภาระงานประจำที่มีมาก ทำให้ขาดการมองภารกิจในภาพรวมของหน่วยงาน ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ วรัตรา แก้ววิชิต (2544) ได้ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาล งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและ พักฟื้น และปัญหาและอุปสรรคการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้ช่วยพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย ระดับปานกลางปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ งานประจำมีมากทำให้ไม่มีเวลาประชุมหรือร่วมกิจกรรมคุณภาพ

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =1.22, SD = 0.59) อภิปรายได้ว่า บทบาทหน้าที่ในการสื่อสาร หรือถ่ายทอดนโยบาย ทิศทางองค์การสู่ผู้ปฏิบัติให้เข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ในงานประจำ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้างานโดยตรง ผู้ปฏิบัติมีบทบาทเพียงนำทิศทาง นโยบายนั้นมาถือปฏิบัติเท่านั้น จากการวิเคราะห์การประเมินตนเองของหน่วยงานพบว่า การกำหนดเจตจำนง/ความมุ่งหมาย เป้าหมาย และกิจกรรมของหน่วยงานยังไม่สอดคล้องกับทิศทางของโรงพยาบาล มีผู้ปฏิบัติบางส่วนเท่านั้นที่สามารถอธิบายบทบาทของตนเองต่อการบรรลุเป้าหมาย/พันธกิจ/วิสัยทัศน์ ของหน่วยงาน/โรงพยาบาลได้ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2545)

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.06, SD = 0.59) อภิปรายได้ว่า เป็นบทบาทที่หัวหน้าหน่วยงานต้องแสดงบทบาทในการวางแผนจัดและประสานบริการกับหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง เป็นผู้นำในการทบทวนการสื่อสารและความร่วมมือ รวมถึงประสานการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้ร่วมกันผู้ปฏิบัติมีบทบาทเพียงมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ หรือเสนอความคิดเห็นในบางเรื่องเท่านั้น สอดคล้องความเห็นของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) ว่าหัวหน้าหน่วยงานหลักจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นผู้ปฏิบัติจึงมีบทบาทเพียงร่วมปฏิบัติตามแนวทางที่ประสาน การวางแผน การจัดบริการ และการพัฒนาคุณภาพที่ผู้บริหารตัดสินใจไว้แล้ว

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.10, SD = 0.62) อภิปรายได้ว่าเป็นมาตรฐานที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้สามารถพัฒนาองค์กรบรรลุซึ่งวิสัยทัศน์ เป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้างที่หัวหน้าหน่วยงานต้องบริหารจัดการให้มีและให้เกิดบุคลากรที่มีคุณลักษณะที่หน่วยงานต้องการ ผู้ปฏิบัติจึงมีส่วนเกี่ยวข้องในส่วนของการดูแลการทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับรองลงมาและนักศึกษาฝึกงานเท่านั้น การประเมินผลการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานใน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ส่วนใหญ่ยังเป็นการประเมินเพียง 90 องศา มีเพียงที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้นที่มีการประเมินผลการพัฒนาบุคลากรครบ 360 องศา แต่ผลลัพธ์จากการประเมินยังไม่สามารถนำมาจัดการบริการ กับการวางแผนกำลังคน และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่าการปฏิบัติของพยาบาลในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อยู่ในระดับ ปานกลาง

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.13, SD = 0.64) อภิปรายได้ว่า เป็นมาตรฐานที่มุ่งให้มีการสร้างหลักประกันในด้านโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย ซึ่งเป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้างในการบริหารทรัพยากรที่เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหาร ส่วนการจัดการโครงสร้างทางกายภาพ ทีมนำเฉพาะด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้การประเมินและดำเนินการด้านสภาพแวดล้อมของหน่วยงานปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล นอกจากนี้แนวทางการดำเนินเพื่อระงับและป้องกันอัคคีภัยยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานเช่นกัน มีการนำระบบรายงานอุบัติการณ์มาบริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการเขียนรายงานอุบัติการณ์ จากการเยี่ยมให้คำปรึกษาหน่วยงานของศูนย์พัฒนาคุณภาพ ในปี 2549 พบว่า มีหน่วยงานที่ไม่เคยรายงานอุบัติการณ์โดยให้ความเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก และไม่คิดว่าจะมีหน่วยงานใดที่กล้าเขียนรายงานความผิดของตนเอง ทั้งที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ประกาศเป็นนโยบายให้การรายงานอุบัติการณ์เป็นหน้าที่ไม่ถือเป็นความผิดแล้วก็ตาม บุคลากรยังรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย หากมีการรายงานอุบัติการณ์ขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่ามีหน่วยงานที่ไม่เคยมีการรายงานอุบัติการณ์ถึง 12 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 17.91 สอดคล้องกับความเห็นของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) ว่า การจัดระบบรายงานอุบัติการณ์ /ข้อติดขัดในการทำงาน อย่าสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกว่าผู้รายงานคือผู้กระทำผิด และการศึกษาของ ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย อยู่ในระดับ ปานกลาง

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับ ปานกลาง ($\overline{X}$ =1.05, SD=0.62) อภิปรายได้ว่า เป็นมาตรฐานที่มุ่งสร้างหลักประกันในด้านความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ตลอดเวลา เป็นบทบาทโดยตรงของหัวหน้าหน่วยงานที่ต้องจัดหาให้มีอย่างเพียงพอ การพิจารณาความเหมาะสมจึงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของหัวหน้าหน่วยงาน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทั้งยังเป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้างสำหรับการบริหารจัดการ ผู้ปฏิบัติจึงมีเพียงส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านคุณภาพการใช้งานและบริการหลังการขายเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในด้านเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ อยู่ในระดับปานกลาง

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=0.88, SD=0.60) เป็นมาตรฐานที่ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติมีส่วนปฏิบัติน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีในการทำงานประจำวันมากกว่าการนำข้อมูลจากระบบมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบการทำงานของหน่วยงาน (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2545) เนื่องจากเป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่ต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของทีมนำทางคลินิกในการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ มาใช้ประโยชน์ นอกจากนี้การจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล / สารสนเทศยังไม่สามารถลดความซ้ำซ้อนของการจัดเก็บหรือรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะด้านการพัฒนาคุณภาพ ผู้ปฏิบัติยังต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเอง สรุปผลส่งทีมงานสารสนเทศของโรงพยาบาล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลยังมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในมาตรฐานด้านระบบสารสนเทศโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.09, SD = 0.62) อภิปรายได้ว่า เป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นให้มีกิจกรรมทบทวนที่สำคัญตามลำดับขั้นบันไดและมีการเชื่อมโยงของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง กิจกรรมการประกันคุณภาพ และกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการที่จะเกิดขึ้นได้โดยการชี้นำ ชักนำ โน้มน้าวของหัวหน้าหน่วยงาน ในกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ 8 สัปดาห์ จากการเยี่ยมให้คำปรึกษาหน่วยงานในปี 2548 พบว่า กิจกรรมดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล การร่วมแก้ปัญหาหรือการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานโดยใช้ข้อมูลเครื่องชี้วัดและความคิดสร้างสรรค์มีน้อย (ตารางที่ 10) ทำให้ทีมผู้เยี่ยมให้คำปรึกษาจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไม่สามารถประเมินระดับขั้นของการพัฒนาตามขั้นบันไดได้ (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2548) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในมาตรฐานด้านกิจกรรมคุณภาพ อยู่ในระดับมาก

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.26, SD=0.56) อภิปรายได้ว่า เป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการที่มุ่งให้มีการประสานเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งประเภทของกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย หน่วยงานและบุคคลที่เข้าร่วมทำกิจกรรมในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) ผู้ปฏิบัติที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นสมาชิกทีมนำทางคลินิกเท่านั้นจึงจะมีส่วนในการปฏิบัติ เพราะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เน้นการดูแลรักษากลุ่มโรค (disease) ที่มีความเสี่ยงสูง ปริมาณสูง มีความหลากหลายของการดูแล มีค่าใช้จ่ายสูง และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ส่วนการดูแลในระดับหน่วยงาน เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย การปฏิบัติมาตรฐานนี้ จึงเป็นบทบาทที่มุ่งเน้นให้ทีมนำทางคลินิกได้มีการปฏิบัติกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่า อย่างไรก็ตาม กิจกรรมการทบทวน แก้ไข ป้องกัน ด้านต่างๆ ของหน่วยงานมีน้อยมากพบเพียงร้อยละ 28.1 ของหน่วยงานทั้งหมด และการตอบสนองต่อปัญหาที่ครอบคลุมและเหมาะสมพบเพียงร้อยละ 52.6 เท่านั้น (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ที่ได้ ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในด้านระบบงาน /กระบวนการให้บริการอยู่ในระดับ ปานกลาง

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ในระดับ มาก ($\overline{X}$ = 1.48, SD=0.56) และมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูง เป็นอันดับ 1 ทั้งนี้เนื่องจากระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นภารกิจหนึ่งที่สำคัญของโรงพยาบาล และบุคลากรทุกคนต้องยึดถือปฏิบัติและเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในเครื่องชี้วัดระดับโรงพยาบาล โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ผู้แทนจากสาขาวิชาชีพ ฝ่ายบริหารทั่วไปและตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการ ตั้งแต่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล จนถึงระดับหน่วยงาน มีการอบรมให้ความรู้ด้านระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อและการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลแก่บุคลากรทุกระดับทั้งโรงพยาบาล มีการสัมมนา ศึกษาดูงาน ค้นหา better practice ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีคู่มือการดำเนินงานสำหรับบุคลากรในแต่ละระดับ เช่น พนักงานทำความสะอาด ,ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ครบทุกหน่วยงาน มีกิจกรรมการรณรงค์ต่างๆ เช่น การล้างมือ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการติดตามประเมินการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและนวัตกรรม ที่เกิดจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ในโรงพยาบาลที่หลากหลาย เช่น ใช้ยาสีฟันแปรงฟันด้วยในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การจัดทำที่นอนน้ำ / ลม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการใช้แถบสีในการกำหนดวันที่ต้องเปลี่ยนชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการติดเชื้อของหลอดเลือดดำ เป็นต้น ทำให้การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในมาตรฐานบทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของบุคลากรระดับปฏิบัติอยู่ในระดับ มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ที่ได้ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาของชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เสาวลักษณ์ ภูนวกุล (2545) พบว่า บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้บริหารเป็นจำนวนมากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ราย องค์ประกอบพบว่า มีการเข้าร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้บริหาร ในองค์ประกอบที่ 1, 5, 7, 8 และ 9 วรัตรา แก้ววิชิต (2544) พบว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของผู้ช่วยพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย ระดับ ปานกลางและ รัชดา ตันติสารสาสน์ และคณะ (2543) พบว่าความพร้อมตามการรับรู้ของบุคลากรในการเข้าสู่ระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลทันตกรรมของผู้ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved