**ชื่อวิทยานิพนธ์** การวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ
**ผู้วิจัย** นางบังอร วรรณศิริ **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล)
**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรเดช ประดิษฐบาทุกา **ปีการศึกษา** 2547

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณามีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับคุณภาพบริการ ตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาลสังกัดรัฐวิสาหกิจ 2 แห่ง (2) เปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ ในมุมมองของผู้ให้บริการระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานและ (3) เปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO9000:2000 ระหว่างสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 จำนวน 75คน และบุคลากรของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 จำนวน 65 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยคือแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Independent t-test statistic

ผลการศึกษาพบว่า (1) คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจทั้งสองแห่งในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.49 และ3.06 ตามลำดับ (2) การเปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.05$) เพียงด้านเดียว คือด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน และในสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่2 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) การเปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่2 พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ทุกด้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย สำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจคือหน่วยงานจะต้องการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบในการประเมินคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการที่ยั่งยืน

**คำสำคัญ** คุณภาพสถานบริการสุขภาพ, ISO 9000:2000 , สถานพยาบาลสังกัดรัฐวิสาหกิจ

**Thesis title:** SERVICES QUALITY ANALYSIS OF MEDICAL SERVICE DIVISION OF STATE ENTERPRISE

**Researcher:** Mrs. Bungon Wannasiri ; **Degree:** Master of Public Health (Hospital Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Panee Sitakalin, Associate. Professor; (2) Mr. Suradej Praditbatuka, Associate. Professor; **Academic Year:** 2004

## ABSTRACT

The purpose of this study were as follow: 1) To study level of service quality by using ISO 9000:2000 concepts in Medical Service Division of State Enterprise 2) To compare level of service quality which assessed by providers between administrators and health care providers, and 3) To compare level of service quality between the first Medical Service Division of State Enterprise and the second Medical Service Division of State Enterprise.

The samples of this study consisted of 75 providers of the first Medical Service Division of State Enterprise and 65 providers of the second Medical Service Division of State Enterprise. Data were collected by questionnaire and analyzed by mean percentage and independent t-test

The result of this study indicated that: (1) The services quality of both Medical Service Division of State Enterprise were in medium level. The mean score were 3.49 and 3.06 (2) The level of assessing quality service of the first Medical Service Division of State Enterprise between the administrator and the health care providers statistically significant difference ($p$-value$<0.05$) only on the services practices and the second Medical Service Division of State Enterprise was not statistically significant difference ($p$-value$<0.05$) in all dimensions, and (3) The level of service quality of first Medical Service Division of State Enterprise and the second Medical Service Division of State Enterprise were statistically significant difference ($p$-value$<0.05$) in all dimensions.

This study recommends that firstly, the continuous quality improvement of the Medical Service Division of State Enterprise should be provided through all employees have to understand and know about the concept of continuous quality improvement. Secondly, the analysis of unit cost should be done, and the organization should be provided the evaluated quality improvement system. All these recommendations will maintain the sustainable quality improvement.

**Keywords:** Quality health Service, ISO 9000:2000, Medical Service Division of Service Enterprise

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรเดช ประดิษฐบาทุกา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมานับตั้งแต่ต้น จนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบ พระคุณอย่างสูงไว้ณ.โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนมีความสมบูรณ์ ถูกต้องและสำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สุชาติ อินทรประสิทธิ์ นายแพทย์สิน เศรษฐวรวิจิตร และอาจารย์ธิดา ศุภโรจน์ที่กรุณาตรวจสอบ แก้ไขและให้คำแนะนำเครื่องมือในการวิจัย ให้มีความถูกต้องทั้งทางด้านภาษาและเนื้อหา

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สิน เศรษฐวรวิจิตร ที่เป็นผู้จุดประกายในการศึกษาระดับปริญญาโท สนับสนุนให้มีโอกาสในการศึกษาต่อและให้คำแนะนำตลอดจนให้ความช่วยเหลือในเวลาที่ผู้วิจัยประสบปัญหาในขณะศึกษา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่สนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้บริหารสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจสาธารณูปโภคด้านพลังงาน ทั้ง 3 แห่ง ผู้ประสานงาน และบุคลากรทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสนั่น คุณแม่กิมลุ้ย นกขุนทองผู้ทุ่มเทให้ความรักและเป็นที่พึ่งทางใจของผู้วิจัยมาตลอดชีวิต และขอขอบคุณสามี คุณสุริยัน วรรณศิริ ที่ให้ความรัก ความเข้าใจ อดทนและเสียสละรับผิดชอบครอบครัวอย่างดียิ่ง ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถทำหน้าที่โดยสมบูรณ์ได้ในระยะเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาจนประสบความสำเร็จ

บังอร วรรณศิริ

มีนาคม 2547

# สารบัญ


หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญภาพ..... ฐ

บทที่ 1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย..... 4

ขอบเขตการวิจัย..... 5

ปัญหาในการวิจัย..... 6

นิยามศัพท์เฉพาะ..... 6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 8

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... 9

ความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพ..... 9

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ ( Quality )..... 9

แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะบริการสุขภาพ..... 11

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพ..... 13

องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ..... 16

องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ..... 16

การวิเคราะห์คุณภาพบริการสุขภาพ..... 24

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ISO 9000 ..... 25

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 52

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 52

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ..... 53

# สารบัญ (ต่อ)


หน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 55

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 56

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 57

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ และ ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาลและบุคลากร..... 57

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ..... 63

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพบริการของสถานพยาบาลสังกัด รัฐวิสาหกิจระหว่าง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ..... 83

ส่วนที่4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐาน คุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ ..... 97

บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 107

สรุปผลการวิจัย..... 108

อภิปรายผล..... 113

ข้อเสนอแนะ..... 120

บรรณานุกรม..... 121

ภาคผนวก ..... 127

ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ..... 128

ข. แบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ..... 130

ค. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย..... 138

ประวัติผู้วิจัย..... 142

# สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 แสดงคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 59
ตารางที่ 4.2 แสดงคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2..... 61
ตารางที่ 4.3 แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และรัฐวิสาหกิจที่ 2..... 62
ตารางที่ 4.4 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในภาพรวม ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 63
ตารางที่ 4.5 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระดับคุณภาพบริการใน ด้านความมุ่งมั่น ในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 65
ตารางที่ 4.6 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ใน ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 67
ตารางที่ 4.7 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ใน ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 69
ตารางที่ 4.8 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ใน ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 70
ตารางที่ 4.9 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ใน ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 71
ตารางที่ 4.10 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ใน ภาพรวมของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2..... 72

# สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.11 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2..... 74
ตารางที่ 4.12 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2..... 76
ตารางที่ 4.13 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2..... 78
ตารางที่ 4.14 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2..... 80
ตารางที่ 4.15 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2..... 81
ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการเป็นรายด้านระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1..... 82
ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่1 ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ..... 84
ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร..... 85

# สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า


ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อ ระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ..... 87

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ..... 88

ตารางที่ 4.21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน..... 89

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการเป็นรายด้านระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2..... 90

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ..... 91

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร..... 92

ตารางที่ 4.25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ..... 94

ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ..... 95

# สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน..... 96
ตารางที่ 4.28 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการในภาพรวม ระหว่างสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับ สถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2..... 97
ตารางที่ 4.29 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่างสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ..... 99
ตารางที่ 4.30 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่างสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร..... 101
ตารางที่ 4.31 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่างระหว่างสถานพยาบาลสังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาลสังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านกระบวนการบริการและ การดูแลสุขภาพ..... 103
ตารางที่ 4.32 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่างสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาลสังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านการประกันคุณภาพและ การปรับปรุงคุณภาพ..... 105
ตารางที่ 4.33 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่างสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน..... 106

# สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 5
ภาพที่ 2.1 ลักษณะของคุณภาพที่ประกอบด้วยคุณภาพที่ต้องและคุณภาพที่ประทับใจ..... 10
ภาพที่ 2.2 ความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพ ..... 14
ภาพที่ 2.3 ทฤษฎีคุณภาพของโดนาบีเดียน ..... 20
ภาพที่ 2.4 ผังการไหลเวียนของระบบบริการสุขภาพ..... 22
ภาพที่ 2.5 แนวคิดการบริหารระบบคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9000:2000 ..... 38
ภาพที่ 2.6 วงจร PDCA ..... 39
ภาพที่ 2.7 การจัดสรรทรัพยากรในระบบบริหารคุณภาพ ISO 9000 ..... 43

# บทที่ 1
# บทนำ

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของ

จากกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ทำให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ส่งผลให้ลักษณะความต้องการและความคาดหวังต่อบริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายได้ให้ความสำคัญในเรื่อง สิทธิของประชาชนในการใช้บริการพื้นฐานที่มีคุณภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและการบริการสาธารณสุขที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

ปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่มีการวิพากษ์วิจารณ์กันมากในปัจจุบัน คือปัญหาการเก็บค่าใช้จ่ายแพงในโรงพยาบาลเอกชน ปัญหาการรอคิว และความรู้สึกเชิงลบต่อบริการในโรงพยาบาลรัฐบาล (สมัย อาภาภิรม 2540 ) สภาพความแออัดยัดเยียดของสถานบริการ การสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ การปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยขาดความคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเลือกปฏิบัติ ไม่มีมาตรฐานในการให้บริการ ไม่มีความปลอดภัยในการรับบริการและบางปัญหาลุกลามเป็นคดีความซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2542 )

คุณภาพบริการ (Services Quality) เป็นความสอดคล้องระหว่างบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังและการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับจริงหรือระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากที่ได้รับบริการแล้ว เช่น ความสะดวกสบาย ความรวดเร็ว ความปลอดภัย เป็นต้น คุณภาพบริการประกอบด้วยคุณภาพการปฏิบัติ (Quality in practice) และคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in perception)ของผู้รับบริการ (Omachhonu,1990) คุณภาพการปฏิบัติเป็นคุณภาพที่ผู้ให้บริการมุ่งหวังให้เป็นไปตาม มาตรฐานที่กำหนดทั้งด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ด้านกระบวนการให้บริการของเจ้าหน้าที่และด้านผลลัพธ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการโดยอาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้(Diennemann, 1990) ส่วนคุณภาพตามการรับรู้นั้น ผู้รับบริการรับรู้ได้โดยตรงจากผู้ให้บริการ คุณภาพบริการสามารถวิเคราะห์หรือประเมินได้จากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Larrabee,1995) โดยผู้ให้บริการประเมินคุณภาพบริการของตนกับมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดขึ้นและผู้รับบริการประเมินคุณภาพบริการจากการรับรู้ของตนเอง จะเห็นได้ว่าคุณภาพบริการเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของทั้ง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพบริการสามารถสร้าง

ความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการว่าบริการนั้นก่อให้เกิดความปลอดภัย เชื่อถือได้และเป็นการสร้างความมั่นใจ เลื่อมใสศรัทธาให้แก่สังคมอีกด้วย (พัชรี ตันศิริ 2541)

ในต่างประเทศได้มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการและมีการรับประกันคุณภาพของบริการสุขภาพโดยมีองค์กรที่ทำการประเมินและตรวจสอบคุณภาพบริการของสถานบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น ในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย ได้มีการดำเนินการมากว่า 20 ปี ( Kennedy, 1998; Shaw, 1998; JCAHO, 1999) หรือในเอเชีย เช่น มาเลเซีย จีน ไต้หวัน สิงค์โปร์ ญี่ปุ่น หรือเกาหลีก็ได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการสุขภาพ เช่นเดียวกัน (Hun, 1997; Chen, 1998) สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้มีนโยบายที่จะให้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจังมากขึ้น ดังเช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวด 3 มาตรา 52 ระบุว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และในหมวด 5 มาตรา 82 ระบุว่ารัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) รัฐบาลได้กำหนดแผนการพัฒนาสาธารณสุข คือการทำให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกกันว่านโยบาย 30บาทรักษาทุกโรค เป้าหมายคือการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพ และความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการ โดยพัฒนาการสาธารณสุขของรัฐให้มีคุณภาพมาตรฐาน มีความเป็นกันเอง และความรวดเร็วในการบริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนั้นองค์กรวิชาชีพทางสุขภาพได้ร่วมกันจัดทำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการเพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพยึดถือปฏิบัติ และเพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบอาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีเป็นที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน (สภาการพยาบาล 2541)

ในปี2542รัฐบาลมีนโยบายให้ความช่วยเหลือแก่หน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจโดยกระทรวงอุตสาหกรรมมอบหมายให้สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม(สมอ.)จัดทำโครงการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาแนะนำ การจัดระบบบริหารงานคุณภาพด้านบริการตาม ISO 9000 เพื่อเป็นการพัฒนาการให้บริการของภาครัฐและรัฐวิสาหกิจให้มีคุณภาพประสิทธิภาพ เป็นธรรม โปร่งใส ซึ่งจะส่งผลดีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวมต่อไป การพัฒนาคุณภาพระบบมาตรฐานสากล ISO 9000 สามารถเข้าร่วมโครงการและขอรับการรับรองทั้งองค์กรหรือเพียงบางหน่วยงาน ดังนั้นรัฐวิสาหกิจหลายแห่งเลือกที่จะพัฒนาคุณภาพบริการ และขอการรับรอง(certification) และจดทะเบียนกับหน่วยงานให้การรับรอง (certification body) คุณภาพของ ISO 9000 เฉพาะหน่วยงานที่เป็นธุรกิจหลักขององค์กร ส่วนหน่วยงานสนับสนุน

อื่นๆไม่ได้เข้าร่วมโครงการแต่นำหลักการของมาตรฐานของISO 9000 ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพหรือ อาจไม่ได้เข้าร่วมโครงการและไม่ได้นำหลักการไปเป็นแนวทางปฏิบัติ

สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจเป็นหน่วยงานสนับสนุนขององค์กรวัตถุประสงค์หลักที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้บริการตรวจรักษาทางการแพทย์แก่พนักงาน ส่วนใหญ่ให้บริการลักษณะผู้ป่วยนอกในรูปของสวัสดิการที่ผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ถือเป็นสวัสดิการหนึ่งที่องค์กรจัดให้แก่พนักงานทุกคน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจากองค์กรเป็นการดำเนินงานในลักษณะของการผูกขาดไม่มีการแข่งขันเชิงธุรกิจสภาพการดำเนินงานในปัจจุบันยังไม่มีการวิเคราะห์คุณภาพบริการ ทำให้ไม่ทราบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ จากอดีตจนถึงปัจจุบันการบริหารงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ จะเป็นลักษณะจากบนลงล่าง (Top down) ที่มีการพัฒนาตามนโยบายขององค์กรไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการอาจทำให้เกิดช่องว่างระหว่างการจัดบริการของผู้ให้บริการและความต้องการของผู้รับบริการ การตอบสนองความต้องการผู้รับบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการ นอกจากนั้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และเกิดจากความร่วมมือจากบุคลากรทุกคนและทุกฝ่ายที่มีการวิเคราะห์โดยใช้หลักวิชาการทางวิทยาศาสตร์ และข้อมูลที่เป็นจริงและประเมินผลกิจกรรมต่างๆ เป็นระยะเพื่อให้ทราบสภาพปัญหา และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการ

การวิเคราะห์คุณภาพบริการเป็นเครื่องมือสำคัญในการค้นหาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลไกที่สำคัญสำหรับการดำรงอยู่ของระบบคุณภาพ และการธำรงไว้ซึ่งประสิทธิภาพระบบคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพนักงานซึ่งปฏิบัติงานที่สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจจึงสนใจที่จะวิเคราะห์คุณภาพบริการทั้งในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์จากการบริการ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ที่ดำเนินกิจการในลักษณะเดียวกัน และมีระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของพนักงานใกล้เคียงกันจำนวน 2 แห่ง โดยการวิเคราะห์คุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยเกณฑ์การประเมินที่ใช้ได้ประยุกต์มาจากระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ซึ่งได้ประยุกต์ให้เข้ากับหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ โดยผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาลของตนเองในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับของคุณภาพบริการ ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถ

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และดำเนินงานปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพองค์กรให้ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ในด้านต่อไปนี้

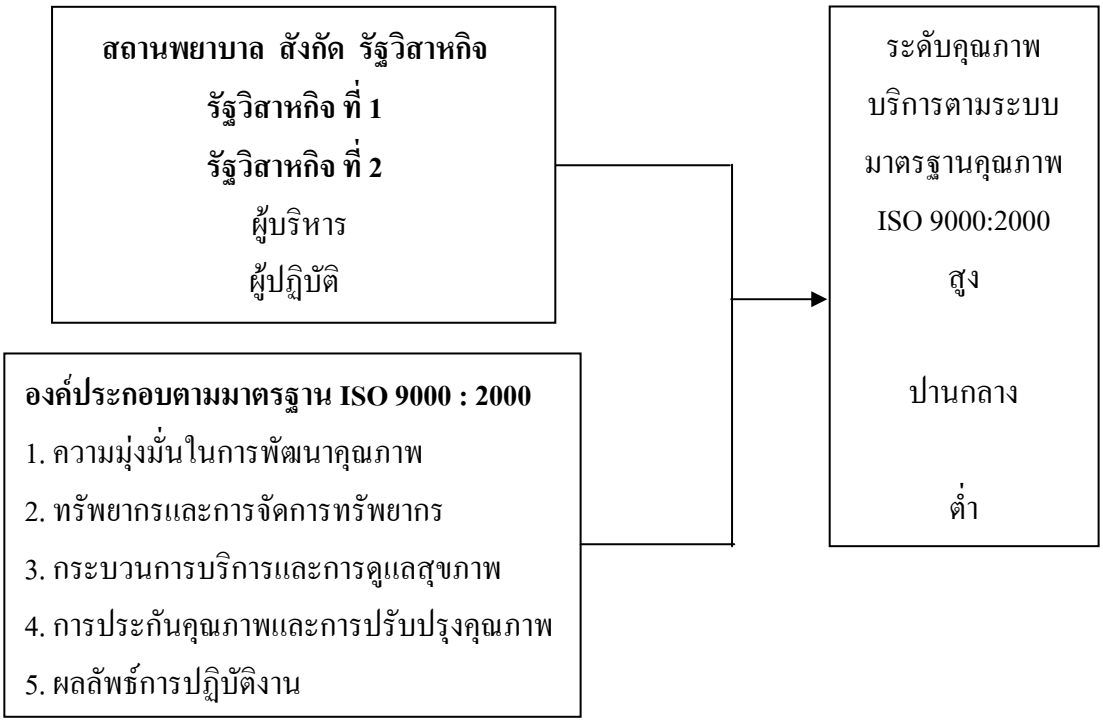
1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
2) ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร
3) กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ
4) การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ
5) ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ในมุมมองของผู้ให้บริการระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน

2.2.3 เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในมุมมองของผู้ให้บริการระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

## 3. กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริการ และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน โดยการวิเคราะห์คุณภาพบริการจากมุมมองของผู้ให้บริการใน 5 ด้านประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน




ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 4. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) แบบศึกษาภาคตัดขวาง (Cross- sectional) เก็บข้อมูลครั้งเดียวระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2547 โดยศึกษาจากสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจสาธารณูปโภคด้านพลังงาน 2 แห่งที่ตั้งอยู่ที่สำนักงานใหญ่ กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ยกเว้นพนักงานทำความสะอาดและพนักงานขับรถ เนื่องจากสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 จ้างเหมา (Sub contraction) พนักงานทำความสะอาดและพนักงานขับรถจากหน่วยงานภายนอก ส่วนสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 พนักงานทำความสะอาดและพนักงานขับรถเป็นพนักงานประจำ

## 5. ปัญหาในการวิจัย

5.1 ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 อยู่ในระดับใด

5.2 ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ในมุมมองของผู้ให้บริการระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานแตกต่างกันหรือไม่

5.3 ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 แตกต่างกันหรือไม่

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

**6.1 ผู้ให้บริการ** หมายถึง บุคลากรในแต่ละวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เทคนิคการแพทย์ และอื่นๆ ที่ให้บริการที่สถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ

**6.2 ผู้บริหาร** หมายถึง พนักงานตั้งแต่ระดับหัวหน้าแผนกจนถึงระดับผู้อำนวยการสถานพยาบาล

**6.3 ผู้ปฏิบัติงาน** หมายถึง พนักงานทั้งหมดที่ไม่ได้ดำรงตำแหน่งบริหาร (ยกเว้นพนักงานทำความสะอาดและพนักงานขับรถ)

**6.4 สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ** หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ที่ก่อตั้งขึ้นภายในองค์กรรัฐวิสาหกิจสาธารณูปโภคด้านพลังงาน จำนวน 2 แห่ง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้บริการด้านสวัสดิการแก่พนักงานในสังกัด และให้บริการแก่ครอบครัวของพนักงาน และบุคคลภายนอกร่วมด้วย

**6.5 คุณภาพบริการ** หมายถึง ความสอดคล้องของบริการกับความต้องการของผู้รับบริการ ที่ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ เป็นไปตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ทั้งด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ด้านกระบวนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และด้านผลลัพธ์ของการบริการใน 5 ด้าน คือ

***6.5.1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ*** หมายถึง การที่บุคลากรรับรู้ว่าหน่วยงานมีการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพ แผนภูมิบังคับบัญชาและหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการจัดสรรงบประมาณที่เป็นระบบ มีระบบการประสานงานและการทำงานเป็นทีม มีการสื่อสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และการตรวจสอบการดำเนินงาน

***6.5.2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร*** หมายถึง การจัดการทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการอุปกรณ์เครื่องมือ การจัดการอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม

*1) การจัดการด้านบุคลากร* หมายถึง การที่หน่วยงานมีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสมมีการประเมินบรรยากาศในการทำงาน และมีระบบตอบแทนความสามารถ ที่เหมาะสม

*2) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์* หมายถึง บุคลากรได้รับการปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงาน มีการประเมินความต้องการการฝึกอบรม และได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสม่ำเสมอ

*3) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ* หมายถึง หน่วยงานมีระบบเวชระเบียนที่สมบูรณ์ มีการจัดเก็บข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นความลับและมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

*4) การจัดการอุปกรณ์เครื่องมือ* หมายถึง หน่วยงานมีอุปกรณ์เครื่องมือเพียงพอ ในการใช้งาน มีระบบการตรวจสอบและการบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือสม่ำเสมอ

*5) การจัดการอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม* หมายถึง การที่ห้องตรวจโรคและจุดให้บริการเอื้อต่อการไหลเวียนของผู้ป่วยได้สะดวก ระบบการให้บริการกระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน อาคารสถานที่ มีแสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศดี มีความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม มีความสะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน มีระบบการจัดการของเสีย และขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน มีการกำหนดและฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย

***6.5.3 กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ*** หมายถึง หน่วยงานมีการประเมินผลตามคู่มือการปฏิบัติงาน มีการสำรวจความพึงพอใจและรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการผู้รับบริการมีส่วนร่วมในวางแผนการรักษาพยาบาล มีการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ มีการเผยแพร่และปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

***6.5.4 การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ*** หมายถึง มีการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพมีการปรับปรุงคุณภาพตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ และมีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงาน

***6.5.5 ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน*** หมายถึง ผลการประเมินคุณภาพบริการความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและภาพลักษณ์ของสถานพยาบาล

**6.6 การวิเคราะห์คุณภาพบริการ** หมายถึง การตรวจสอบข้อเท็จจริง และข้อมูลที่เกี่ยวกับระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในมุมมองของผู้ให้บริการ

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เพื่อทราบระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจทั้ง 2 แห่งมีองค์ประกอบใดบ้างที่เป็นจุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุง

7.2 เพื่อนำผลของการศึกษา มาใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของสถานพยาบาล

7.3 ในกรณีที่องค์กรกำลังอยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการสามารถนำไปวิเคราะห์คุณภาพบริการ ทุกปีหรือทุกสองปีเพื่อติดตามความก้าวหน้าและตรวจสอบคุณภาพบริการของสถานพยาบาลและปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

7.4 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการ ทั้งด้านการจัดการทรัพยากร กระบวนการทำงานรวมทั้งวิธีการบริการที่แต่ละหน่วยงานดำเนินอยู่ และนำจุดแข็งและจุดที่ดีที่สุดของแต่ละหน่วยงานมาเป็นแนวทางในการ Benchmarking

# บทที่ 2
# วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจในมุมมองของผู้ให้บริการตามแนวคิดของระบบคุณภาพมาตรฐานสากล ISO 9000 : 2000 ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพ
   1.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ ( Quality )
   1.2 แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะบริการสุขภาพ
   1.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพ
2. องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ
   2.1 องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ
   2.2 การวิเคราะห์คุณภาพบริการ
3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ISO 9000 : 2000

## 1. ความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพ

### 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ ( Quality )

คุณภาพ เป็นคำที่มีความหมายแตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง และตามวิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องคุณภาพในยุคแรกๆคุณภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับผลผลิต ดังนั้นความหมายของคุณภาพจึงหมายถึงความสอดคล้องกับมาตรฐาน ต่อมาได้มีการให้ความหมายของคุณภาพกว้างขวางขึ้น โดยครอบคลุมทั้งเรื่องการผลิตและการบริการ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังเช่น

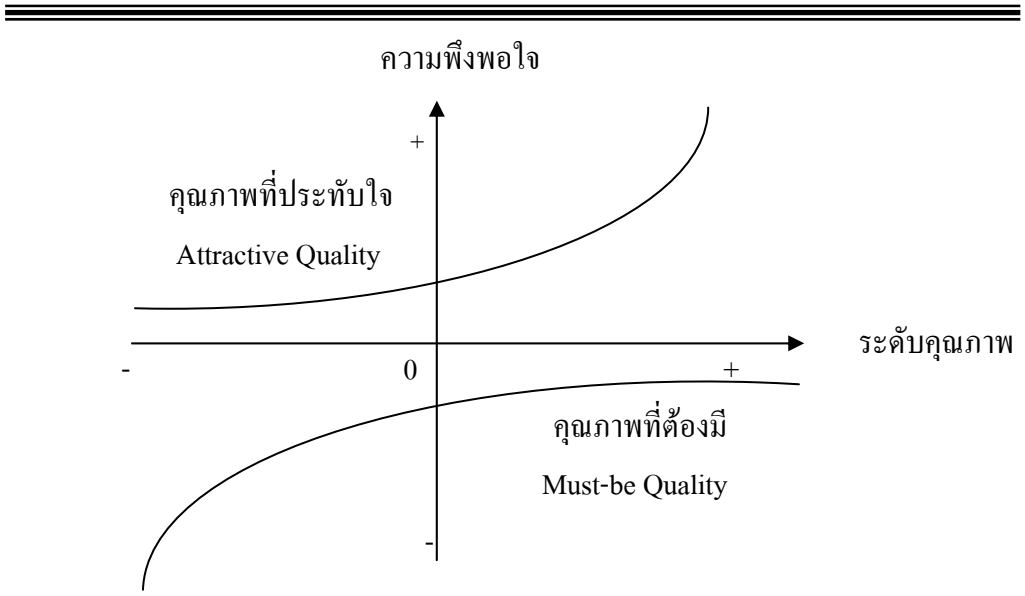
คุณภาพ หมายถึง ระดับความเป็นเลิศ “ Degree of Excellence ” โดยที่ผู้รับบริการเป็นผู้จัดระดับความเป็นเลิศ เป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมกับประโยชน์ใช้สอย (Fitness for use) สามารถทำได้ตามข้อกำหนดโดยมีแนวคิด คือของเสียเป็นศูนย์ (zero defects ) และแนวคิดทำให้ถูกตั้งแต่แรก (do it right the first time) สามารถสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้าด้วยต้นทุนต่ำสุด ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการและเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งความพึงพอใจผู้รับบริการจะเกิดได้ต่อเมื่อความต้องการที่จำเป็น(need) ของตน

ได้รับการตอบสนอง นั่นคือปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ(วิฑูรย์ สิมะโชคดี 2541; วิฑูรย์ สิมะโชคดี 2544; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2543; Dickens, 1994; Juran, 1992; Crosby, 1979; Feigenbaum, 1986)

ในมุมมองของผู้ใช้ประโยชน์ “คุณภาพ” คือ การตอบสนองความต้องการ (need) และความคิดหวังของผู้รับผลงาน และในระยะหลังได้ขยายต่อไปว่าคุณภาพ คือ การทำให้เกินเลยกว่าความคาดหวังของผู้รับผลงาน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า คุณภาพมี 2 ลักษณะ คือ คุณภาพที่ต้องมีหรือคุณภาพที่ผู้รับผลงานคาดหวัง กับคุณภาพที่ประทับใจ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2546) ดังนี้

1. คุณภาพที่ต้องมี เป็นระดับขั้นต่ำที่ต้องทำให้เกิดขึ้น เพราะหากไม่มีคุณภาพในส่วนนี้แล้ว จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจเป็นอย่างสูง คุณภาพที่ต้องมีมาจากส่วนที่ผู้รับผลงานคาดหวังและการนำมาตรฐานวิชาชีพมาตอบสนองความคาดหวังนั้น แต่การมีคุณภาพในส่วนนี้จะไม่ก่อให้เกิดความชื่นชมจากผู้รับผลงาน

2. คุณภาพที่ประทับใจ หากไม่มีส่วนนี้ลูกค้าก็จะเฉย ๆ ถ้าหากจัดให้มีขึ้นจะทำให้ลูกค้าเกิดความชื่นชม ประทับใจ ผูกพันที่จะมาใช้บริการต่อ ให้คำชมเชยซึ่งจะเป็นกำลังใจหล่อเลี้ยงคนทำงานให้ดียิ่งขึ้น




ภาพที่ 2.1 ลักษณะของคุณภาพที่ประกอบด้วยคุณภาพที่ต้องมีและคุณภาพที่ประทับใจ

จากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านอาจกล่าวได้ว่าคุณภาพเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดยให้บริการตามข้อกำหนดไม่มีปัญหาจากการให้บริการเกิดผลลัพธ์ที่ดี และปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

**1.2 แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะบริการสุขภาพ**

การให้บริการเป็นการส่งมอบการบริการให้กับผู้รับบริการซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการบริการไว้ ดังเช่น

บริการ หมายถึง พฤติกรรม กิจกรรมหรือการกระทำที่บุคคลหนึ่งทำให้หรือส่งมอบต่ออีกบุคคลหนึ่ง การบริการเป็นสิ่งที่จับ สัมผัส และจับต้องยากและเป็นสิ่งที่สูญสลายได้ง่ายและ ความหมายของคุณภาพบริการ หมายถึง ความสอดคล้องของบริการกับความต้องการของผู้รับบริการ เป็นระดับของความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยมีเป้าหมายและมีความตั้งใจในการส่งมอบให้ผู้รับบริการด้วยการยิ้มแย้ม แจ่มใส เอาใจเขามาใส่ใจเรา การอ่อนน้อมอ่อนโยนสุภาพและความกระตือรือร้นในการให้บริการด้วยความ เต็มใจเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการโดยทันทีหรือเกือบทันทีทันใดที่มีการให้บริการ รักษาภาพลักษณ์ของผู้ให้บริการและองค์กร และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ((Dickens, 1994., วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ 2539)

บริการสุขภาพ มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับบริการอื่น ๆ คือ การรับรู้คุณภาพจะอยู่ ที่การให้บริการ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการมีส่วนต่อการรับรู้คุณภาพไม่มากนัก นอกจากนั้นบริการสุขภาพยังต้องคำนึงถึงคุณธรรมผลกระทบต่อสุขภาพ

คุณลักษณะของบริการสุขภาพที่ต้องพิจารณาเพื่อการจัดบริการที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง มีดังนี้ (วิชาญ เกิดวิชัย 2547)

1. ความไม่มีตัวตนที่สัมผัสได้ : Intangibility คุณภาพที่แท้จะอยู่ที่ กระบวนการให้บริการ การจะทำให้ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องอื่นรับรู้คุณภาพจึงต้องอาศัยวิธีการหลายอย่างและที่สำคัญ คือ จะต้องทำอย่างมีคุณธรรม ยึดถือผลประโยชน์ของผู้รับการบริการเป็นหลัก

1.1 การนำเสนอคุณภาพผ่านปัจจัยนำเข้ามีเหตุผลที่สำคัญสองด้าน คือปัจจัยนำเข้าที่มีคุณภาพจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และการมีปัจจัยนำเข้าซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้องทำให้เกิดความเชื่อถือ และเกิดความรู้สึกว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ สิ่งที่จะนำเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้ ได้แก่อาคารสถานที่ที่สวยงาม สะอาด ปลอดภัย สะดวกสบายเข้าใช้บริการได้ง่าย สิ่งแวดล้อมที่น่ารื่นรมย์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ได้มาตรฐาน ทันสมัย และที่สำคัญอย่างยิ่ง ผู้ให้บริการต้องเป็นวิชาชีพที่เหมาะสม มีความรู้ความชำนาญ มีคุณวุฒิที่ตรงกับงาน และมีการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีระหว่างให้บริการ

1.2 การนำเสนอคุณภาพผ่านกระบวนการให้บริการ ผู้ให้บริการจะต้องมีช่องทางการสื่อสารที่ดีที่จะเสนอวิธีการให้บริการที่เป็นที่ยอมรับ การนำเสนอขั้นตอนของการให้บริการ และการรับประกันคุณภาพในแต่ละขั้นตอน เป็นอีกวิธีหนึ่งในการสร้างรูปธรรมของ

คุณภาพ เช่น การติดประกาศแสดงขั้นตอนการให้บริการ การแจกเอกสารแสดงขั้นตอนการบริการ การ รับประกันเวลารอคอย การแจกเอกสารแนวทางการรักษาโรคแต่ละโรค เป็นต้น

1.3 การนำเสนอคุณภาพผ่านการแสดงผลลัพธ์ของการบริการ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบผลลัพธ์ของการรักษา เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่คาดหวังจากค่ามาตรฐาน หรือเทียบกับโรงพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับ เช่นการนำเสนออัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราตายของโรคที่สำคัญ ระยะเวลาในโรงพยาบาล เป็นต้น

2. การไม่สามารถแยกส่วนของการบริการออกจากการให้บริการ : Inseparatibility เนื่องจากการให้บริการ และการับบริการ เกิดขึ้นในเวลาและสถานที่เดียว ดังนั้นกระบวนการทำงานในขณะให้บริการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเรียกกันว่าเป็น “Moment of truth”

การรับรู้คุณภาพในขณะรับบริการนี้ สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือ พฤติกรรมบริการต้องทำให้เป็นที่พึงพอใจหรือถึงขั้นประทับใจ อย่างที่เรียกกันว่ามี Excellent service Behavior ซึ่งประกอบด้วยกิริยาท่าที สีหน้า การพูด การเอาใจใส่ และวิธีการให้บริการ ความรวดเร็ว การตอบสนองความต้องการ และการให้เวลาที่เพียงพอ เป็นต้น

3. การไม่สามารถรอคอยได้ : Perishability การไม่สามารถรอคอยได้เนื่องจากปัญหาสุขภาพสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาที่ผ่านไปจึงมีความต้องการบริการที่รวดเร็วทันการ ฝ่ายผู้ให้บริการจำเป็นต้องเตรียมพร้อมที่จะให้บริการได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงความต้องการทั้งในด้านเวลาที่รวดเร็ว เพื่อผลของการรักษาที่ดีและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วย เช่น การจัดเวรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนอกเวลา การจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อการให้บริการที่รวดเร็วเหมาะสมกับความรุนแรง การดูแลระหว่างการส่งต่อ เป็นต้น

4. ความหลากหลายของผู้รับบริการ : Heterogeneity เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงอยู่เสมอเพราะผู้รับบริการแต่ละคน จะมีความแตกต่างกันออกไปทั้ง เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ปัญหาสุขภาพ หรือโรคที่เป็น สภาพจิตใจ ความต้องการ จำเป็นที่ผู้ให้บริการจะต้องประเมิน ผู้รับบริการแต่ละรายให้ครบถ้วนโดยยึดถือความเป็นองค์รวมของมนุษย์มีการทบทวนความต้องการ และตอบสนองได้อย่างเหมาะสมในผู้รับบริการแต่ละราย

5. ความแปรปรวนของการให้บริการ : Variability เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอทั้งฝ่ายผู้ให้บริการ และ ความแปรปรวนของเครื่องมือส่งผลให้เกิดการแปรปรวนในคุณภาพบริการและความไม่มั่นใจในคุณภาพจากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง การจัดทำระเบียบปฏิบัติหรือคู่มือปฏิบัติงาน แนวทางการดูแลผู้ป่วย (CPG and Care map) การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การฝึกอบรมบุคลากร การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน การเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น เป็นแนวทางในการลดความแปรปรวนให้เหลือน้อยที่สุด

**1.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพ**

คุณภาพบริการสุขภาพ มีความหมายค่อนข้างเฉพาะเจาะจง ว่าเป็นคุณภาพของการบริการทางด้านสุขภาพ ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังเช่น

คุณภาพของการบริการทางสุขภาพหรือคุณภาพการดูแล เป็นการดูแลที่คาดหวังไว้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความผาสุก และความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ โดยได้ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้ผลเสียที่จะเกี่ยวข้องตามมาในการดูแล และเป็นภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้รับบริการด้วยการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย ประกอบด้วย ((Donabedian, 1980; Juran, 1992)

1. ไม่มีปัญหา (Zero defect) คือการที่ไม่มีความเสี่ยงไม่มีภาวะแทรกซ้อนในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่ม

2. ผู้รับบริการพึงพอใจ ปัญหาได้รับการแก้ไข หรือได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ (Customer Satisfaction)

3. ได้มาตรฐาน (Professional Standard) ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ

4. เกิดผลลัพธ์ที่ดี (Good outcome) ผลลัพธ์ที่เกิดจากการบริการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับความสะดวกสบายและอบอุ่นในการรับบริการ

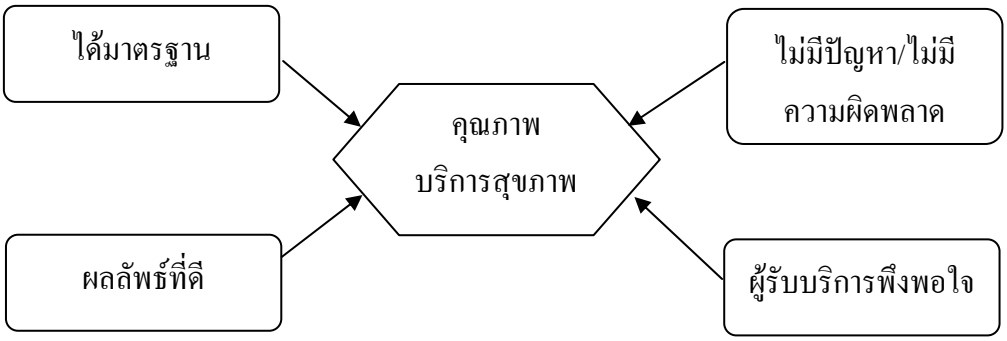
สถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพหรือโรงพยาบาลคุณภาพ (Quality Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่สมารถดำเนินกิจการได้อย่างมีคุณภาพ (สมชาติ โตรักษา 2541) คือ

1. ทำในสิ่งที่ถูกต้อง (Doing the right thing ) ได้แก่การดำเนินกิจการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่จริงของโรงพยาบาลขณะนั้น รวมถึงสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชนในพื้นที่ที่ตั้งโรงพยาบาล เป็นไปตามเงื่อนไขทางกฎหมาย

2. ทำให้ดี ( Doing it well ) ได้แก่ การดำเนินกิจการแล้วได้ผลดีในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดของแต่ละกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการให้บริการผู้ป่วยซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดขึ้น เนื่องจากการบริการทางสุขภาพเป็นบริการที่ทำกับชีวิตมนุษย์ เมื่อข้อผิดพลาดเกิดขึ้น อาจหมายถึงการเสียชีวิต ความพิการ หรือความสูญเสียต่าง ๆ ดังนั้นจึงต้องมีแนวปฏิบัติที่เป็นที่มาตรฐานที่ชัดเจน

3. ผู้รับบริการพึงพอใจ ( Satisfying the customers ) ได้แก่การดำเนินกิจการแล้วเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการทั้งผู้รับบริการภายนอก ( External customers ) หมายถึง ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติและผู้รับบริการภายใน ( Internal customers) ได้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร หรือเจ้าของกิจการ เพื่อให้มองคุณภาพบริการโรงพยาบาล ได้คลอบคลุมและชัดเจนขึ้น ควรมองคุณภาพให้ครอบคลุมถึงคุณภาพตามมาตรฐานการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพที่ตั้งไว้ และคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ เพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ หรือจัดบริการโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการจะต้องตอบสนองทั้งความต้องการของผู้รับบริการภายนอกและผู้รับบริการภายใน

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าคุณภาพบริการสุขภาพเป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่มีปัญหาหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงในภาพ




ภาพที่ 2.2 ความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพ

การจัดการบริการสุขภาพเพื่อให้ได้บริการสุขภาพที่พึงประสงค์ มีเนื้อหาที่ต้องดำเนินการใน 3 รูปแบบ (วิชาญ เกิดวิชัย 2547) คือ

1. บริการสุขภาพผสมผสาน (Integrated Care)

มีเป้าหมายอยู่ที่การทำให้คนมีสุขภาพดีที่เรียกว่า “สุขภาวะ”คือการมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ อยู่ในภาวะสมดุลย์ มีการดูแลไม่ให้เจ็บป่วย เมื่อเจ็บป่วยแล้วก็มีบริการแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิม ประกอบด้วยบริการ 4 ส่วน คือ

1.1 บริการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

1.2 บริการป้องกันโรค (Disease Prevention)

1.3 บริการรักษาพยาบาล ( Illness Treatment)

1.4 บริการฟื้นฟูสภาพ ( Rehabilitation)

2. บริการสุขภาพแบบองค์รวม ( Holistic Care)

เป็นการให้บริการที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของมนุษย์ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันได้แก่

2.1 มิติด้านร่างกาย (Physical Aspect)

2.2 มิติด้านจิตใจ ( Mental Aspect)

2.3 มิติด้านจิตวิญญาณ ( Spiritual Aspect)

2.4 มิติด้านสังคม ( Social Aspect)

องค์ประกอบทั้ง 4 นี้ ส่วนหนึ่งเป็นไปตามกรรมพันธุ์ แต่อีกส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอกนับตั้งแต่ช่วงเวลาที่เกิดที่เรียกว่าเวลาตกฟาก ธรรมชาติแวดล้อม สังคม เทคโนโลยีซึ่งรับเข้าสู่ตัวคนผ่านทางประสาทการรับรู้ทั้ง 5 คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส และสัมผัสทางกายในขณะที่หลายคนซึ่งในการรับรู้สัมผัสที่ 6 คือ การรับรู้ผ่านทางจิตใจ และการได้รับสารต่าง ๆจากภายนอกเข้าสู่ร่างกายด้วยการหายใจอากาศ ด้วยการกินน้ำและอาหารสุขภาวะ และการสัมผัสทางกายขึ้นอยู่กับสมดุลย์ของมิติทั้ง ๆ หากมิติหนึ่งมิติใด เบี่ยงเบนไปจากปกติก็จะส่งผลกระทบกับมิติอื่น ดังนั้นการให้บริการสุขภาพจึงต้องกระทำให้คลอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยมีเป้าหมายที่การช่วยให้กลับเข้าสู่สภาวะสมดุลย์ และต้องปฏิบัติโดยระลึกถึงเสมอว่าทุกกิจกรรมบริการจะส่งผลกระทบต่อทั้ง 4 มิติทั้งสิ้น

3. บริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง ( Continuous Care)

ด้วยความเชื่อในเรื่องความเป็นองค์รวมของมนุษย์ การมีเป้าหมายที่สุขภาวะ การบริการสุขภาพที่กระทำเพื่อให้อยู่ในภาวะสมดุลย์ เข้าไปดูแลตั้งแต่ยังไม่ผิดปกติรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคและการให้การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพได้กลับเข้าสู่สภาวะปกติ ทำให้การบริการสุขภาพต้องกระทำตลอดเวลาทุกช่วงชีวิตนับตั้งแต่เกิดจนตายโดยเฉพาะในช่วง

สุดท้ายของชีวิตถือว่าการดูแลอย่างมีคุณภาพให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี เคารพในความเป็นคนเป็นสิ่งที่ควรกระทำซึ่งแน่นอนว่าการดูแลโดยบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการสุขภาพ คงไม่เพียงพอที่จะ ทำได้อย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยการดูแลโดยคน 4 กลุ่มที่สอดคล้องประสานกัน จึงจะได้การ
ดูแล ต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

3.1 การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care)

3.2 การดูแลสุขภาพโดยคนในครอบครัว (Famaly Care)

3.3 การดูแลสุขภาพโดยชุมชน (Community Care)

3.4 การดูแลสุขภาพโดยผู้ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพ(Health Provider Care)

## 2. องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ

### 2.1 องค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพบริการสุขภาพ อาจมองได้หลายแง่มุมที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของบริการนั้น จากการศึกษาวิเคราะห์ของผู้เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพทุกฝ่าย องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะคุณลักษณะของบริการสุขภาพที่ควรจะเป็นโดยสรุปเป็น 4 องค์ประกอบสำคัญใช้ตัวย่อด้วยอักษรตัวแรกขององค์ประกอบเหล่านี้ ได้แก่ “ E,Q,E,SA.” (วิชาญ เกิดวิชัย 2547)

องค์ประกอบที่ 1. ความเสมอภาพ : Equity

บริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะ (Public good) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตของคนทุกคน รัฐบาลของทุกประเทศจึงต้องจัดบริการสุขภาพ ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่าง ทั้งด้าน เพศ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม ศาสนา หรือสถานะทางเศรษฐกิจ

องค์ประกอบที่ 2. ความมีคุณภาพของการบริการ : Quality

บริการสุขภาพเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ รัฐบาลจะต้องดำเนินการให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและถือเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและผู้ให้บริการที่ต้องดูแลพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งภายในองค์กรเอง และด้วยองค์กรภายนอก เช่น ISO 9000. Hospital Accreditation เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3. ความมีประสิทธิภาพ : Efficiency

เนื่องจากการบริการสุขภาพมีความต้องการทรัพยากรมากและมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเกิดปัญหา การขาดแคลนทรัพยากรส่งผลกระทบต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพและเสมอภาค ดังนั้น การจัดบริการให้มีประสิทธิภาพ มีการควบคุมค่าใช้จ่ายจึงเป็นสิ่งจำเป็นทำให้เกิดแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นหลายอย่าง เช่น การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) การจ่ายเงินตาม DRGS, Utilization Review , การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4. ความโปร่งใสสังคมตรวจสอบได้ : Social Accountability

จากแนวคิดที่ว่าบริการสุขภาพเป็นบริการที่ไม่สมบูรณ์ ผู้รับการบริการมีความรู้ไม่ เท่าเทียมกับผู้ให้บริการจึงมีความเชื่อว่าการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องอื่นนอกเหนือจากผู้ให้บริการ เข้ามาตรวจสอบกระบวนการให้บริการ จะช่วยให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้รับการบริการ และเป็นไปอย่างมีคุณธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม

องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพบริการสุขภาพ อาจมองได้ในหลายแง่มุม คุณลักษณะ 7 ประการของการบริการที่ดี ยึดหลัก SERVICE (Dickens, 1994) มีดังนี้

S = Smiling & Sympathy หมายถึง ยิ้มแย้มและเอาใจเขามาใส่ใจเรา เห็นอกเห็นใจ ต่อความลำบากยุ่งยากของผู้รับบริการ

E = Early Response หมายถึง ตอบสนองต่อความประสงค์ของผู้รับบริการอย่างรวดเร็วทันใจ โดยมิได้เอ่ยปากเรียกหา

R = Respectful หมายถึง แสดงออกถึงความนับถือและให้เกียติผู้รับบริการ

V = Voluntariness Manner หมายถึง ลักษณะการให้บริการเป็นแบบสมัครใจและเต็มใจทำ มิใช่ทำแบบเสียไม่ได้

I = Image Enhancing หมายถึง แสดงออกซึ่งการรักษาภาพพจน์ของผู้ให้บริการและเสริมภาพพจน์ขององค์กรด้วย

C = Courtesy หมายถึง กิริยาอาการอ่อนโยน สุภาพและมีมารยาทดี อ่อนน้อมถ่อมตน

E = Enthusiasm หมายถึง มีความกระฉับกระเฉง และกระตือรือร้นขณะบริการจะให้บริการมากกว่าที่คาดหวัง

จะเห็นว่าคุณลักษณะของบริการสุขภาพที่มีคุณภาพนั้น ผู้ให้บริการจะต้องให้บริการด้วยความเต็มใจมีความกระตือรือร้นที่จะให้บริการด้วยความเป็นกันเอง ให้เกียติ

ผู้รับบริการและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพนั้นเป็นการดูแลโดยมุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้ได้คุณภาพที่เป็นเลิศ โดยคุณภาพบริการสุขภาพครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการที่ต้องมีความรู้ ความสามารถที่ดีและเพียงพอที่จะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดบริการที่สะดวก ปลอดภัย วิธีการรักษาพยาบาลถูกต้องครบถ้วนตามหลักวิชาการ ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและ สร้างความพึงพอใจให้ทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการโดยมีมิติต่าง ๆ ของคุณภาพ (CCHSA, 1999) ดังนี้

1. Competency คือ ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ ซึ่งเหมาะสมกับภารกิจการดูแลผู้ป่วยและมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ

2. Acceptability คือ การที่กิจกรรมต่าง ๆ นั้นตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงิน

3. Effectiveness คือ ผลของการรักษาหรือบริการนั้นทำให้เพิ่มอัตรารอดหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4. Appropriateness คือ การให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ หรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือสูง

5. Efficiency คือ การใช้ทรัพยากร (เช่น เวลา การทดสอบ เครื่องมือและสถานที่ ฯลฯ) ที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

6. Accessibility คือ การให้บริการให้สถานที่ที่ถูกต้องและในเวลาที่เหมาะสม

7. Safety คือ การหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่าง ๆที่มีโอกาสเกิดขึ้น และมีการอธิบายโอกาสเหล่านี้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงปลายทศวรรษ 1980 การรับรองคุณภาพหันไปให้ความสำคัญกับผลการปฏิบัติงานจริง (actual performance) ซึ่งวัดได้เป็นจำนวน (quantitatively quantifiable) โดยการสร้างเป็นเครื่องชี้วัดผลการดำเนินงาน (performance indicators) ขึ้นมา มิติต่างๆของผลการปฏิบัติงานที่บ่งชี้ถึงคุณภาพบริการสุขภาพประกอบด้วย (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2541)

1. มิติที่ผลการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการทำสิ่งที่ถูกต้อง “ Do the right thing”

1.1 Appropriateness of care หมายถึง การบริการที่จัดให้เหมาะสมสอดคล้องและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

1.2 Efficacy of care หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุ หรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

2. มิติที่ผลการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการทำได้อย่างดี “ Do thing well”

2.1 Accessibility of care หมายถึง ความสะดวกที่ผู้รับบริการจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น

2.2 Timeliness of care หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้รับบริการได้ทันท่วงทีที่ต้องการ

3. Effectiveness of care หมายถึง การดูแลที่กระทำโดยความตั้งใจใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่และมีกริยามารยาทที่เหมาะสม

4. Efficiency of care หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามต้องการโดยใช้ค่าใช้จ่ายให้น้อยที่สุด หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นน้อยที่สุด

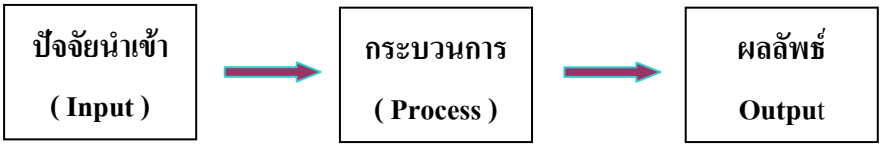
5. Continuity of care หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้รับการประสานอย่างต่อเนื่องของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกลุ่มต่าง ๆ ทั่วทั้งโรงพยาบาล

6. Safety of care environment หมายถึง การเตรียมสถานที่อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมที่จะให้บริการได้อย่างทันท่วงทีเมื่อต้องการ

7. Respect and caring การดูแลที่ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการการตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง และคำนึงถึงความเป็นบุคคล ความเป็นส่วนตัวและสิทธิของผู้ป่วย

ประมาณต้นทศวรรษ 1990 องค์การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา(JCAHO) เริ่มการเปลี่ยนมาตรฐานโรงพยาบาลครอบคลุมระดับของผลการปฏิบัติงานในหน้าที่ (function) สำคัญๆของโรงพยาบาล และให้ความสำคัญแก่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement) มิใช่ให้ความสำคัญเพียงแต่สิ่งที่สถานพยาบาลมีหรือขีดความสามารถ (Capability) ของสถานพยาบาล แต่รวมถึงสิ่งที่สถานพยาบาลได้ทำจริงๆ (what is done) และสิ่งที่ทำนั้นทำได้ดีเพียงใด (how well it is done) นั่นคือหลักการของการประกันคุณภาพ (quality assurance) และการประเมินคุณภาพ (quality assessment) ถูกแทนที่โดยการปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน (performance improvement) ให้ความสำคัญกับกระบวนการข้ามสายงานหน้าที่ (cross-functional) ระหว่างแผนก (department) และกลุ่มวิชาชีพ (discipline) ต่างๆ ในโรงพยาบาล แทนที่ระบบมาตรฐานตามแผนกและสายงานที่มีมาแต่เดิม ซึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ใหม่นี้อยู่บนพื้นฐานที่ว่าถ้าโรงพยาบาลทำสิ่งที่ถูกต้อง (do right things) และทำได้อย่างดี (doing things well) จะส่งผลให้โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีนั้นสูงไปด้วย

การพิจารณาคุณภาพบริการนั้น การดูที่ผลลัพธ์อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะบอก คุณภาพที่แท้จริงได้จึงมีการวัดคุณภาพที่กว้างขวางขึ้น โดยดูที่คุณภาพของปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการทำงาน (Process) ด้วยความเชื่อที่ว่า ปัจจัยนำเข้าที่ดี และกระบวนการทำงานที่ดี ย่อมได้ผลลัพธ์ที่ดี โดยองค์ประกอบของคุณภาพประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ (Donabedian, 1989)




ภาพที่ 2.3 ทฤษฎีคุณภาพของโดนาบีเดียน

1 โครงสร้าง (Structure) ครอบคลุมปัจจัยนำเข้าซึ่งอาจจะแบ่งเป็น 4 ประเภท (4M) และการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพ พร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน

1.1 Man ทรัพยากรบุคคล ถือเป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะคนมีชีวิตจิตใจ มีจิตวิญญาณ มีความคิด มีความแตกต่างและความแปรปรวนสูง ดังนั้น คุณภาพคนในองค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การคัดเลือกคนที่เหมาะสมเข้าสู่องค์กร การจัดคนทำงานให้ตรงกับงาน การประเมินผลงาน การจัดโครงสร้างองค์กร(Organization Structure) ให้สอดคล้องกับภาระกิจและวัฒนธรรมองค์กร และการพัฒนาคนอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

1.2 Money การเงินการคลังการดูแลทางการเงินการคลังที่มีคุณภาพการวางแผนงบประมาณ การใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำบัญชีที่ถูกต้องตรวจสอบได้ เป็นต้น

1.3 Material วัตถุดิบที่เข้าสู่กระบวนการบริการ ต้องมีการดูแลคุณภาพในทุกส่วน นับตั้งแต่อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุ เครื่องมืออุปกรณ์ และรวมไปถึงผู้รับบริการ ซึ่งจะนำเข้าสู่กระบวนการว่าเป็นปัจจัยนำเข้า การควบคุมคุณภาพสามารถดำเนินการได้ตั้งแต่การจัดหา การคัดเลือก การเก็บรักษา การเคลื่อนย้าย การตรวจสอบคุณภาพ ทั้งก่อนและระหว่างกระบวนการทำงาน

1.4 Method รูปแบบวิธีการทำงานการให้บริการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ปัจจุบันได้มีการตรวจสอบกระบวนการและวิธีการทำงานมากขึ้นตัวอย่างเช่น มาตรฐาน ISO 9000 จะมีข้อกำหนดที่เน้นหนักขั้นตอนและกระบวนการทำงาน เป็นต้น

2. กระบวนการทำงาน (Process) การควบคุมกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญผู้รับผิดชอบจะต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงานจัดลำดับขั้นตอนการทำงานและควบคุมคุณภาพแต่ละขั้นตอนให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การจัดให้มีการทำงานตามกระบวนการที่มีคุณภาพ โดยการจัดทำเป็นระเบียบปฏิบัติในการทำงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรในหลายรูปแบบ เช่น Quality Procedur, System Procedur หรือวิธีปฏิบัติงาน Work Instruction

3. ผลลัพธ์ (Input) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานอาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ (Product) หรือ บริการ (Service) ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งปริมาณและคุณภาพสามารถแบ่งแยกได้ตามลำดับของกระทบ ดังนี้

3.1 Out put คือ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการการทำงานเมื่อสิ้นสุดการทำงานนั้น

3.2 Impact คือผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการนำผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นไปใช้กับผู้รับผลงาน เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบโดยตรงมาจาก Out put

3.3 Outcome คือ ผลที่เกิดขึ้น Out put และ Impact ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่อยู่นอกกระบวนการทำงานนั้น เช่น บริการสุขภาพที่ดีทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถทำงานก่อให้เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น

ในด้านบริการสุขภาพนั้นโรงพยาบาลที่มีการบริการที่ดีนั้นควรมีระบบการบริหารจัดการต่าง ๆที่มีลักษณะดังนี้ (สมชาติ โตรักษา 2541)

1. ระบบบริการ (Service System) ในการจัดบริการจะต้องคำนึงถึงเป้าหมาย คือ ความรวดเร็ว ความถูกต้อง และความประทับใจตั้งแต่ผู้รับบริการมาถึงจนกระทั่งกลับออกไป โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การเตรียมพร้อมก่อนให้บริการทั้งด้านผู้ให้บริการวัสดุอุปกรณ์รวมทั้งวิธีปฏิบัติให้พร้อม

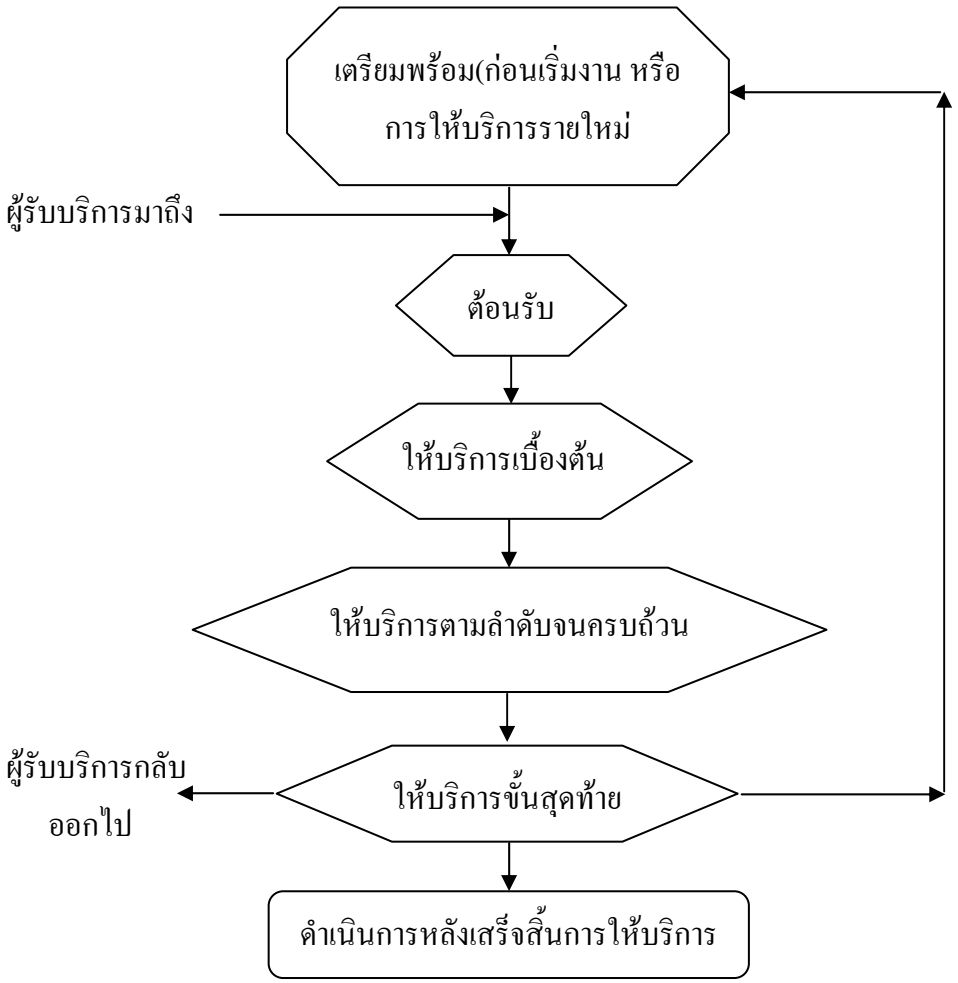
1.2 การต้อนรับผู้มารับบริการอย่างประทับใจในด้านสถานที่ เช่น ความสะอาด ความเรียบร้อย ความสวยงามและความน่าไว้วางใจ ด้านพฤติกรรมของผู้ให้บริการ และด้านสิ่งสนับสนุนการให้บริการ เช่น เครื่องมือสื่อสาร

1.3 การให้บริการเร่งด่วนตามลักษณะของผู้มารับบริการอย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้มารับบริการในทันที่ด้านการบริการเร่งด่วน เช่น การช่วยชีวิต การบรรเทาอาการเจ็บปวด

1.4 การให้บริการตามลำดับขั้นจนครบถ้วนตามลักษณะ และความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

1.5 การให้บริการก่อนผู้รับบริการจะกลับออกไป เช่น การให้คำแนะนำการเรียกคนขับรถ

1.6 การให้บริการหลังจากผู้รับบริการกลับออกไป เช่น การบันทึกข้อมูลและการ ดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยเพื่อรองรับผู้รับบริการรายต่อไป




ภาพที่ 2.4 ผังการไหลเวียนของระบบบริการสุขภาพ

2. ระบบสนับสนุนบริการ (Supporting service system) มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุน คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยี สำหรับงานบริการอย่างถูกต้อง ถูกใจ ถูกเวลาและถูกสถานที่ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 กำหนดความต้องการสิ่งสนับสนุนชัดเจน แม่นยำ ครบถ้วน

2.2 โดยสรรหาสิ่งสนับสนุนได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน

2.3 การเก็บรักษาให้ปลอดภัยและคงสภาพดี

2.4 การแจกจ่ายรวดเร็วถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว และไม่เสียหาย

2.5 การใช้งานอย่างถูกต้อง เหมาะสม

2.6 การพัฒนาให้สิ่งสนับสนุนเหล่านี้ให้สามารถใช้งานได้ดียิ่งขึ้นอยู่เสมอ

2.7 การซ่อมบำรุงให้มีอายุการใช้งานที่ยืนยาว

2.8 การจำหน่ายสิ่งสนับสนุนอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว

2.9 การประสานงานการดูแล และการควบคุมให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.10 การจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง

3. ระบบพัฒนางานบริการ (Improving service system) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานบริการให้เจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบมี 6 กิจกรรมหลัก คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา สาเหตุ และแนวทางในการปรับปรุง การวางแผนพัฒนาทั้งระยะสั้นและระยะยาว การดำเนินการตามแผนที่เขียนไว้อย่างมีประสิทธิภาพการประเมินผลงานและบันทึกอย่างเป็นระบบ การนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา และมีการควบคุมประสานงานอย่างต่อเนื่อง

4. ระบบบริหารจัดการ (Management system) มีเป้าหมายเพื่อให้การดำเนินงานในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่น มั่นคง และคุ้มค่า มีกิจกรรมหลักในการดำเนินการ คือ

4.1 การจัดทำแผนการปฏิบัติการ ให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อน

4.2 การจัดองค์กร ให้เหมาะสมกับงานและทรัพยากรที่มีอยู่

4.3 การจัดสรรบุคลากร ที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับตำแหน่งและงาน

4.4 การอำนวยการ ให้งานทั้งหลายดำเนินไปได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกันและมีประสิทธิภาพสูง

4.5 การประสานงาน ให้งานทั้งหลายดำเนินไปได้อย่างราบรื่นทั้งการประสานงานภายในหน่วยงานและการประสานงานภายนอกหน่วยงานทุกทิศทาง

4.6 การรายงานให้ข้อมูล ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไปถึงผู้ที่สมควรทราบอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา

4.7 การจัดงบประมาณ ให้เหมาะสม เพียงพอ ทันเวลา ประหยัด ไม่รั่วไหลและคุ้มค่า โดยมีการหาเงิน การส่งเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การติดตาม การควบคุมการใช้เงิน การตรวจสอบการใช้เงิน และการวิเคราะห์การใช้งบประมาณ

**2.2 การวิเคราะห์คุณภาพบริการสุขภาพ**

การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง การตรวจสอบข้อเท็จจริง และข้อมูลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิผล การวิเคราะห์ต้องอาศัยการหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล การวิเคราะห์ระดับองค์กรทำให้ได้แนวทางการจัดการกระบวนการเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ขององค์กร

***2.2.1 ความสำคัญการวิเคราะห์คุณภาพบริการ***

การวิเคราะห์คุณภาพบริการของโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อการบริหารโรงพยาบาล (สมชาติ โตรักษา 2545) ดังนี้

1. เป็นกิจกรรมอันดับแรกของการบริหารที่ช่วยให้ผู้บริหารรู้ว่าจะต้องทำอย่างไรต่อไป เพื่อให้การบริหารเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด
2. ช่วยลดความเสียหาย ความสูญเสีย และสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในการทำงาน
3. ช่วยชี้นำแนวทางการพัฒนางาน องค์การบุคคลและชุมชนที่ชัดเจนแม่นยำ
4. ช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยการเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต

***2.2.2 ประเด็นการวิเคราะห์คุณภาพบริการ***

การวิเคราะห์คุณภาพบริการของโรงพยาบาลที่สำคัญมี 5 ประเด็นดังนี้

1) การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาล ทั้งผลงาน ความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพการทำงาน และความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ผลการดำเนินงานในอดีต ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะและขนาดเดียวกัน

2) การวิเคราะห์ลักษณะของผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับเดือนที่ผ่านมา หรือปีที่ผ่านมา

3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาล ได้แก่ คน เงิน สิ่งของ ระบบงาน เทคโนโลยี

4) การวิเคราะห์แนวโน้มในอนาคตว่าจะเป็นไปในทิศทางใดอย่างไรด้วยเงื่อนไขใด

5) การวิเคราะห์แนวทางการดำเนินงานในอนาคตว่าควรทำอะไร อย่างไร เพราะเหตุใด

### *2.2.3 ประโยชน์ของการวิเคราะห์คุณภาพบริการ*

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์คุณภาพบริการจะช่วยชี้นำแนวทางการดำเนินงานต่อไปที่ชัดเจน แม่นยำและเป็นไปได้กับผู้บริหารช่วยลดความเสี่ยงความสูญเสีย และสิ่งไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นให้เหลือน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นเลย ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์สามารถนำไปใช้ในสิ่งต่อไปนี้

1) พัฒนาสิ่งที่วิเคราะห์เช่นงานที่กำลังปฏิบัติอยู่ เช่น การปรับแผนงานที่วางไว้แล้วให้เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากขึ้นพัฒนาระบบงานให้คล่องตัวมีประสิทธิภาพ และเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานทั้งระบบงานบริการ ระบบงานสนับสนุนบริการ ระบบงานพัฒนาบริการ และระบบบริหารพัฒนาผู้บริหารให้สามารถพัฒนาวิธีการการบริหารที่รวดเร็ว พัฒนาการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า

2) พัฒนาหน่วยงาน พัฒนาวิธีการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น

3) พัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ เพื่อความก้าวหน้าของงาน และบุคลากร

4) การขยายผลไปในงาน/หน่วยงาน/องค์การอื่น ๆ

การวิเคราะห์คุณภาพบริการ สามารถส่งผลให้เกิดการพัฒนาทั้งงานบริการสุขภาพ พัฒนาหน่วยงาน พัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ และสามารถขยายผลไปในองค์กรอื่นได้อีกด้วย

การพิจารณาคุณภาพ มีวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบในรูปแบบต่างๆ เช่น การวิเคราะห์สายโซ่แห่งคุณค่า (Value Chain Analysis) การวิเคราะห์คุณภาพด้วย (Balance Score Card) การวิเคราะห์ด้วย TQM Model ของ UMMC ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยการวิเคราะห์ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานโดยการประยุกต์จากแนวคิดระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000

## 3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ ISO 9000

ISO เป็นชื่อองค์การระหว่างประเทศสำหรับการจัดทำมาตรฐาน ( International Organization for Standardization) มีฐานะเป็นองค์การที่ไม่ใช่ภาครัฐ ( non-governmental Organization) ตั้งอยู่ที่เมืองเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นองค์การมาตรฐานแห่งชาติของประเทศต่าง ๆ ซึ่งมีฐานนะเป็นองค์การที่ไม่ใช่ภาครัฐเช่นกัน ภารกิจของ ISO คือ การพัฒนามาตรฐานเพื่อเพิ่มมูลค่าให้กับธุรกิจช่วยพัฒนาการผลิต การป้อนวัตถุตลอดจน

พัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพมีความปลอดภัยและสะอาด ช่วยให้การค้าระหว่างประเทศเป็นไปโดยสะดวกและเป็นธรรม ความมุ่งหมายของ ISO ได้แก่ การช่วยปกป้องผู้บริโภค และผู้ใช้สินค้าตลอดจนช่วยให้ชีวิตประชาชนดำเนินไปโดยสะดวก องค์การ ISO กำเนิดมาเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 1946 (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ 2545)

มาตรฐานระบบคุณภาพ ISO 9000 เป็นผลผลิตของ ISO เนื่องมาจาก ISO เห็นความจำเป็นที่ต้องจัดทำมาตรฐานการจัดการคุณภาพ หลังจากวิจัยมาหลายปีเมื่อปี ค.ศ. 1987 จึงได้จัดทำ ISO 9000 ขึ้นประเทศที่ทำความตกลงครั้งแรกมี 35 ประเทศ ต่อมาปี ค.ศ. 1994 คณะกรรมการทางวิชาการของ ISO 9000 ซึ่งเรียกชื่อว่า “ISO /TC 176” ได้จัดทำแก้ไข ISO 9000 เป็นฉบับใหม่เพราะตามหลักการเบื้องต้น ISO ต้องการให้ทบทวนมาตรฐานทุกประเภทภายในระยะเวลา 5 ปี เพื่อระบุว่ายังจะยั่งยืนหรือแก้ไข ยกเลิกมาตรฐานเดิมมาตรฐาน ISO 9000 มีการเพิ่มองค์ประกอบใหม่ๆ เสมอจึงเป็นมาตรฐานที่เพิ่มเติมและเปลี่ยนแปลงได้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2000 ISOได้ออกมาตรฐานและเอกสารที่เกี่ยวข้องอีก 986 ฉบับ ทำให้มีมาตรฐานและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 13,025 ฉบับ ตอนสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000 ISO มีสมาชิกทั่วโลกซึ่งประกอบด้วยองค์การมาตรฐานหลัก (principal standards organizations) ของประเทศต่างๆ 137 ประเทศ ซึ่งแต่ละประเทศมีองค์การมาตรฐานหลักได้แห่งเดียว

ISO 9000ไม่ใช่มาตรฐานสินค้าแต่เป็นมาตรฐานระบบคุณภาพ (quality system standard) บางทีก็เรียกว่า “มาตรฐานระบบคุณภาพ” ที่ใช้ได้ทั้งกับสินค้าการบริการและกระบวนการผลิต โดยกระบวนการใด ๆในโลก มีเป้าหมายใหญ่ คือ มุ่งให้บรรลุความคาดหวังและความต้องการของลูกค้า ตามความต้องการของ ISO 9000 นั้นต้องการให้เกิดกิจกรรมคุณภาพ 3 ส่วน คือ (Johnson,1993)

1. การวางแผนเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ใช้มาตรฐานรู้จักกำหนดจุดมุ่งหมาย อำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและเข้าใจเรื่องคุณภาพ

2 การควบคุม เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ใช้มาตรฐานทำตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้รวมทั้งคาดการณ์ถึงปัญหา หาทางหลีกเลี่ยง หรือวางแผนแก้ปัญหาและลงมือแก้ไข

3 การจัดทำเอกสาร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ใช้มาตรฐานเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการมีการดำเนินการที่ราบรื่น รับฟังปัญหาตามวงจรการวางแผน มีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพื่อให้ลูกค้าหรือผู้ประเมิน ซึ่งเป็นบุคคลที่สามสามารถตรวจสอบได้

วิธีการใช้มาตรฐานระบบคุณภาพ ISO 9000 มี 2 วิธี คืออาจนำหลักการของมาตรฐานของ ISO 9000 ไปปฏิบัติเพื่อประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติเองโดยไม่ต้องจดทะเบียน(registration) หรืออีกวิธีหนึ่งคือขอการรับรอง (certification) และจดทะเบียนกับหน่วยให้การรับรอง(certification body) คุณภาพของ ISO 9000

**ระบบบริหารงาน ISO 9000 กับประเทศไทย**

ประเทศไทยได้นำมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9000 เข้ามาในประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ( สมอ.) สังกัดกระทรวงอุตสาหกรรม ซึ่งมีหน้าที่เป็นตัวแทนของประเทศไทย เริ่มมีบริษัทที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2535 และในปี พ.ศ. 2545 มีบริษัทที่ได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ISO 9000 ทั้งหมด 3,714 แห่ง ได้มีขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ ดังนี้ (บรรจง จันทมาศ 2546)

1. มาตรฐานระบบบริหารคุณภาพ ISO 9000 มาจาก ISO มาลอกและแปลจัดทำเป็นมาตรฐานของประเทศไทย โดยใช้หมายเลข มอก. ISO 9000 ซึ่งมีความเหมือนกันทุกประการกับ ISO 9000 นำออกประกาศใช้เมื่อ ปี พ.ศ. 2534

2. คณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2534 ให้สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการรับรองระบบคุณภาพของประเทศ โดยมีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการรับรองระบบคุณภาพเป็นผู้กำหนดดูแล

3. บริการรับรองระบบคุณภาพโดยจะจัดตั้งหน่วยงานใน สมอ. ขึ้นเพื่อดำเนินการโดยมีประชาคมยุโรปให้ความช่วยเหลือ ตามโครงการมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม และการประกันคุณภาพของอาเซียน

4. ส่งเสริมให้ภาครัฐและภาคเอกชน ได้มีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพรวมทั้งสนับสนุนให้มีการนำมาตรฐานไปใช้โดยสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยร่วมกันจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง

5. จัดหน่วยงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 9000 เพิ่มขึ้นมาอีก 2 หน่วยงาน ซึ่งเป็นหน่วยงานภายในประเทศในปี 2542 คือ

5.1 สถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ :(สรอ.)(Management System Certification Institue Thailand : MASCI) ให้การรับรองตามมาตรฐาน ISO 9000, ISO 14000, มอก. 18000 และมาตรฐานระบบอื่นๆ ผู้ได้รับการรับรองจาก สรอ. จะได้รับสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัสดุเช่นเดียวกับ สมอ.

5.2 สำนักรับรองระบบคุณภาพ (สรร.) เป็นรัฐวิสาหกิจในสังกัดสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทยภายใต้กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม

6. ปี2542สำนักมาตรฐานผลิภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) ทำหน้าที่เป็น National Accreditation Body คือเป็นการรับรองและกำกับดูแลสถาบันที่ให้การรับรองระบบคุณภาพ คือ สถาบัน สรอ.และ สรร.

**หลักการของ ( ISO 9000)**

ISO 9000 เป็นมาตรฐานระบบคุณภาพที่มีเป้าหมายเพื่อรับประกันว่าสินค้าหรือบริการขององค์การจะบรรลุความต้องการของลูกค้า ระบบคุณภาพมีอยู่ 2 ส่วน คือ การประกันคุณภาพกับการควบคุมคุณภาพ สำหรับการประกันคุณภาพ เป็นการวางแผนและกระทำอย่างเป็นทางการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลผลิตมีคุณภาพในระดับที่ต้องการ ส่วนการควบคุมคุณภาพเป็นกิจกรรมที่กระทำในกระบวนการและใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อสร้างคุณภาพที่มีลักษณะเฉพาะ ระบบคุณภาพเป็นโปรแกรม ที่มุ่งไปที่การจัดการทั้งองค์การและทุกกระบวนการ ระบบคุณภาพที่ดีต้องยึดหลักปรัชญาว่า ผู้ป้อนวัตถุดิบเป็นต้นทางและลูกค้าเป็นปลายทางลักษณะขององค์การที่มีระบบคุณภาพที่ดีมีดังนี้

1. ยึดปรัชญาการป้องกันมากกว่าการสืบหาปัญหา
2. มุ่งทบทวนจุดที่เป็นปัญหาสำคัญในกระบวนการ ลงมือแก้ไข และตรวจสอบผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง
3. ติดต่อสื่อสารภายในกระบวนการ และระหว่างผู้ใช้มาตรฐาน ตลอดจนติดต่อสื่อสารกับผู้ป้อนวัตถุดิบและลูกค้าอย่างสม่ำเสมอ
4. จัดเก็บข้อมูลอยู่ตลอดและควบคุมการจัดทำเอกสารสำคัญอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ให้พนักงานทุกคนเกิดการตระหนักในเรื่องคุณภาพ
6. ทำให้การจัดการมีความมั่นใจในระดับสูง

ผลที่ตามมาจากนำระบบคุณภาพของ ISO 9000 มาใช้ในองค์การ คือ การบริหารมีประสิทธิภาพ ซึ่งดูได้จากตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่

1. การตัดสินใจเป็นไปโดยใช้ความสามารถและข้อมูล
2. สามารถควบคุมปัจจัยนำเข้าหรือผู้ป้อนวัตถุดิบได้
3. ประสิทธิภาพในการผลิตเพิ่มขึ้น
4. การสูญเสียมีน้อยลง

สำหรับระบบคุณภาพที่ดีจะต้องเป็นกระบวนการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้เร็วมีความสามารถในการปรับตัวสูง มีประสิทธิภาพและผู้นำในตลาดกรณีการใช้มาตรฐานระบบคุณภาพของ ISO 9000 นี้ถือว่าเป็นการทำสัญญาอย่างหนึ่งเพราะลูกค้ามักมองว่าการได้รับรองระบบคุณภาพจาก ISO เป็นสิ่งสำคัญในการทำตามสัญญาดังกล่าวองค์การต้องไปจดทะเบียนและทำสัญญากับหน่วยให้การรับรองระบบคุณภาพของ ISO 9000

**ประโยชน์ที่ได้รับจากการประยุกต์ใช้ระบบ ISO 9000**

*ประโยชน์ต่อระบบและองค์กร*

1. ทำให้มีระบบบริหารคุณภาพภายในองค์กรที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและครบวงจร
2. เกิดการทำงานที่เป็นระบบมีการเชื่อมโยงและประสานงานกันระหว่างการให้บริการ
3. มีการตรวจสอบผู้ปฏิบัติงานทั้งจากองค์กรภายในและภายนอกเป็นระยะอย่างต่อเนื่องทำให้มีการปรับปรุงการบริการให้ดีขึ้นต่อไป
4. ทำให้พบปัญหาที่ไม่เคยนึกถึงมาก่อน และเมื่อพบปัญหามีระบบการแก้ปัญหาที่ครบวงจรรวมทั้งมีระบบการป้องกันปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดในอนาคต
5. ประหยัดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
6. ลดข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ
7. ทำให้องค์กรมีภาพพจน์ที่ดีขึ้น

*ประโยชน์ต่อบุคลากร*

1. การปฏิบัติงานเป็นระบบ และมีขอบเขตที่ชัดเจน
2. พนักงานมีจิตสำนึกในเรื่องคุณภาพมากขึ้น
3. มีแนวทางการฝึกอบรมบุคลากรที่แน่นอน
4. มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีม และลดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน

*ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ*

1. เชื่อมั่นได้ว่าเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้รับบริการ จะได้รับการตรวจสอบให้มีความเที่ยงตรงและปลอดภัยอยู่เสมอ
2. ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีมาตรฐานและคุณภาพที่ดีเหมือน ๆ กัน
3. โรงพยาบาลให้บริการได้ตามความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น

สรุป ประโยชน์จากการนำระบบคุณภาพ ISO 9000 มาใช้สามารถพัฒนาบุคลากรพัฒนาที่ทำงานและเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารภายในองค์กร สามารถลดค่าใช้จ่ายและต้นทุนในการผลิตตลอดจนความสูญเสียต่างๆจากการผลิต ทั้งนี้เพราะระบบคุณภาพ ISO 9000 สร้างจิตสำนึกในการทำงานให้กับพนักงาน มีการทำงานเป็นที่มีระบบ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถควบคุมและตรวจสอบได้ง่ายขึ้น และที่สำคัญคือสามารถเพิ่มผลผลิตและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กร นับเป็นการประกาศเกียรติคุณอีกทางหนึ่งด้วย

**งานต่าง ๆที่ ISO 9000 ครอบคลุม**

1. งานบริหาร
2. ความต้องการของลูกค้า
3. การควบคุมตัวแปรภายในองค์กร
4. มีการสอบเทียบอย่างสม่ำเสมอ
5. ผลิตภัณฑ์เก็บได้อย่างมีคุณภาพ
6. การบริการหลังการขาย

ข้อกำหนดระบบคุณภาพ ( Quality System Requirement : QSR ) ของ ISO 9001:2000 ประกอบด้วย (ธีระพันธ์ พลมณี 2544.)

1. ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร

1.1 ข้อกำหนดนโยบายคุณภาพ " ฝ่ายบริหารขององค์กรที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการต้องกำหนดและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งนโยบายด้านคุณภาพรวมทั้งเป้าหมายด้านคุณภาพ และความมุ่งมั่นด้านคุณภาพ โดยนโยบายคุณภาพที่กำหนดจะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรความคาดหวังและความต้องการของลูกค้า องค์กรต้องทำให้มั่นใจว่านโยบายคุณภาพดังกล่าวเป็นที่เข้าใจได้รับการถือปฏิบัติและธำรงรักษาไว้โดยพนักงานทุกระดับในองค์กร "

1.2 ข้อกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ " ความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่และความสัมพันธ์ระหว่างกันของพนักงาน ผู้ซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการปฏิบัติงานและตรวจสอบงานที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพจะต้องถูกกำหนดขึ้นและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพนักงานที่ต้องการความเป็นอิสระและอำนาจในการริเริ่มปฏิบัติการป้องกันการเกิดความไม่สอดคล้องใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ กระบวนการผลิต/ให้บริการ และระบบคุณภาพ ระบุชี้และบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ กระบวนการผลิต/ให้บริการ และระบบคุณภาพ ริเริ่มเสนอแนะ หาทางแก้ไขปัญหาตามช่องทางที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบการแก้ไขปัญหา ควบคุมกระบวนการผลิต/ให้บริการ การส่งมอบ หรือการติดตั้งผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องจนกระทั่งความบกพร่องนั้น ๆ ได้รับการแก้ไขจนลุล่วง "

1.3 ข้อกำหนดทรัพยากร " องค์กรต้องกำหนดความต้องการด้านทรัพยากร และจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอรวมทั้งการมอบหมายบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วสำหรับการบริหาร จัดการ การปฏิบัติ และกิจกรรมการตรวจสอบ รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพภายใน "

1.4 ข้อกำหนดตัวแทนฝ่ายบริหาร " ฝ่ายบริหารขององค์กรซึ่งรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ ต้องแต่งตั้งหนึ่งในสมาชิกของทีมบริหารองค์กร ให้มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการจัดตั้งระบบคุณภาพ การนำระบบคุณภาพไปปฏิบัติ และการธำรงรักษาไว้ซึ่งระบบคุณภาพ

ให้สอดคล้องตามที่มาตรฐานสากลกำหนด การรายงานผลของระบบคุณภาพต่อฝ่ายบริหารขององค์กรเพื่อทบทวน และปรับปรุงระบบคุณภาพ ”

1.5 ข้อกำหนดการทบทวนของฝ่ายบริหาร “ ฝ่ายบริหารขององค์กรซึ่งได้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ ต้องประชุมทบทวนระบบคุณภาพตามช่องทางเวลาที่กำหนดอย่างพอเพียง เพื่อให้แน่ใจว่าระบบคุณภาพยังคงมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ที่จะบรรลุข้อกำหนดของมาตรฐานสากลฉบับนี้และนโยบายคุณภาพ ตลอดจนเป้าหมายคุณภาพที่กำหนดไว้ขององค์กร บันทึกการประชุมทบทวนดังกล่าวจะต้องได้รับการจัดเก็บ ”

2. ระบบคุณภาพ ประกอบด้วย โครงสร้างองค์กร หน้าที่ความรับผิดชอบคู่มือคุณภาพและระเบียบปฏิบัติ บันทึกคุณภาพ กระบวนการผลิต/ให้บริการ และทรัพยากรที่จำเป็นในการผลิต/ให้บริการ

2.1 ข้อกำหนด บททั่วไป “ องค์กรต้องจัดตั้ง จัดทำเป็นเอกสารและธำรงไว้ซึ่งระบบคุณภาพเพื่อเป็นวิถีทางที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าผลิตภัณฑ์/บริการ สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ต้องการ องค์กรต้องจัดทำคู่มือคุณภาพซึ่งคลอบคลุมข้อกำหนดของมาตรฐานสากลฉบับนี้ ”

2.2 ข้อกำหนดระเบียบปฏิบัติของระบบคุณภาพ “ องค์กรต้องจัดทำระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรให้สอดคล้องกับข้อกำหนดมาตรฐานสากลฉบับนี้ และนโยบายคุณภาพขององค์กรและนำระบบคุณภาพ และระเบียบปฏิบัติที่จัดทำขึ้นไปถือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพตามความมุ่งหมายของมาตรฐานสากลฉบับนี้ ขอบข่ายและรายละเอียดของวิธีปฏิบัติที่ประกอบขึ้นเป็นระบบคุณภาพจะต้องขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของงาน วิธีการใช้ทักษะและการฝึกอบรมที่พนักงานต้องการในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ”

2.3 ข้อกำหนดการวางแผนคุณภาพ “ องค์กรต้องกำหนดและจัดทำเป็นเอกสารว่าจะบรรลุข้อกำหนดด้านคุณภาพได้อย่างไรการวางแผนคุณภาพจะต้องสอดคล้องกับข้อกำหนดอื่น ๆ ของระบบคุณภาพองค์กร และต้องทำเป็นเอกสารในรูปแบบที่เหมาะสมกับวิธีปฏิบัติขององค์กร ”

3. การทบทวนข้อตกลง

3.1 ข้อกำหนดทั่วไป “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการทบทวนข้อตกลง และประสานงานกิจกรรมเหล่านี้ ”

3.2 ข้อกำหนดการทบทวน “ ก่อนการยื่นข้อเสนอหรือการตอบรับสัญญาณหรือ คำสั่งซื้อ ข้อเสนอหรือการตอบรับสัญญาหรือคำสั่งซื้อนั้นจะต้องถูกทบทวนโดยองค์กรให้แน่ใจ ว่าข้อกำหนดในสัญญาหรือในคำสั่งซื้อและในข้อเสนอได้ถูกแก้ไขจนหมดสิ้น และองค์กรมีขีดความสามารถเพียงพอที่จะบรรลุข้อกำหนดในสัญญาหรือคำสั่งซื้อ ”

3.3 ข้อกำหนดการแก้ไขสัญญา “ องค์กรต้องกำหนดวิธีการในการแก้ไขสัญญาและวิธีการถ่ายทอดไปยังหน่วยงานภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง ”

3.4 ข้อกำหนดบันทึก “ บันทึกของการทบทวนข้อตกลงต้องได้รับการจัดเก็บ ”

4 การออกแบบและการพัฒนา

4.1 ข้อกำหนด “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อทำให้แน่ใจว่าการออกแบบสินค้าตรงตามวัตถุประสงค์ของการใช้และเป็นไปตามที่ฝ่ายขายหรือฝ่ายการตลาดอ้าง รวมทั้งต้องมีการเปลี่ยนแปลงการออกแบบด้วย”

5. การควบคุมเอกสารและข้อมูล

5.1 ข้อกำหนดทั่วไป “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติทีเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อควบคุมเอกสารและข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดของมาตรฐานนี้ รวมทั้งเอกสารที่มีมาจากภายนอก เช่น มาตรฐานต่าง ๆ และแบบแผนของลูกค้า ”

5.2 ข้อกำหนดการอนุมัติและแจกจ่ายเอกสารและข้อมูล “ เอกสารและข้อมูลต้องได้รับการทบทวนและอนุมัติสำหรับความเพียงพอเหมาะสมโดยบุคลากรที่ได้รับมอบหมายก่อนการแจกจ่ายบัญชีรายชื่อเอกสารหรือระเบียบปฏิบัติในการควบคุมเอกสารที่เทียบเท่า ซึ่งระบุสถานะการแก้ไขของเอกสารฉบับปัจจุบันจะต้องถูกจัดทำและพร้อมใช้เพื่อป้องกันการใช้เอกสารที่ล้าสมัยหรือยกเลิกแล้ว ”

5.3 ข้อกำหนดแก้ไขเอกสารและข้อมูล “ การแก้ไขเอกสารและข้อมูลจะต้องถูกทบทวนและอนุมัติ โดยหน่วยงาน/องค์กรเดิมเว้นแต่มีการมอบหมายเป็นอย่างอื่น หน่วยงาน/องค์กรที่ได้รับมอบหมายต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเบื้องหลังที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการทบทวนและอนุมัติ ”

6. การจัดซื้อ

6.1 ข้อกำหนดบททั่วไป “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อทำให้แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ที่สั่งซื้อสอดคล้องกับข้อกำหนดที่ต้องการ ”

6.2 ข้อกำหนดการประเมินผู้รับเหมาช่วง “ องค์กรต้องประเมินและคัดเลือกผู้ขายบนพื้นฐานของความสามารถในการบรรลุข้อกำหนดที่ตกลงรับเหมาช่วงไว้ รวมทั้งข้อกำหนดของระบบคุณภาพและการประกันคุณภาพที่ต้องการ กำหนดชนิดและขอบเขตของการควบคุมผู้รับเหมาช่วงที่องค์กรใช้ ซึ่งการควบคุมต้องขึ้นอยู่กับชนิดของผลิตภัณฑ์ผลของผลิตภัณฑ์ที่รับเหมาช่วงนั้นต่อคุณ ภาพของผลิตภัณฑ์ขั้นสุดท้ายและขึ้นอยู่กับรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพ และผลงานของผู้รับเหมาช่วงในอดีตและจัดทำและธำรงไว้ซึ่งบันทึกคุณภาพที่แสดงขีดความสามารถและผลงานของผู้รับเหมาช่วงที่ยอมรับแล้ว ”

6.3 ข้อกำหนดข้อมูลการจัดซื้อ “ เอกสารการจัดซื้อต้องประกอบไปด้วยข้อมูลที่พรรณาผลิตภัณฑ์ที่สั่งซื้ออย่างชัดแจ้ง ”

6.4 การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่สั่งซื้อ ข้อกำหนดการตรวจสอบขององค์กร ณ แหล่งผลิตของผู้รับเหมาช่วง “ ในกรณีที่องค์กรประสงค์จะตรวจสอบผลิตภัณฑ์ในเอกสารการสั่งซื้อ ณ แหล่งผลิตของผู้รับเหมาช่วง องค์กรต้องกำหนดวิธีการในการตรวจสอบและปลดปล่อยผลิตภัณฑ์ในเอกสารการสั่งซื้อ ”

7. การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้า

7.1 ข้อกำหนดการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้า “ องค์กรต้องจัดทำซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการควบคุมการตรวจสอบ จัดเก็บ และบำรุงรักษาผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้าเพื่อใช้ในการผลิตหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลิตภัณฑ์ใดสูญหายเสียหายหรือไม่เหมาะที่จะใช้ต้องถูกบันทึกและรายงานให้ลูกค้าทราบ ”

8. การบ่งชี้และสอบกลับได้ของผลิตภัณฑ์

8.1 ข้อกำหนดการบ่งชี้และสอบกลับได้ของผลิตภัณฑ์ “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวข้องกับการชี้บ่งผลิตภัณฑ์ตามที่เห็นสมควรด้วยวิธีการที่เหมาะสม ตั้งแต่รับเข้า และในทุกขั้นตอนของการผลิต ให้บริการส่งมอบและติดตั้ง ”

9. การควบคุมกระบวนการ

9.1 ข้อกำหนดการควบคุมกระบวนการ “ องค์กรต้องชี้บ่งและวางแผนกระบวนการผลิต ติดตั้ง และบริการซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ และต้องทำให้แน่ใจว่ากระบวนการดังกล่าวได้รับการดำเนินการภายใต้สภาวะที่ถูกควบคุม ซึ่งสภาวะดังกล่าวได้แก่ มีระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งกำหนดรายละเอียดการผลิต ติดตั้ง บริการ การใช้เครื่องมือและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม การปฏิบัติตามมาตรฐานอ้างอิง การติดตามควบคุมค่าตัวแปรของกระบวนการและคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม การอนุมัติกระบวนการ และเครื่องมือตามความเหมาะสม มีเกณฑ์ตัวอย่างงาน มีการบำรุงรักษาเครื่องมือ ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติของกระบวนการ รวมทั้งเครื่องมือและบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องถูกกำหนดขึ้นบันทึกเกี่ยวกับกระบวนการ เครื่องมือและบุคลากรที่ผ่านการรับรองแล้วจะต้องถูกจัดเก็บตามความเหมาะสม ”

10. การตรวจและทดสอบ

10.1 ข้อกำหนดการตรวจและทดสอบ “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติสำหรับกิจกรรมการตรวจและทดสอบเพื่อตรวจสอบข้อกำหนดที่ต้องการของผลิตภัณฑ์ว่า

สามารถบรรลุได้หรือไม่ การตรวจสอบและทดสอบที่ต้องการและบันทึกที่จะมีขึ้นต้องถูกกำหนดรายละเอียดในแผนคุณภาพหรือระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อกำหนดยังประกอบด้วย ข้อกำหนดการตรวจและทดสอบขณะรับเข้า ระหว่างกระบวนการผลิต ขั้นสุดท้าย และข้อกำหนดบันทึกการตรวจและทดสอบ ”

11. การควบคุมเครื่องมือตรวจ วัด และทดสอบ

11.1 ข้อกำหนดบททั่วไป “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อควบคุมสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องตรวจ วัด และทดสอบจะต้องถูกใช้ ในองค์กรเพื่อแสดงความสอดคล้องของผลิตภัณฑ์ต่อข้อกำหนดที่ต้องการ เครื่องตรวจ วัด และทดสอบจะต้องถูกใช้ในลักษณะที่แน่ใจได้ว่าค่าความไม่แน่นอนของการตรวจวัดเป็นที่ทราบและยังคงได้ตามขีดความสามารถของการตรวจที่ต้องการ ในกรณี Test Software หรือตัวเทียบเคียง เช่น Test Hardware ถูกใช้สำหรับการตรวจสอบสิ่งเหล่านั้นต้องถูกสอบเทียบ เพื่อพิสูจน์ว่ามีขีดความสามารถในการตรวจสอบความยอมรับได้ของผลิตภัณฑ์ก่อนการนำไปใช้ในการผลิต ติดตั้ง หรือบริการ และต้องถูกสอบเทียบซ้ำตามช่วงเวลาที่กำหนด องค์กรต้องจัดทำขอบเขตและความถี่ของการสอบเทียบและจัดเก็บบันทึกเป็นหลักฐาน ในกรณีที่ข้อมูลทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวัดและทดสอบเป็นข้อกำหนดที่ต้องการ ข้อมูลดังกล่าวต้องมีพร้อมเมื่อลูกค้าต้องการเพื่อตรวจสอบดูว่าเครื่องตรวจ วัด และทดสอบยังคงใช้งานได้ดี ”

11.2 ข้อกำหนดขั้นตอนการควบคุม “ องค์กรต้องกำหนดการตรวจวัดที่ต้องใช้และค่าความแม่นยำที่ต้องการ และคัดเลือกเครื่องตรวจ วัด และทดสอบที่มีค่าความแม่นยำ และค่าความเที่ยงตรงที่ต้องการ ระบุเครื่องตรวจวัด และทดสอบที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์และทำการสอบเทียบ และปรับแต่งตามช่วงเวลาที่กำหนด หรือก่อนใช้งานด้วยเครื่องมือที่ผ่านการยอมรับแล้ว และสามารถสอบย้อนถึงมาตรฐานนานาชาติหรือระดับชาติที่เป็นที่ยอมรับ ในกรณีที่ยังไม่มีมาตรฐานต้องจัดทำพื้นฐานที่ใช้สอบเทียบเป็นลายลักษณ์อักษรกำหนดกระบวนการที่ใช้ในการสอบเทียบเครื่องมือบ่งชี้สถานะการสอบเทียบเครื่องมือ จัดเก็บบันทึกการสอบเทียบเครื่องมือ ประเมินและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้แน่ใจว่าสถานะสิ่งแวดล้อมขณะทำการสอบเทียบ มีความเหมาะสม และการเคลื่อนย้าย รักษาสภาพ การจัดเก็บเครื่องมือทดสอบยังคงรักษาความแม่นยำสมบูรณ์สำหรับการใช้งาน และมีการป้องกันเครื่องมือตรวจวัดและทดสอบจากการปรับแต่งซึ่งอาจทำให้ค่าการสอบเทียบเสียไป ”

12. สถานะการตรวจสอบและทดสอบ

12.1 ข้อกำหนดสถานะการตรวจสอบและทดสอบ “ สถานะการตรวจสอบและทดสอบของผลิตภัณฑ์ต้องได้รับการบ่งชี้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมแสดงถึงความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องของผลิตภัณฑ์ต่อการตรวจและทดสอบที่กระทำลงไป การบ่งชี้ต้องได้รับการธำรงไว้ตามที่กำหนดในแผนคุณภาพหรือระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ตลอดการผลิตติดตั้งและบริการเพื่อให้แน่ใจว่าได้ผลิตภัณฑ์ที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบที่กำหนดแล้วเท่านั้นถูกส่งหรือนำไปใช้หรือติดตั้ง ”

13. การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้อง

13.1 ข้อกำหนดทั่วไป “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อทำให้แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องต่อข้อกำหนด ถูกป้องกันจากการนำไปใช้หรือติดตั้งโดยไม่ได้ตั้งใจให้มีการบ่งชี้ การทำเอกสาร การประเมินผล การคัดแยก การกำจัด และการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ”

13.2 ข้อกำหนดการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้อง “ ความรับผิดชอบสำหรับการทบทวนและอำนาจในการกำจัดผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องต้องได้รับการกำหนดในกรณีที่กำหนดไว้ในสัญญาข้อเสนอเพื่อใช้งานหรือซ่อมแซมผลิตภัณฑ์ซึ่งไม่สอดคล้องต่อข้อกำหนดต้องถูกรายงานต่อลูกค้าเพื่อการยอมรับรายละเอียดของความไม่สอดคล้องซึ่งเป็นที่ยอมรับแล้วและรายละเอียดการซ่อมแซมต้องถูกบันทึกเพื่อแสดงถึงสภาวะที่แท้จริง ผลิตภัณฑ์ที่ถูกซ่อมแซมหรือจัดทำใหม่ต้องถูกตรวจสอบใหม่ตามที่กำหนดในแผนคุณภาพหรือระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ”

14. ปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา

14.1 ข้อกำหนดทั่วไป “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการถือปฏิบัติเกี่ยวกับการแก้ไขและป้องกันปัญหา ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาที่กระทำขึ้นเพื่อกำจัดสาเหตุของความไม่สอดคล้องทั้งที่เกิดขึ้นแล้วก็ดี และยังไม่เกิดขึ้นก็ดี ต้องสัมพันธ์กับขนาดของปัญหาและเป็นสัดส่วนกับความเสี่ยงของปัญหา องค์กรต้องปฏิบัติตามและจดบันทึก การเปลี่ยนแปลงใดๆ ในระเบียบปฏิบัติซึ่งเป็นผลมาจากปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา” และมีข้อกำหนดการแก้ไขปัญหา และข้อกำหนดปฏิบัติการป้องกันปัญหา

15. การเคลื่อนย้าย จัดเก็บ บรรจุ รักษาสภาพ และส่งมอบ

15.1 ข้อกำหนดทั่วไป “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการเคลื่อนย้าย จัดเก็บ บรรจุ รักษาสภาพ และส่งมอบผลิตภัณฑ์ ” และมีข้อกำหนดการเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ การบรรจุ การรักษาสภาพ และการส่งมอบ

16. การควบคุมบันทึกคุณภาพ

16.1 ข้อกำหนดการควบคุมบันทึกคุณภาพ “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการรวบรวม การทำดัชนี การเข้าถึง การเข้าแฟ้ม การจัดเก็บ การรักษา และการกำจัดบันทึกคุณภาพ บันทึกคุณภาพต้องได้รับการเก็บรักษาเพื่อแสดงความ สอดคล้องต่อข้อกำหนดและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามระบบคุณภาพ บันทึกคุณภาพที่เกี่ยวข้อง จากผู้รับเหมาช่วง ถือเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกเหล่านี้ บันทึกคุณภาพทั้งหมดต้องอ่านง่ายและเก็บรักษาในลักษณะที่สามารถจัดหามาได้ง่าย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเสียหายหรือเสื่อมสภาพและป้องกันการสูญหาย ระยะเวลาจัดเก็บต้องถูกต้องกำหนดและบันทึกไว้ กรณีที่ตกลงไว้ในสัญญาบันทึกคุณภาพต้องมีพร้อมสำหรับการตรวจประเมินโดยลูกค้าตามระยะเวลาที่กำหนด ”

17. การตรวจสอบคุณภาพภายใน

17.1 ข้อกำหนด “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการวางแผนและการปฏิบัติการเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพภายในเพื่อตรวจสอบกิจกรรมคุณภาพและผลลัพธ์ที่ได้ว่าสอดคล้องกับการเตรียมการที่ได้วางแผนไว้หรือไม่ และเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพภายใน ต้องกำหนดบนพื้นฐานของสถานภาพความสำคัญของกิจกรรมที่ถูกตรวจสอบ ผลการตรวจสอบต้องได้รับการจดบันทึกและแจ้งต่อบุคคลที่รับผิดชอบพื้นที่ที่ถูกตรวจสอบผู้บริหารเจ้าของพื้นที่ต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องที่ตรวจพบระหว่างการตรวจสอบคุณภาพภายในระยะเวลาที่เหมาะสม กิจกรรมการตรวจติดตามต้องตรวจสอบ และบันทึกผลการถือปฏิบัติและประสิทธิภาพของปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ได้กระทำไป ”

18. การฝึกอบรม

18.1 ข้อกำหนด “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการค้นหาความต้องการด้านการฝึกอบรม และจัดฝึกอบรมให้บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเฉพาะจะต้องมีคุณวุฒิที่เหมาะสมตามที่กำหนดโดยพิจารณาจากพื้นฐานการศึกษา การฝึกอบรม และ/หรือประสบการณ์ บันทึกการฝึกอบรมดังกล่าว ต้องได้รับการจัดเก็บ ”

19. การบริการ

19.1 ข้อกำหนด “ ในกรณีที่การบริการเป็นข้อกำหนดที่ต้องการองค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติสำหรับการให้บริการ การตรวจสอบ และรายงานผลเพื่อให้การบริการสามารถบรรลุข้อกำหนดที่ต้องการ ”

20. กลวิธีทางสถิติ

20.1 การระบุชี้ความจำเป็นในการใช้สถิติ ข้อกำหนด “ องค์กรต้องระบุชี้ความจำเป็นของกลวิธีทางสถิติที่ต้องการ เพื่อจัดทำ ควบคุม และตรวจสอบขีดความสามารถของกระบวนการ และคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ ”

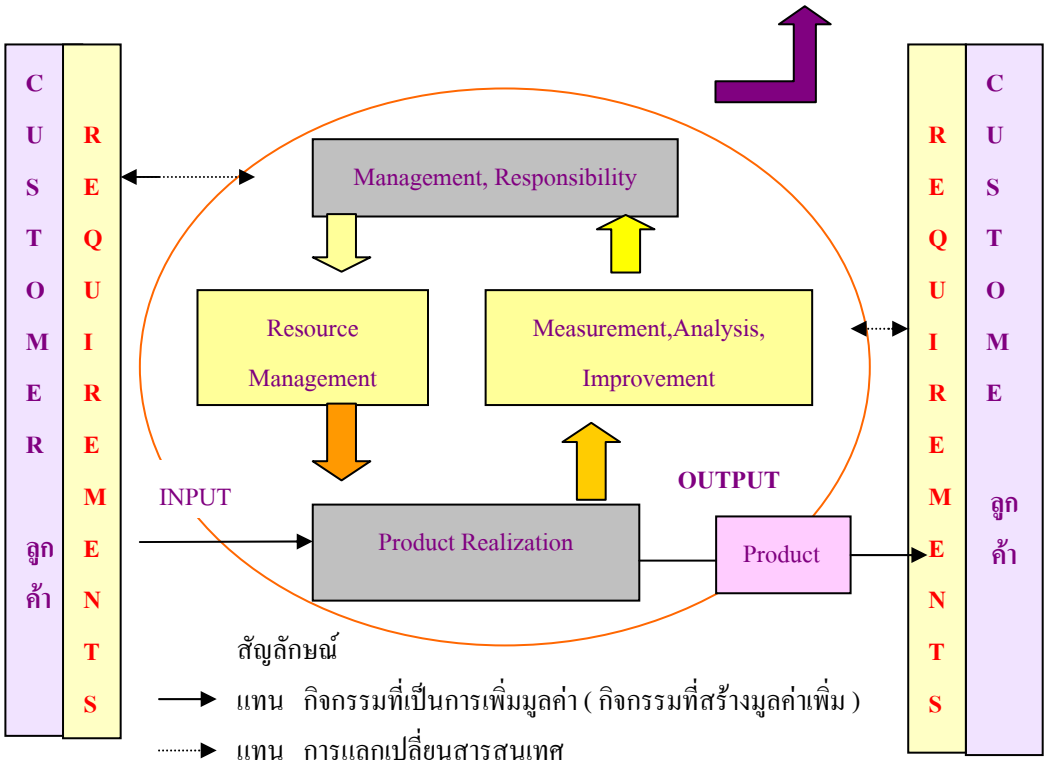
20.2 ระเบียบปฏิบัติ ข้อกำหนด “ องค์กรต้องจัดทำและธำรงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรในการถือปฏิบัติและควบคุมการใช้กลวิธีทางสถิติ ”

จากข้อกำหนดระบบบริหารงานคุณภาพข้างต้นสามารถสรุปเป็นแนวคิดของมาตรฐาน ISO9000:2000 ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์เป็นแนวทางในการวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล ดังนี้คือ

1. มีการบริหารที่เกิดจากความมุ่งมั่นของฝ่ายบริหารอย่างแท้จริง มีแนวทางการบริหารที่ชัดเจนมีระบบ มีการใช้นโยบาย และวัตถุประสงค์คุณภาพเป็นกรอบในการดำเนินงาน
2. มีการบริหารจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการบริการให้มีประสิทธิผล ทั้งด้านทรัพยากรบุคคล โครงสร้างพื้นฐาน สภาพแวดล้อม และระบบสนับสนุนอื่น ๆ
3. มีการกำหนดลักษณะคุณภาพของบริการที่ชัดเจนตามความต้องการของลูกค้าและดำเนินการมุ่งที่เพิ่มความพึงพอใจของลูกค้า
4. มีการกำหนดการดำเนินงานเป็นกระบวนการที่มีประสิทธ์ผล
5. มีการจัดซื้อ จัดจ้าง จัดหา และควบคุม การจัดซื้ออย่างมีประสิทธิภาพ
6. มีการควบคุมกระบวนการผลิต/บริการ อย่างมีประสิทธิผล
7. มีการเฝ้าติดตามตรวจวัด และใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
8. มีการตรวจประเมินภายในเพื่อให้ทราบว่าระบบบริหารคุณภาพเป็นไปตามกระบวนการสอดคล้องกับข้อกำหนดมาตรฐานสากล และข้อกำหนดระบบบริหารคุณภาพ
9. มีการวิเคราะห์แก้ไขป้องกันและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบบริหารอย่างต่อเนื่อง

**แบบในการบริหารระบบคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9000:2000**

**CONTINUAL IMPROVEMENT OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM**




ภาพที่ 2.5 แนวคิดการบริหารระบบคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9000:2000

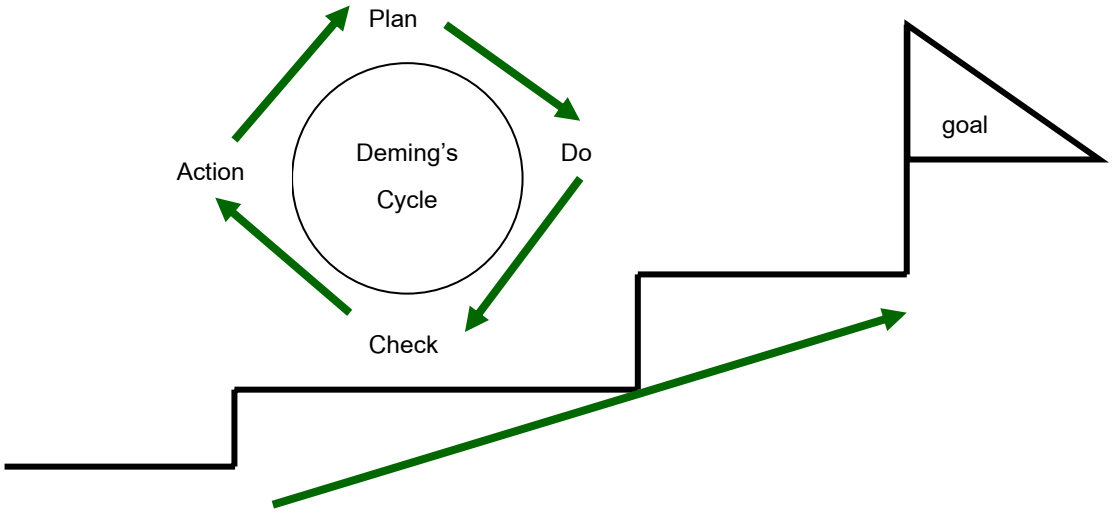
แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์แบบกระบวนการของข้อกำหนดในมาตรฐานระบบการบริหารคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าลูกค้าขององค์กรมีบทบาทอย่างมากต่อการกำหนดหรือระบุชี้ความต้องการของลูกค้าให้เป็นปัจจัยป้อนเข้าของระบบการบริหารจัดการในองค์กร การเฝ้าติดตามถึงความพึงพอใจของลูกค้า ภายหลังจากองค์กรได้ส่งมอบผลผลิตขององค์กรไปแล้วการเฝ้าติดตามวัดความพึงพอใจ ซึ่งเป็นวิธีการที่เรียกว่า วงจร PDCA หรือ Plan – Do – Check – Act สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกกระบวนการ ซึ่งมีความหมายดังนี้

Plan : ทำการกำหนดหรือระบุถึงวัตถุประสงค์ (ตั้งเป้าหมาย) และกระบวนการต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า และนโยบายขององค์กร

Do : นำกระบวนการที่กำหนดชัดเจนแล้วไปปฏิบัติให้เกิดผล

Check : เฝ้าติดตามและตรวจวัดกระบวนการและผลิตภัณฑ์ โดยเปรียบเทียบกับนโยบาย วัตถุประสงค์ และข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์และรายงานผลิตภัณฑ์

Act : ปฏิบัติการต่างๆเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงานของกระบวนการให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง




ภาพที่ 2.6 วงจร PDCA

**หลักการบริหารคุณภาพตามที่กำหนดโดย ISO 9000** สามารถสรุปเป็นหลักการบริหารคุณภาพจำนวน 8 หลักการ (สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล 2543) คือ

**หลักการบริหารคุณภาพ 8 ประการ(Quality Management Principles)**

**1. องค์กรที่มุ่งเน้นลูกค้า (Customer - Focus Organization)**

**หลักการ** การกำหนดวัตถุประสงค์ การจัดองค์การ การบริหารกระบวนการต้องมุ่งเน้นที่ " ความสามารถในการตอบสนองลูกค้า" ให้ได้

**แนวทางปฏิบัติ**

1. ต้องให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจว่าความต้องการของลูกค้า = ความจำเป็นใช้ (Needs) + ความคาดหวัง(Expectations)ของลูกค้า(Customer Requirement = Customer Needs + Expectation)
2. ตั้งเป้าหมายขององค์กรให้เชื่อมโยงกับความต้องการของลูกค้าเสมอ
3. ต้องสื่อการความต้องการของลูกค้าทั่วทั้งองค์กร
4. ประเมินผลสำเร็จของงานจากการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า
5. บริหารกระบวนการที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกค้า

**2. ความเป็นผู้นำ (Leadership)**

**หลักการ** ผู้บริหารต้องใช้ “ความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำ” ในการบริหารองค์กรที่สามารถสร้าง คุณค่า และตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าให้ได้

**แนวทางปฏิบัติ**

1. กำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนและเน้นที่ลูกค้าและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. ตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย และผลักดัน กระตุ้นให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วม
3. สร้างค่านิยมร่วมในองค์กรและเป็นต้นแบบแห่งจริยธรรมที่ดี
4. ขจัดความกลัวและความแปลกแยกออกไป สร้างความสามัคคีและความเป็นน้ำหนึ่งในเดียวสร้างความเป็นเจ้าของในงานและในความสำเร็จขององค์การ
5. เสริมสร้างคุณค่าของคนด้วย นโยบาย การฝึกอบรม และการให้โอกาสที่ท้าทายความสามารถ

**3. การมีส่วนร่วมของพนักงาน (Involvement of People)**

**หลักการ** คุณค่าของคนอยู่ที่การใช้ความคิดและความรู้ความสามารถที่เหมาะสมในงานที่ทุกคน รับผิดชอบ มากกว่าการเพียงรับคำสั่งและปฏิบัติตามโดยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

**แนวทางปฏิบัติ**

1. เข้าใจในบทบาทและการมีการสนับสนุนของพนักงานต่อความสำเร็จขององค์กร
2. ค้นหาสิ่งที่ปิดกั้นความสามารถของพนักงานและขจัดออกไป
3. ยอมรับความเป็นเจ้าของ และความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา
4. ประเมินผลงานของพนักงานเทียบกับเป้าหมายเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล และความกระตือรือร้นที่จะค้นหาโอกาสในการเพิ่มพูนความสามารถ
5. มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์อย่างอิสระ

**4. การบริหารโดยวิธีการของกระบวนการ (Process Approach)**

**หลักการ** การมองกิจกรรมในการดำเนินงานเป็นรูปแบบของกระบวนการ คือ มีปัจจัยป้อนเข้า มีกิจกรรมการดำเนินการที่ต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบ ( กระบวนการผลิต ) และทำให้เกิดเป็นผลิตผลออกมาซึ่งมีมูลค่าเพิ่มขึ้นจากปัจจัยนำเข้า

**แนวทางปฏิบัติ**

1. กำหนดปัจจัยป้อนเข้าและกิจกรรมที่จำเป็นต่อการบรรลุผลลัพธ์และกำหนดผู้ที่รับผิดชอบ
2. ทำความเข้าใจ และวัดความสามารถของกิจกรรมเหล่านั้น

3. กำหนดจุดประสานงานต่าง ๆในองค์กร

4. บริหารงานโดยเน้นปัจจัยต่าง ๆที่จะช่วยปรับปรุงกิจกรรมเหล่านั้น

5. ประเมินความเสี่ยงผลที่ตามมา และผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

**5. การบริหารงานอย่างเป็นระบบ (System Approach to Management)**

**หลักการ** การบริหารองค์กรโดยมองว่าเป็น"ระบบ" อันประกอบขึ้นจากปัจจัยหรือกระบวนการ ต่าง ๆที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันย่อมทำให้การบริหารงานนั้นมีประสิทธิผล และประสิทธิภาพสูงซึ่งจะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ

**แนวทางปฏิบัติ**

1. เข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหรือกระบวนการต่างๆ(Interaction& Interrelationship) ในระบบงานขององค์กร

2. ตั้งเป้าหมาย และกำหนดวิธีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

3. ประเมินผลการดำเนินการของกระบวนการอย่างเป็นระบบ

4. แก้ไขปัญหางานด้วยการมองทั้งในระดับกระบวนการย่อย และมองในระดับองค์กร โดยรวมด้วยการมองทั้งระบบการดำเนินงาน

**6. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continual Improvement )**

**หลักการ** องค์กรต้องกำหนดให้มี "กระบวนการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง" เพื่อจะได้สามารถสร้างความพึงพอใจ แก่ลูกค้าได้มากขึ้นเรื่อย ๆ

**แนวทางปฏิบัติ**

1. ผู้บริหารต้องแสดงความเป็นผู้นำในด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ และสร้างความตระหนักต่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2. อบรมวิธีการและเครื่องมือในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

3. ปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องทั้งองค์กรโดยการวัดและประเมินผล

4. การปรับปรุงต้องเป็นเป้าหมายของทุกคนในองค์กร

5. ให้คุณค่าและการยอมรับต่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

**7. การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง (Factual Approach to Decision Making)**

**หลักการ** การใช้ข้อเท็จริงเป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจย่อมส่งผลให้ผลการตัดสินใจมีคุณภาพ และมีประสิทธิผลมากกว่าการใช้ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคล

**แนวทางปฏิบัติ**

1. ต้องเข้าถึงข้อมูลได้ตามต้องการ และมีวิธีที่ดีในการเก็บข้อมูล

2. ต้องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้สารสนเทศที่มั่นใจได้ว่าถูกต้อง และเชื่อถือได้

3. กระบวนการตัดสินใจต้องกระทำในระดับบุคคลที่มีระดับความรู้ และอำนาจตัดสินใจเพียงพอ

4. ใช้ข้อเท็จจริงประสบการณ์ และสัญชาติญาณ ในการตัดสอนใจในการดำเนินการ

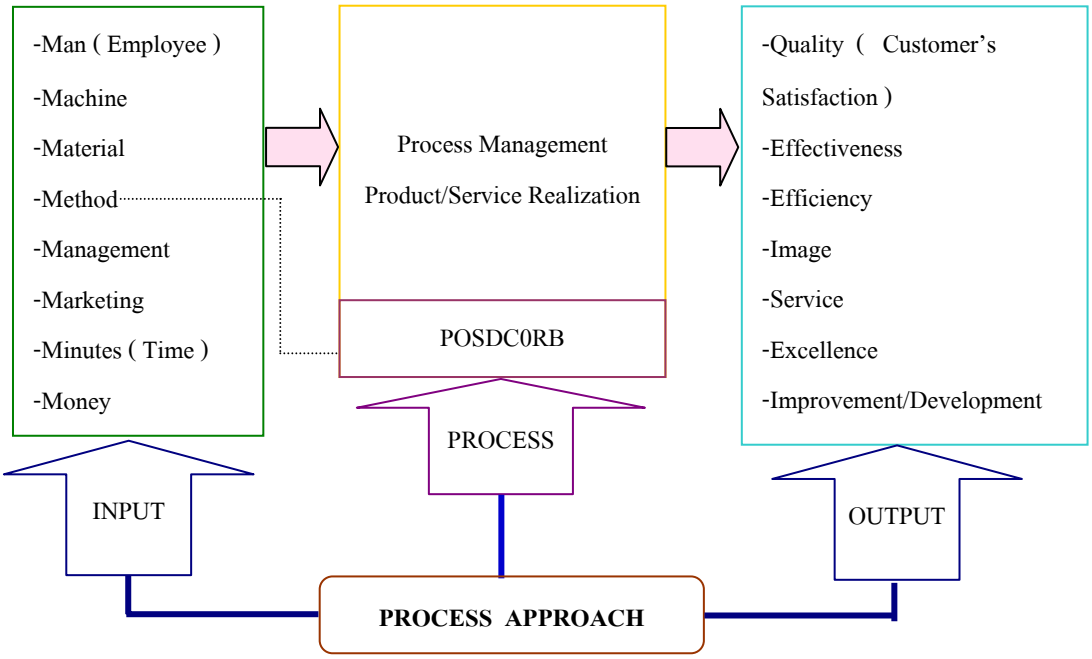
**8. ความสัมพันธ์กับผู้ส่งมอบเพื่อประโยชน์ร่วมกัน (Mutually Beneficial Supplier Relationship)**

**หลักการ** องค์กรและผู้ส่งมอบหรือซัพพลายเออร์นั้นย่อมมีผลประโยชน์ร่วมที่เกี่ยวโยงกันอย่างแยกกันได้ยาก ดังนั้น การสร้างสรรค์ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันย่อมส่งผลให้ทั้งสองฝ่ายสามารถสร้างคุณค่าได้มากขึ้น

**แนวทางปฏิบัติ**

1. กำหนดและคัดเลือกผู้ส่งมอบที่สำคัญเพียงไม่มากราย
2. สร้างความสัมพันธ์โดยพิจารณาถึงประโยชน์ระยะสั้น และระยะยาว
3. แบ่งปัน และแลกเปลี่ยนความชำนาญ และทรัพยากรร่วมกัน
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรม
5. มีการสื่อสารที่เปิดเผย และชัดเจน
6. กระตุ้นส่งเสริมให้เห็นถึงคุณค่าของการประสพผลสำเร็จร่วมกัน

จะเห็นได้ว่าระบบบริหารคุณภาพ ISO 9000:2000 ประกอบด้วยการเตรียมจัดสรรทรัพยากร(Resources)เข้าสู่Input ตามความจำเป็นให้เพียงพอ การบริหารกระบวนการ Process Management และการวัด วิเคราะห์ผลลัพธ์ Output คือ (กฤษฎ์ อุทัยรัตน์ 2542)




ภาพที่ 2.7 การจัดสรรทรัพยากรในระบบบริหารคุณภาพ ISO 9000

**Man** หมายถึง ทรัพยากรคน ลูกค้าภายใน พนักงาน ลูกค้าภายนอก ผู้ส่งมอบ

**Machine** หมายถึง เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์บริการ ทำงาน

**Material** หมายถึง วัตถุดิบ รวมความรู้ ข้อมูลเทคโนโลยี สารสนเทศ โครงสร้างพื้นฐาน

**Method** หมายถึง วิธีการ แนวปฏิบัติ หลักเกณฑ์ วิธีการทำงาน คู่มือ วิธีทางสถิติ

**Management** หมายถึง การบริหารจัดการ

**Marketing** หมายถึง การตลาด โฆษณา ประชาสัมพันธ์

**Minutes** หมายถึง เวลา การจัดสรรเวลา

**Money** หมายถึง งบประมาณ

การพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาล มีความมุ่งหมายให้งานบริการขององค์กรพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นไม่ว่าสถานพยาบาลจะใช้ระบบใดๆ ทั้งระบบ HA และ ISOขอเพียงแต่ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เข้าใจคำว่า คุณภาพ และทำงานด้วยความตั้งใจ ทำงานเป็นทีมประสานงานกันอย่างดี สถานพยาบาลนั้นก็สามารถให้บริการที่มีคุณภาพ สำหรับสถานพยาบาลสังกัด รัฐวิสาหกิจนั้นการพัฒนาคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพต่างๆ จะเป็นไปตามนโยบายขององค์กรซึ่งรัฐวิสาหกิจส่วนใหญ่พัฒนาคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ

ISO 9000 และระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 เป็นมาตรฐานที่ปรับใหม่โดยเน้นหลักการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรหรือ TQM ที่มุ่งให้นำเอามาตรฐานไปใช้ประโยชน์จริงมุ่งให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดของระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 มาใช้ในการวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจโดยการวิเคราะห์จากมุมมองของผู้ให้บริการทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานภายในองค์กรใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

**ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การศึกษาวิจัยในมุมมองของผู้รับบริการในธุรกิจบริการหลาย ๆ สาขาพบว่า ความต้องการหรือความคาดหวังในคุณลักษณะของบริการที่เป็นสิ่งบ่งชี้คุณภาพของบริการ มี 10 ประการ (Prasuraman, Zeithanel and Barry, 1985) ประกอบด้วย

1. ความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) ประกอบด้วยความสม่ำเสมอและความพึ่งพาได้
2. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsive) ประกอบด้วย ความพร้อมและความเต็มใจที่จะให้บริการและอุทิศเวลา สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้ทันที ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี
3. สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถและทักษะ ของผู้ให้บริการ ความสามารถในการสื่อสาร
4. การเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคอยน้อย อำนวยความสะดวก ติดต่อง่าย บริการรวดเร็ว เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ใช้บริการ มีความเป็นธรรม ให้บริการลูกค้าเท่าเทียมกัน
5. ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) ประกอบด้วย การแสดงความสุภาพ มีกิริยาวาจามีบุคลิกภาพที่ดี ให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ ให้การต้อนรับที่เหมาะสม
6. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ประกอบด้วย ความซื่อสัตย์ ความจริงใจ คุณภาพของงานบริการ ชื่อเสียงขององค์กร
7. การสื่อสาร (Communication) ประกอบด้วย มีการสื่อสารให้ข้อมูลชี้แจงขอบเขตและลักษณะงานบริการที่ลูกค้าจะได้รับ มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ
8. ความมั่นคงปลอดภัย (Security) ประกอบด้วย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การรักษาความลับของลูกค้า การมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ

9. ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding and Knowing the Customer) ประกอบด้วย การเรียนรู้ผู้ใช้บริการ การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้ใช้บริการ การให้ความสนใจและให้ความสำคัญต่อผู้ใช้บริการ

10. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibility) ประกอบด้วย บุคลากรมีคุณภาพ ราคาค่าบริการเหมาะสม เครื่องมืออุปกรณ์ มีความพร้อมและทันสมัย สถานให้บริการสวยงามและสะอาด

การที่ลูกค้าจะสามารถรับรู้ได้ว่าคุณภาพของการบริการดีหรือไม่นั้น เป็นผลมาจากคุณภาพที่ลูกค้าคาดหวังไว้ (expected Quality) เกิดเป็นภาพรวมของการบริการที่มีคุณภาพ (Total Perceived Service Quality) ซึ่งสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยเกณฑ์ 6 ประการ (Christian Gronroos, 1990) คือ

1. เป็นมืออาชีพและมีทักษะในการให้บริการ (Professionalism and Skill)
2. ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Attitude and Behavior)
3. มีความสะดวกในการพบและมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ (Accessibility and Flexibility)
4. มีความเชื่อถือและไว้วางใจได้ (Reliability and Trustworthiness)
5. ความสารถในการแก้ไขสถานการณ์ (Recovery)
6. ชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือ (Reputation and Credibility)

การศึกษาการประเมิน 60 โครงการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลของประเทศฝรั่งเศส การประเมินรับผิดชอบโดยสถาบันประเมินและรับรองคุณภาพของประเทศฝรั่งเศส (ANAES) โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีขึ้น 2 ช่วงคือปี 1995 และปี 1996 โดยคณะกรรมการได้เลือก 64 โครงการจาก 483 โครงการ โดยโครงการในช่วงแรกจะเป็นเรื่องความปลอดภัยและช่วงที่ 2 จะเป็นเรื่องของผู้รับบริการ ในโครงการต่างๆมีการใช้กระบวนการ P D C A การประเมินมีการวัดความสำเร็จของงาน การขยายโครงการ การใช้กลยุทธ์ CQI พบว่ามีการขยายตัวและการได้รับการสนับสนุนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81 เป็นร้อยละ 88 การอบรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 80 ส่วนการกระจายงบประมาณเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61 เป็นร้อยละ 65 (Erbault Marie, et. al , 2001)

การศึกษาวิจัยการประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรัฐด้วย TQM 8 แห่งในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยใช้เกณฑ์ ของ The Malcalm Baldrige National Quality Award (MBNQA) 1995 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

คือ ความมุ่งมั่นและต่อเนื่องของผู้นำ (Leadership commitment) ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล(Information & Analysis) การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กรและการนำไปปฏิบัติ (Strategic planning) การพัฒนากำลังคนให้มีความรู้เรื่องเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ (Human Resource management &Development) การจัดการกระบวนการ (Process management) โดยเน้นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งที่ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient focus & Satisfaction) และปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของโครงการ TQM คือ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคนการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ สนับสนุนอย่างจริงจัง และการฝึกอบรม (องอาจ วิพุธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิรวิศิษฎ์, 2539)

การศึกษาการสื่อสารในองค์การกับการยอมรับระบบคุณภาพ ISO 9000 ของบริษัทแอร์พอร์ต กราวด์ เซอร์วิสเซส จำกัดและบริษัทบริการเชื้อเพลิงการบินกรุงเทพฯ จำกัดมหาชน (เนาวรัตน์ เกิดกาญจน์, 2540) พบว่า

1. การศึกษาและระดับรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับระบบคุณภาพ ISO 9000 โดยที่ระดับการศึกษาปริญญาตรีและระดับรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 50,000 บาท ยอมรับมากกว่า กลุ่มอื่นๆ

2. การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับระบบคุณภาพ ISO 9000 มีความสัมพันธ์กับการยอมรับระบบคุณภาพ ISO 9000 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกแหล่งข่าวที่เผยแพร่ทางสื่อมวลชนและสมอ.

3. การสื่อสารในองค์กรมีความสัมพันธ์กับการยอมรับระบบคุณภาพ ISO 9000 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แหล่งข่าวสารได้แก่ หัวหน้างาน ผู้บังคับบัญชา เจ้าหน้าที่ติดตามคุณภาพภายใน เจ้าหน้าที่บริหารงานคุณภาพ บอร์ดข่าวสารข้อมูลทั่วไป การประชุมฝ่าย/แผนก การปฐมนิเทศพนักงานใหม่ และเจ้าหน้าที่ฝึกอบรมประจำบริษัท

4. ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการยอมรับระบบคุณภาพ ISO 9000 และมีระดับการยอมรับอยู่ในระดับที่สูงมาก

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับมาตรฐาน ISO 9000 ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ บริษัทสยามกลการและนิสสัน จำกัด พบว่าลักษณะทั่วไปของพนักงานเรื่องรายได้ที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อการยอมรับมาตรฐาน ISO 9000 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ การศึกษา ระยะเวลาทำงาน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุธี สมุทรประภูติ, 2540)

การนำระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 9000 มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงและได้รับผลสำเร็จเพิ่มขึ้น อันจะนำมาซึ่งความเชื่อมั่นในมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงานและองค์การโดยรวม นั้น องค์การควรดำเนินการดังต่อไปนี้ (ชนินทร ชมจินดา, 2543)

1. ควรให้การส่งเสริมและสร้างจิตสำนึกในด้านคุณภาพอย่างทั่วถึง เพื่อให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญและเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามระบบคุณภาพและเกิดทัศนคติที่ดี โดยสร้างทัศนคติที่ดีต่อมาตรฐาน ISO 9002

2. ในเรื่องของบรรยากาศองค์การ ควรสนับสนุนในด้านความเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงระบบการทำงานให้ง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น

3. ในเรื่องของการสนับสนุนจากผู้บริหารนั้น ผู้บริหารระดับควรสนับสนุนและแสดงความเอาใจใส่ต่อการดำเนินงานตามระบบมาตรฐาน ISO 9002 ขององค์การอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรเกิดความเชื่อมั่นและปฏิบัติตามนโยบายด้วยความเต็มใจ

การศึกษาการประเมินประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลวิภาวดี โดยศึกษาจากผู้รับบริการจำนวน 767 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก 390 คน ผู้ป่วยใน 277 คน และบุคลากรผู้ให้บริการจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า (พรพิมล ชุณหเพสย์ , 2543)

1. ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่แผนกผู้ป่วยในส่วนมากเป็นเพศหญิง พำนักอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เหตุจูงใจให้มารับบริการคือโรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเดินทางสะดวก

2. ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยในมีระดับความพึงพอใจต่อบริการด้านต่างๆ คือ ด้านความพร้อมของบริการ ด้านความรับผิดชอบและความรวดเร็วของบริการ ตลอดจนด้านความเชื่อมั่นและวางใจมากกว่าผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในทุกๆ ด้าน

3. บุคลากรผู้ให้บริการส่วนมากเป็นฝ่ายปฏิบัติและไม่มีหน้าที่ในการจัดตั้งระบบคุณภาพ ISO 9002 และมีความคิดเห็นที่เห็นด้วยกับการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ปฏิบัติในโรงพยาบาลวิภาวดีในทุกๆ ด้าน คือ ด้านระบบงาน ด้านการป้องกันและการแก้ไขปัญหา ด้านความยากง่ายในการปฏิบัติงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการประสานงาน ด้านการพัฒนาองค์กรและด้านการพัฒนาตนเองและทีมงาน

การศึกษาการปรับตัวของพนักงานเมื่อองค์กรนำระบบบริหารคุณภาพ ISO 9002 มาปฏิบัติที่การไฟฟ้านครหลวง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การปรับตัวของพนักงานมีลักษณะที่แตกต่างกันอันเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ สามารถสรุปได้ดังนี้ (อเนก กลักแก้ว, 2544)

1. การปรับตัวของพนักงานเมื่อองค์กรนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาปฏิบัติพบว่ามีลักษณะที่แตกต่างกันโดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มพนักงานที่ยอมรับนโยบาย ด้วยความรู้ความเข้าใจในระบบ ISO 9002

1.2 กลุ่มพนักงานที่ยอมรับนโยบาย โดยมุ่งหวังให้องค์กรได้รับการรับรองคุณภาพโดยไม่คำนึงถึงประโยชน์ที่องค์กรจะได้รับอย่างแท้จริง

1.3 กลุ่มพนักงานที่ยอมรับนโยบาย โดยทำไปตามคำสั่งผู้บังคับบัญชา โดยขาดความรู้ความเข้าใจในระบบ ISO 9002 อย่างแท้จริง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของพนักงาน เมื่อองค์กรนำระบบ ISO 9002 มาปฏิบัติที่สำคัญมีอยู่ 5 ปัจจัย ได้แก่

2.1 อำนาจหน้าที่ตามที่มีไว้ให้ปฏิบัติตามระบบ ISO 9002

2.2 กฎระเบียบและขั้นตอนการปฏิบัติงานที่มีอยู่เดิม คือ กฎระเบียบและขั้นตอนการปฏิบัติงาน ตามหน้าที่ของพนักงานการไฟฟ้านครหลวง

2.3 การประชาสัมพันธ์ และการให้ข่าวสารเกี่ยวกับระบบ ISO 9002

2.4 การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับระบบ ISO 9002

2.5 ความภูมิใจ และความผูกพันกับองค์กร

3. พนักงานในกลุ่มของผู้บังคับบัญชาจะมีการปรับตัวยอมรับในนโยบาย ISO 9002 ความรู้ ความเข้าใจในนโยบาย ซึ่งต่างจากพนักงานในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งยอมรับในนโยบายขององค์กร แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในระบบ ISO 9002 อย่างแท้จริง

การศึกษาประสิทธิผลของการนำระบบบริหารคุณภาพ ISO 9002 ในใช้ในโรงพยาบาลแม่และเด็กและฝ่ายบริหารงานทั่วไปของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 ภายหลังจากการนำระบบบริหารคุณภาพ ISO 9002 มาใช้แล้วสรุปผลได้ดังนี้ (วณิศรา นรการ, 2544)

1. เวลาที่ใช้ในการทำงาน หลังจากนำระบบ ISO 9002 มาใช้เป็นเวลา 8 เดือน พบว่าระยะเวลาในการทำงานไม่น้อยลง คิดเป็นร้อยละ 40.2

2. ภาระงานหลังจากนำระบบ ISO 9002 มาใช้ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน และมีการวิเคราะห์รายละเอียดในงานแต่ละงานว่า มีหน้าที่ไหนบ้างที่มีการละเลยไม่รับผิดชอบ

3. ความประหยัด ภายหลังการนำระบบ ระบบ ISO 9002 มาใช้ ผู้ที่ทำงานเริ่มตั้งแต่รับนโยบายจากผู้บริหารเรื่อนำระบบ ระบบ ISO 9002 มาใช้ ทีมผู้นำระบบจะต้องไปศึกษาดูงานตามสถานที่ต่างๆ ที่ผ่านการรับรองระบบแล้ว พร้อมทั้งเชิญวิทยากรที่มีความรู้มาบรรยายให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีความรู้ มีการประชุมระดมสมอง ในการปฏิบัติงานต้องใช้เอกสารในการแจกจ่ายข้อมูลเพื่อให้ทุกคนในองค์กรได้รับรู้อย่างทั่วถึงฯ. จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่าในระยะสั้นไม่ใช่การประหยัด แต่ในระยะยาวเมื่อมีการดูแลระบบอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ลงได้

4. เอกสารที่ใช้ในการปฏิบัติงาน จะมีการเพิ่มขึ้นมาเนื่องจากระบบบริหารคุณภาพ ISO 9002 เน้นเรื่องเอกสารเป็นสำคัญ การกระทำทุกอย่างต้องมีการบันทึก การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้การทำงานทุกขั้นตอนมีเอกสารเพิ่มขึ้น

5. วัสดุอุปกรณ์มีการตรวจสอบ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีคุณภาพตลอดเวลา

6. การประสานงาน มีการทำงานร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันจนงานสำเร็จตามที่กำหนด เนื่องจากการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานจะถูกเขียนไว้ในเอกสาร และจุดที่ต้องมีการประสานงานกันจะต้องมีการประชุมหาข้อตกลงในการปฏิบัติงานพร้อมทั้งเขียนเป็นเอกสารให้ถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติอย่างชัดเจน

7. ความขัดแย้ง พบว่าหลังจากนำระบบ ISO 9002 มาใช้ ความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานลดลง ทุกคนรู้หน้าที่ และมีขั้นตอนการทำงานชัดเจน

8. ความผิดพลาดในการทำงาน มีเอกสารเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน และมีหลักฐานบันทึกการปฏิบัติงานทุกอย่าง

9. การพัฒนาตนเองและการทำงานเป็นทีม มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทั้งตนเองและทีมงานทุกคนพยายามปรับปรุงพัฒนาตนเองให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

การศึกษาประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาลนนทเวช โดยการศึกษาจากกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ พบว่า (นันทนัช พัฒนวรวงศ์, 2544)

1. ประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาลนนทเวช ในภาพรวมประสบความสำเร็จอยู่ในระดับสูงมาก

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาลนนทเวช แบ่งออกเป็นสองส่วนคือ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ามีสอบปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่งผลต่อประสิทธิผลด้านการพัฒนาตนเอง และทีมงาน และระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิผลด้านการบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์

2.2 ปัจจัยส่งเสริม พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ คือ การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับระบบคุณภาพ ความเพียงพอของทรัพยากรการบริหารคุณภาพ และความพึงพอใจในการทำงาน

การศึกษาการประเมินการนำระบบมาตรฐานสากล ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาลนครธน ในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (ธงชัย บรรจงกาลกุล, 2545) จากการศึกษาพบว่า

1. ในบุคลากรผู้ให้บริการ ภายหลังการนำระบบมาตรฐานสากล ISO 9002 มาใช้ในการปฏิบัติงาน บุคลากรมีความเห็นด้วยและพึงพอใจในด้านระบบงาน ด้านการป้องกันและการแก้ปัญหา ด้านความยากง่ายในการปฏิบัติงาน และด้านการพัฒนาตนเองและทีมงาน
2. ในกลุ่มผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจต่อการบริการด้านต่างๆ คือ ด้านความพร้อมของการบริการ ด้านความรับผิดชอบและความรวดเร็วในบริการ

การศึกษาการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ปี 2543 จำนวน 303 แห่งโดยการตอบแบบสอบถาม ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ใช้เกณฑ์การประเมินที่ประยุกต์จากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ระบบมาตรฐาน ISO 9002 และ The Malcolm baldrige Award ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยเรียงตามลำดับตามคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อยดังนี้ ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ (2.91) ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย (2.84) ด้านการจัดการทรัพยากร (2.75) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (2.54) ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน (2.46) และด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร (2.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่ากิจกรรมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และแผนการประเมินการเข้าถึงชุมชนยังอยู่ในระดับต่ำ และพบว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก (ตั้งแต่ 30 เตียงลงมา) มีการพัฒนาคุณภาพต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 เตียง) (วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, 2543)

การศึกษาสภาพการณ์พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 37 แห่งโดยการประเมินคุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการและประชาชน และ
ผู้ให้บริการทั้งผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้ปฏิบัติงาน คุณภาพจากตัวชี้วัดคุณภาพตามหลักวิชาการ ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และระบบมาตรฐาน ISO 9002 และคุณภาพที่กำหนดขึ้นตามมาตรฐานวิชาชีพ พบว่าคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.6) อยู่ในระดับปาน ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ ประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลของ ผู้อำนวยการและความสามารถในการบริหารคุณภาพโดยรวมของหัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการพัฒนาคุณภาพ แต่พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคได้แก่ ผู้บริหารขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ขาดการนิเทศ การติดตาม บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ขาดความเอาใจใส่ ขาดความร่วมมือ ภาระงานมาก ขาดความสามารถทำงานเป็นทีม และความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง
(เสาวมาศ เถื่อนนาดี , 2545)

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ของหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า (ประจักร บัวผัน, 2545)

1. ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ปัจจัยด้าน ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ การสนับสนุนบริการ โครงสร้างองค์กร และสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความรู้ของผู้ให้บริการ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ทักษะในการปฏิบัติงาน มนุษยสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับชาวบ้าน อัธยาศัยที่ดี การให้คำแนะนำ การนัดหมายผู้ใช้บริการ ความตั้งใจในการทำงาน การให้บริการเชิงรุก การศึกษาวิจัย การสื่อสารกับผู้ใช้บริการ การสนับสนุนจากภาพรัฐ โครงสร้างองค์กร และคุณภาพในการบริการ

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) แบบศึกษาภาคตัดขวาง (Cross- sectional) โดยการวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ จำนวน 2 แห่งที่ดำเนินธุรกิจสาธารณูปโภคด้านพลังงาน และมีระบบสวัสดิการใกล้เคียงกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

## 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**1.1 ประชากรที่ศึกษา (Study Population)** คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ 2 แห่ง(ยกเว้นพนักงานทำความสะอาดและพนักงานขับรถ)มีจำนวน 248 คนดังนี้

| **รัฐวิสาหกิจ ที่1** | | **รัฐวิสาหกิจ ที่2** | |
|---|---|---|---|
| **ตำแหน่ง** | **จำนวน** | **ตำแหน่ง** | **จำนวน** |
| ผู้บริหาร | 28 คน | ผู้บริหาร | 20 คน |
| ผู้ปฏิบัติงาน | 110 คน | ผู้ปฏิบัติงาน | 90 คน |
| **รวม** | **138 คน** | **รวม** | **110 คน** |

**1.2 ขนาดตัวอย่าง (Simple Size)** การคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ( กัลยา วานิชย์บัญชา 2540.) ดังนี้

$$n = N / ( 1 + Ne^{2})$$

N = ขนาดประชากร n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรคำนวณ ได้ขนาดตัวอย่าง ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 จำนวน 103 คน และขนาดตัวอย่างของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 จำนวน 86 คน

**1.3 การสุ่มตัวอย่าง** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

***1.3.1 ผู้อำนวยการสถานพยาบาล*** ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง

***1.3.2 บุคลากรอื่นๆที่เหลือ*** สุ่มโดยการแบ่งจำนวนตัวอย่าง เป็นสัดส่วนในแต่ละหน่วยงานหลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random)

**1.4 ตัวแปรที่ศึกษา**

***1.4.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)*** ได้แก่สถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ ที่ 1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 และตำแหน่งปัจจุบันของบุคลากร คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

***1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable)*** ได้แก่ ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ใน 5 ด้านคือ 1.ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร 3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ 4. การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ 5.ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็น สูง ปานกลาง ต่ำ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม เรื่องการวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาลคือจำนวนบุคลากรที่ให้บริการรักษาพยาบาล งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพ จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการใน 1 วัน การเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพ และข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่สถานพยาบาล ตำแหน่งปัจจุบัน การฝึกอบรมในการพัฒนาคุณภาพของบุคลากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานISO9000:2000

แบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการตามระบบมาตรฐาน ISO 9000:2000 ประกอบด้วย คำถาม 5 หมวด จำนวน 56 ข้อ ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 12 ข้อ ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร จำนวน 18 ข้อ กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ จำนวน 7 ข้อ และผลลัพธ์การปฏิบัติงานจำนวน 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยเกณฑ์การประเมินที่ได้ประยุกต์มาจากระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ซึ่งประยุกต์ให้เข้ากับหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง มีหลักฐานที่ชัดเจนและมีผลการปฏิบัติเป็นเลิศ
4 หมายถึง มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับดี
3 หมายถึง มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับปานกลาง
2 หมายถึง มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับเล็กน้อย
1 หมายถึง ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนหรือเป็นทางการ

นำค่าเฉลี่ยคะแนนมาจัดระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน แบ่งระดับของคุณภาพบริการออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับการวัด ได้ดังนี้

$$(5-1) / 3 = 1.33$$

นำค่าที่คำนวณได้ คือ 1.33 ไปแบ่งคะแนนคุณภาพบริการของสถานพยาบาล เป็น 3 กลุ่ม และแปรผลระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลออกเป็น 3 ระดับ

| | | |
|---|---|---|
| สูง | หมายถึง | ได้คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 |
| ปานกลาง | หมายถึง | ได้คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 |
| ต่ำ | หมายถึง | ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 |

**2.1 การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)**

การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามด้วยวิธีทางสถิติ โดยการใช้มาตรประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งเป็นการสร้างมาตรประมาณค่า โดยให้ข้อคำถามที่สร้างขึ้นในมาตรประมาณค่าครอบคลุมขอบเขตเนื้อหา จากนั้นจึงนำมาตรประมาณค่าไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบคำถามในแบบทดสอบ และคำนวณค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยที่ได้จากมาตรประมาณค่าจะเป็นดัชนีความตรงตามเนื้อหา วิธีการให้คะแนนของผู้เชี่ยวชาญมีลักษณะดังนี้ (จินตนา ธนวิบูลย์ชัย 2541)

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนของเนื้อหาและ/หรือพฤติกรรม
0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนของเนื้อหา/หรือพฤติกรรม
-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่เป็นตัวแทนของเนื้อหาและ/หรือพฤติกรรม

แล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence - IOC) ด้วยสูตร

$$IOC = \Sigma R / N$$

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา และ/หรือพฤติกรรม

R หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

แทนค่าสูตร IOC = 3/3 = 1 ทุกข้อคำถามในแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน แน่ใจว่าข้อคำถามเป็นตัวแทนของเนื้อหาและ/หรือพฤติกรรม

**2.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)**

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบกับบุคลากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ที่ดำเนินธุรกิจสาธารณูปโภคด้านพลังงาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยการใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาซ (Cronbach's alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่า Alpha = 0.9768

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนและวิธีการ ดังนี้

3.1 ส่งหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงหัวหน้าหน่วยงานของสถานพยาบาลที่ต้องการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ส่งแบบสอบถามให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถามและกำหนดวันเวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

3.3 เก็บรวบรวมแบบสอบถามตามกำหนดเวลาที่นัดหมายไว้

3.4 สร้างคู่มือลงรหัส

3.5 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล บันทึกข้อมูล และเตรียมการวิเคราะห์ผล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

## 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

| ชนิดของสถิติ | หัวข้อที่จะวิเคราะห์ | ชนิดของตัวแปร | วิธีการ |
|---|---|---|---|
| 1. สถิติเชิงพรรณนา | ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาล,บุคลากร และระดับคุณภาพบริการสถานพยาบาล | ข้อมูลเชิงปริมาณ | ค่าเฉลี่ย ร้อยละ |
| 2. สถิติเชิงอนุมาน | ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทั้ง 2 แห่ง | ข้อมูลเชิงปริมาณ - เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม | t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 |

# บทที่ 4
# ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถาม ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ให้บริการและลักษณะของสถานพยาบาล

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ และข้อมูลทั่วไปของ สถานพยาบาลและบุคลากร

ข้อมูลการตอบกลับของแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ และข้อมูลลักษณะของสถานพยาบาล และลักษณะของประชากรผู้ให้บริการ ของสถานพยาบาลสังกัดรัฐวิสาหกิจ

การตอบกลับแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ แบ่งเป็นสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 ส่งแบบสอบถามจำนวน 103 ฉบับ ได้รับการตอบกลับจำนวน 75 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 72.82 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ส่งแบบสอบถามจำนวน 86 ฉบับ ได้รับการตอบกลับจำนวน 65 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 75.58

ข้อมูลการตอบกลับของแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ และข้อมูลลักษณะของสถานพยาบาล และลักษณะของประชากรผู้ให้บริการ ของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1

การตอบกลับแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการจำนวน 75 ฉบับ มีผู้บริหารจำนวน 22 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 29.33 และผู้ปฏิบัติงานจำนวน 53 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 70.67

อายุของผู้ตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 46.6 ปี อายุระหว่าง 41-50 ปี มีมากที่สุดคือ 44 คนคิดเป็นร้อยละ 58.7 โดยมีอายุสูงสุด 60 ปี และมีอายุต่ำสุด 23 ปี

ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 และจบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 และจบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานพยาบาล พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานพยาบาล เฉลี่ย 20.17 ปี โดยมี ประสบการณ์ สูงสุด 34 ปี และมีประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี

การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3 และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการจำนวน14 คน คิดเป็นร้อยละ18.7

จำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการวันละ ประมาณ 300 คน

จำนวนแพทย์ที่ให้บริการรักษาพยาบาล 12 คน

จำนวนพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาล 44 คน

จำนวนบุคลากรอื่นที่ให้การสนับสนุนการรักษาพยาบาล 93 คน (รวมพนักงานขับรถและพนักงานทำความสะอาด )

งบประมาณที่หน่วยงานได้รับในการพัฒนาคุณภาพบริการ น้อยกว่า 2 %

ปัจจุบันหน่วยงานได้เข้าร่วมโครงการ ISO 9000: 2000 เมื่อปี พ.ศ. 2546 แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง และกิจกรรม5ส., LCM, QC, Internal Control

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อายุ** | | |
| ≤ 30 ปี | 1 | 1.3 |
| 31-40 ปี | 11 | 14.7 |
| 41-50 ปี | 44 | 58.7 |
| ≥ 51 ปี | 19 | 25.3 |
| รวม | 75 | 100 |
| **การศึกษา** | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 16 | 21.3 |
| ปริญญาตรี | 47 | 62.7 |
| ปริญญาโท | 10 | 13.3 |
| ปริญญาเอก | 2 | 2.7 |
| รวม | 75 | 100 |
| **ประสบการณ์การทำงานที่สถานพยาบาล** | | |
| ≤ 10 ปี | 5 | 6.7 |
| 11-20 ปี | 37 | 49.3 |
| 21-30 ปี | 29 | 38.7 |
| ≥ 31 ปี | 4 | 5.3 |
| รวม | 75 | 100 |
| **ตำแหน่งปัจจุบัน** | | |
| ผู้บริหาร | 22 | 29.3 |
| ผู้ปฏิบัติงาน | 53 | 70.7 |
| รวม | 75 | 100 |
| **การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ** | | |
| เคยได้รับการอบรม | 61 | 81.3 |
| ไม่เคยได้รับการอบรม | 14 | 18.7 |
| รวม | 75 | 100 |

ข้อมูลการตอบกลับของแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ และข้อมูลลักษณะของสถานพยาบาล และลักษณะของประชากรผู้ให้บริการ ของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2

การตอบกลับแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 ได้รับการตอบกลับจำนวน 65 ฉบับแบ่งเป็นผู้บริหารจำนวน 17 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 26.2 และผู้ปฏิบัติงานจำนวน 48 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 73.8

อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 47.42 ปี อายุระหว่าง 51-60 ปี มีมากที่สุดคือ 33 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 โดยมีอายุสูงสุด 59 ปี และมีอายุต่ำสุด 21 ปี

ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 และจบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 และจบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานพยาบาล พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลเฉลี่ย 22.2 ปีโดยพบว่ามีประสบการณ์สูงสุด 35 ปี และมีประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี

การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 72.3 และไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7

จำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการวันละ ประมาณ 200 คน

จำนวนแพทย์ที่ให้บริการรักษาพยาบาล 19 คน

จำนวนพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาล 37 คน

จำนวนบุคลากรอื่นที่ให้การสนับสนุนการรักษาพยาบาล 87 คน (รวมพนักงานขับรถและพนักงานทำความสะอาด )

งบประมาณที่หน่วยงานได้รับในการพัฒนาคุณภาพบริการ น้อยกว่า 2 %

ปัจจุบันหน่วยงานได้ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ คือ 5ส., QC

ตารางที่ 4.2 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่2

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อายุ** | | |
| ≤ 30 ปี | 5 | 7.7 |
| 31-40 ปี | 9 | 13.8 |
| 41-50 ปี | 18 | 22.7 |
| ≥ 51 ปี | 33 | 50.8 |
| รวม | 65 | 100 |
| **การศึกษา** | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 17 | 26.2 |
| ปริญญาตรี | 41 | 63.1 |
| ปริญญาโท | 6 | 9.2 |
| ปริญญาเอก | 1 | 1.5 |
| รวม | 65 | 100 |
| **ประสบการณ์การทำงานที่สถานพยาบาล** | | |
| ≤ 10 ปี | 8 | 12.3 |
| 11-20 ปี | 19 | 29.2 |
| 21-30 ปี | 27 | 41.5 |
| ≥ 31 ปี | 11 | 16.9 |
| รวม | 65 | 100 |
| **ตำแหน่งปัจจุบัน** | | |
| ผู้บริหาร | 17 | 26.2 |
| ผู้ปฏิบัติงาน | 48 | 73.8 |
| รวม | 75 | 100 |
| **การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ** | | |
| เคยได้รับการอบรม | 47 | 72.3 |
| ไม่เคยได้รับการอบรม | 18 | 27.7 |
| รวม | 65 | 100 |

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามของสถานพยาบาลสังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และรัฐวิสาหกิจที่ 2

| ข้อมูลทั่วไป | รัฐวิสาหกิจที่ 1 | | | รัฐวิสาหกิจที่2 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน 75 (คน) | | ร้อยละ | จำนวน 65 (คน) | | ร้อยละ |
| **อายุ** | | | | | | |
| อายุน้อยที่สุด | 23 | ปี | | 21 | ปี | |
| อายุมากที่สุด | 60 | ปี | | 59 | ปี | |
| อายุเฉลี่ย | 46.6 | ปี | | 47.42 | ปี | |
| **ระดับการศึกษา** | | | | | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 16 | คน | 21.3 | 17 | คน | 26.2 |
| ปริญญาตรี | 47 | คน | 62.7 | 41 | คน | 63.1 |
| ปริญญาโท | 10 | คน | 13.3 | 6 | คน | 9.2 |
| ปริญญาเอก | 2 | คน | 2.7 | 1 | คน | 1.5 |
| **ประสบการณ์ในการทำงานที่สถานพยาบาล** | | | | | | |
| ประสบการณ์ต่ำสุด | 1 | ปี | | 1 | ปี | |
| ประสบการณ์สูงสุด | 34 | ปี | | 35 | ปี | |
| ประสบการณ์เฉลี่ย | 20.17 | ปี | | 22.2 | ปี | |
| **ตำแหน่งปัจจุบัน** | | | | | | |
| ผู้บริหาร | 22 | คน | 29.3 | 17 | คน | 26.15 |
| ผู้ปฏิบัติงาน | 53 | คน | 70.7 | 48 | คน | 73.85 |
| **การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ** | | | | | | |
| เคยได้รับการอบรม | 61 | คน | 81.3 | 47 | คน | 72.3 |
| ไม่เคยได้รับการอบรม | 14 | คน | 18.7 | 18 | คน | 27.7 |

## ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ 1. ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2. ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร 3. ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ 4 ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ 5. ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดกลุ่มคะแนนการประเมินเป็น 3 กลุ่ม คือคะแนน 1 - 2.33 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 2.34 – 3.66 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 3.67 – 5 อยู่ในระดับสูง ดังนี้

**การวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1**

การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในมุมมองของผู้ให้บริการสถานพยาบาล สังกัดรัฐ วิสาหกิจที่ 1 ในภาพรวมทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง $\overline{X}$ = 3.49 (S.D. 1.025) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ และด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน คือ $\overline{X}$ =3.53 (S.D.= 1.049และ.998) ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ย คือ $\overline{X}$ = 3.45, 3.49 และ 3.40 (S.D.= 1.033, 1.039 และ0.985) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการในภาพรวม ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1

| | คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | | n = 75 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| 1. | ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ | 4.6 | 10.4 | 30.7 | 35.9 | 18.4 | 3.53 | 1.049 |
| 2. | ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร | 4.6 | 11.6 | 33.2 | 35.0 | 15.6 | 3.45 | 1.033 |
| 3. | กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ | 4.6 | 8.4 | 31.0 | 40.9 | 15.1 | 3.53 | 0.998 |
| 4. | การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ | 6.1 | 8.4 | 30.3 | 40.6 | 14.7 | 3.49 | 1.039 |
| 5. | ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน | 5.1 | 10.2 | 35.1 | 38.7 | 10.9 | 3.40 | 0.985 |
| | **ระดับคุณภาพบริการโดยรวม** | 4.8 | 10.1 | 32.0 | 37.7 | 15.5 | 3.49 | 1.025 |

การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในมุมมองของผู้ให้บริการสถานพยาบาล สังกัดรัฐ วิสาหกิจที่ 1 โดยพิจารณาเป็นรายด้าน

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ในภาพรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.53 (S.D. =1.049) และเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า หน่วยงานมีการจัดทำใบพรรณนางาน (Job description),ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน รองลงมามีการจัดทำงบประมาณ การบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ $\overline{X}$ = 3.79 และ 3.72 ( S.D. = 1.142 และ 1.008 ) ตามลำดับ

จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ให้บริการมีความเห็นว่าหน่วยงานมีระบบการตรวจสอบการดำเนินงาน, การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพ และการประสานงานและการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\overline{X}$ = 3.33,3.36 และ 3.36 (S.D.= .949, 1.158 และ .995) ตามลำดับ

ในเรื่องการประสานงานและการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพมีบุคลากรถึงร้อยละ 22.7 (2.7,20.0) และ 20.0(8.0,12.0) ตามลำดับให้คะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนและมีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับเล็กน้อยในเรื่องดังกล่าวรายละเอียดตามตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | n = 75 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ** | | | | | | | |
| 1.หน่วยงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรโดย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย | 5.3 | 12.0 | 24.0 | 34.7 | 24.0 | 3.60 | 1.139 |
| 2.หน่วยงานมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และมีการนำ แผนไปสู่การปฏิบัติ | 5.3 | 4.0 | 38.7 | 34.7 | 17.3 | 3.55 | 1.004 |
| 3.มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นลายลักษณ์อักษร | 5.3 | 5.3 | 33.3 | 30.7 | 25.3 | 3.65 | 1.084 |
| 4.มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการให้บุคลากรทุกระดับรับรู้ | 8.0 | 12.0 | 34.7 | 26.7 | 18.7 | 3.36 | 1.158 |
| 5.การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ | 5.3 | 12.0 | 29.3 | 40.0 | 13.3 | 3.44 | 1.043 |
| 6.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการ และมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ | 1.3 | 14.7 | 29.3 | 38.7 | 16.0 | 3.53 | .977 |
| 7.มีการกำหนดแผนผังโครงสร้างองค์กร แสดงความสัมพันธ์หน่วยงานและตำแหน่งหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน | 6.7 | 6.7 | 32.0 | 33.3 | 21.3 | 3.56 | 1.106 |
| 8.มีการจัดทำใบพรรณนางาน ( Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 6.7 | 5.3 | 21.3 | 36.0 | 30.7 | 3.79 | 1.142 |
| 9.มีระบบการตรวจสอบการดำเนินงานในองค์กร | 5.3 | 8.0 | 44.0 | 33.3 | 9.3 | 3.33 | .949 |
| 10.มีการจัดทำงบประมาณ และการบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ | 2.7 | 8.0 | 28.0 | 37.3 | 24 | 3.72 | 1.008 |
| 11.มีการประสานงาน และการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ | 2.7 | 20.0 | 25.3 | 42.7 | 9.3 | 3.36 | .995 |
| 12.มีระบบการประสานงานในการปฏิบัติการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ | 0.00 | 17.3 | 28.0 | 42.7 | 12.0 | 3.49 | .921 |
| **รวม** | 4.6 | 10.4 | 30.7 | 35.9 | 18.4 | 3.53 | .797 |

2. ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรในภาพรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.45 (S.D. =1.033 ) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้วพบว่า อาคารสถานที่ในการให้บริการ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี มีความปลอดภัย, มีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน และมีการจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการ สะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ $\overline{X}$ =3.97, 3.79, และ3.69 ( S.D.=.870, .853, และ .921) ตามลำดับ โดยเฉพาะในเรื่องอาคารสถานที่ในการให้บริการมีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี มีความปลอดภัย มีบุคลากรถึงร้อยละ 74.6 (45.3,29.3) ให้คะแนนในระดับสูง คือ มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับดี ถึงดีเลิศในเรื่องดังกล่าว

จากข้อมูลจะเห็นว่า ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าหน่วยงานมีระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\overline{X}$ = 2.99 (S.D.= 1.032)

ในเรื่องมีการฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี, การปฐมนิเทศพนักงานใหม่ และการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน มีบุคลากรถึงร้อยละ 16, 13.3 และ 10.7 ตามลำดับ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คือไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอน ในเรื่องดังกล่าว รายละเอียดตามตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1

| **คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด** | **คะแนน** | | | | | | **n = 75** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **รัฐวิสาหกิจ** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** | | | | | | | |
| 1. การจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตาม ใบพรรณนางาน (Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง Job specification ) | 1.3 | 20.0 | 34.7 | 29.3 | 14.7 | 3.36 | 1.009 |
| 2. มีการกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมาย รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ | 9.3 | 13.3 | 32.0 | 33.3 | 12.0 | 3.25 | 1.128 |
| 3. มีระบบการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน | 10.7 | 13.3 | 34.7 | 33.3 | 8.0 | 3.15 | 1.099 |
| 4. มีระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ | 5.3 | 20.0 | 48.0 | 17.3 | 9.3 | 3.05 | .985 |
| 5. มีการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร | 5.3 | 18.7 | 37.3 | 30.7 | 8.0 | 3.17 | 1.005 |
| 6. มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ | 6.7 | 9.3 | 38.7 | 32.0 | 13.3 | 3.36 | 1.048 |
| 7. มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ | 13.3 | 6.7 | 24.0 | 30.7 | 25.3 | 3.48 | 1.309 |
| 8. ระบบเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล | 2.7 | 12.0 | 34.7 | 34.7 | 16.0 | 3.49 | .991 |
| 9. มีระบบจัดเก็บข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ | 2.7 | 12.0 | 34.7 | 36.0 | 14.7 | 3.48 | .978 |
| 10.มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 6.7 | 16.0 | 34.7 | 34.7 | 8.0 | 3.21 | 1.031 |
| 11.มีระบบการจัดหาและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอ และมีความพร้อมในการตรวจรักษาตลอดเวลา | 0.00 | 12.0 | 33.3 | 38.7 | 16.0 | 3.59 | .902 |
| 12.มีระบบการบำรุงรักษา และระบบการตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ | 1.3 | 13.3 | 32.0 | 41.3 | 12.0 | 3.49 | .921 |
| 13.มีการจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการสะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน | 0.00 | 6.7 | 36.0 | 38.7 | 18.7 | 3.69 | .854 |

ตารางที่4.6 (ต่อ)

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | n = 75 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| 14.มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน | 0.00 | 6.7 | 42.7 | 33.3 | 17.3 | 3.61 | .853 |
| 15.มีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน | 1.3 | 8.0 | 25.3 | 41.3 | 24.0 | 3.79 | .949 |
| 16.มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี | 16.0 | 6.7 | 22.7 | 34.7 | 20.0 | 3.36 | 1.322 |
| 17.อาคารสถานที่ในการให้บริการ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี และมีความปลอดภัย | 0.00 | 6.7 | 18.7 | 45.3 | 29.3 | 3.97 | .870 |
| 18.ห้องตรวจโรค และจุดที่ให้บริการ มีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการไหลเวียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และสะดวก | 0.00 | 8.0 | 33.3 | 45.3 | 13.3 | 3.64 | .816 |
| **รวม** | 4.6 | 11.6 | 33.2 | 35.0 | 15.6 | 3.45 | 1.033 |

3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพในภาพรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.53 ( S.D. = .998) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้วพบว่า ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อ, ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการ เอื้อและอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล, มีคู่มือการปฏิบัติงานและมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ และมีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.87, 3.83, 3.72, 3.69 และ 3.67 (S.D.= 1.127,.964,.763,.964 และ.905) ตามลำดับ

จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ให้บริการมีความเห็นว่าผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด $\overline{X}$ = 3.00 (S.D.=1.127) และมีบุคลากรถึงร้อยละ 28 (14.7,13.3) ให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

ในเรื่องมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบและผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล มีบุคลากรถึงร้อยละ 16 และ 14.7 ตามลำดับให้คะแนนเท่ากับ 1 คือไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนในเรื่องดังกล่าว รายละเอียดตามตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | n = 75 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\bar{X}$ | S.D. |
| **กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ** | | | | | | | |
| 1. มีคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ | 1.3 | 8.0 | 25.3 | 41.3 | 24.0 | 3.72 | .763 |
| 2. มีระบบการให้บริการที่ กระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน | 0.00 | 9.3 | 41.3 | 42.7 | 6.7 | 3.47 | .759 |
| 3. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงานและมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ | 2.7 | 2.7 | 40.0 | 36.0 | 12.0 | 3.45 | .920 |
| 4. มีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ | 0.00 | 10.7 | 30.7 | 40.0 | 18.7 | 3.67 | .905 |
| 5. มีการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพ | 4.0 | 4.0 | 42.7 | 30.7 | 8.0 | 3.24 | .942 |
| 6. มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ | 16.0 | 16.0 | 29.3 | 26.7 | 21.3 | 3.31 | 1.325 |
| 7. มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย | | | | | | | |
| 8. มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล | 9.3 | 10.7 | 28.0 | 34.7 | 17.3 | 3.40 | 1.174 |
| 9. มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ | 2.7 | 5.3 | 24.0 | 42.7 | 25.3 | 3.83 | .964 |
| 10. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | 6.7 | 6.7 | 22.7 | 49.3 | 14.7 | 3.59 | 1.041 |
| | 14.7 | 13.3 | 34.7 | 32.0 | 5.3 | 3.00 | 1.174 |
| 11. ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการเอื้อ และอำนวยอำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล | 1.3 | 5.3 | 30.7 | 48.0 | 14.7 | 3.69 | .964 |
| 12. ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อและอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล | 1.3 | 4.0 | 25.3 | 45.3 | 24.0 | 3.87 | 1.127 |
| 13. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการรักษาพยาบาลทุกระดับ | 0.00 | 10.7 | 34.7 | 44.0 | 10.7 | 3.55 | .838 |
| **รวม** | 4.6 | 8.4 | 31.0 | 40.9 | 15.1 | 3.53 | .998 |

4. การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพโดยภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือมีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ =3.49 ( S.D.=1.039) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้ว พบว่าหน่วยงานมีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $\overline{X}$ =3.76 (S.D.= .852) โดยมีบุคลากรถึงร้อยละ 65.4 (46.7,18.7)ให้คะแนนในระดับสูง คือ มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับดี ถึงดีเลิศในเรื่องดังกล่าว

จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด $\overline{X}$ = 3.28 (S.D. = 1.097) รองลงมาคือเรื่องมีคณะกรรมการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ $\overline{X}$ = 3.33 ( S.D. = 1.119) รายละเอียดตามตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1

| **คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ** | **คะแนน** | | | | | **n = 75** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ** | | | | | | | |
| 1. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การป้องกันความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจากการรักษาพยาบาล การป้องกันอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น | 1.3 | 6.7 | 38.7 | 37.3 | 16.0 | 3.60 | .885 |
| 2. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงานเช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน | 0.00 | 8.0 . | 26.7 | 46.7 | 18.7 | 3.76 | .852 |
| 3. บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเอง ในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน | 9.3 | 6.7 | 36.0 | 36.0 | 12.0 | 3.35 | 1.084 |
| 4. มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ | 9.3 | 10.7 | 29.3 | 38.7 | 12.0 | 3.33 | 1.119 |
| 5. มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ | 8.0 | 14.7 | 29.3 | 37.3 | 10.7 | 3.28 | 1.097 |
| 6. มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ | 8.0 | 5.3 | 24.0 | 45.3 | 17.3 | 3.59 | 1.092 |
| 7. มีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง | 6.7 | 6.7 | 28.0 | 42.7 | 16.0 | 3.55 | 1.056 |
| **รวม** | 6.1 | 8.4 | 30.3 | 40.6 | 14.7 | 3.49 | 1.039 |

5. ผลลัพธ์การปฏิบัติงานโดยภาพรวมพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.40 (S.D.= 0.985 ) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้ว พบว่าสถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $\overline{X}$ = 3.56 ( S.D.= .962 ) โดยมีบุคลากรถึงร้อยละ 60.0(48.0,12.0) ให้คะแนนในระดับสูง คือ มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับดี ถึงดีเลิศในเรื่องดังกล่าว

จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ให้บริการมีความเห็นว่า การคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด $\overline{X}$ = 3.13 ( S.D. = 1.031) โดยมีบุคลากรถึงร้อยละ 9.3 ให้คะแนนเท่ากับ 1คือไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนในเรื่อง ดังกล่าว รายละเอียดตามตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1

| **คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ** | **คะแนน** | | | | | **n = 75** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน** | | | | | | | |
| 1. ผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์ และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด | 4.0 | 8.0 | 33.3 | 41.3 | 13.3 | 3.52 | .964 |
| 2. มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่องแก่คณะกรรมการบริหาร และผู้บริหาร | 5.3 | 13.3 | 29.3 | 38.7 | 13.3 | 3.41 | 1.054 |
| 3. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน | 5.3 | 10.7 | 37.3 | 38.7 | 8.0 | 3.33 | .963 |
| 4. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการรับบริการ | 1.3 | 12.0 | 40.0 | 34.7 | 12.0 | 3.44 | .904 |
| 5. มีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | 9.3 | 12.0 | 41.3 | 30.7 | 6.7 | 3.13 | 1.031 |
| 6. สถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ | 5.3 | 5.3 | 29.3 | 48.0 | 12.0 | 3.56 | .962 |
| **รวม** | 5.1 | 10.2 | 35.1 | 38.7 | 10.9 | 3.40 | 0.985 |

**การวิเคราห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2**

การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในมุมมองของผู้ให้บริการสถานพยาบาล สังกัดรัฐ วิสาหกิจที่ 2 ในภาพรวมทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง $\overline{X}$ =3.06(S.D.= 0.974) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ, ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร, ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ, ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ $\overline{X}$ = 3.16, 3.14, 3.04, 2.88 และ 2.87 (S.D.= 0.971, 0.987, 0.948, 0.967 และ 0.948) ตามลำดับ โดยด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ รายละเอียดตามตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในภาพรวมของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

| **คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ** | | **คะแนน** | | | | | **n = 75** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| 1. | ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ | 6.5 | 13.8 | 44.1 | 28.5 | 7.1 | 3.16 | .971 |
| 2. | ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร | 7.1 | 15.0 | 41.1 | 30.4 | 6.4 | 3.14 | .987 |
| 3. | กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ | 7.3 | 16.1 | 47.0 | 24.6 | 5.0 | 3.04 | .948 |
| 4. | การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ | 9.7 | 21.1 | 44.2 | 21.8 | 3.3 | 2.88 | .967 |
| 5. | ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน | 9.5 | 20.5 | 46.4 | 20.5 | 3.1 | 2.87 | .948 |
| | **ระดับคุณภาพบริการโดยรวม** | 7.6 | 16.3 | 44.1 | 26.5 | 5.5 | 3.06 | .974 |

การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในมุมมองของผู้ให้บริการสถานพยาบาล สังกัดรัฐ วิสาหกิจที่ 2 โดยพิจารณาเป็นรายด้าน

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ในภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.16 (S.D.= .971) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้ว พบว่าหน่วยงานมีการจัดทำใบพรรณนางาน (Job description), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และมีการจัดทำงบประมาณและการบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $\overline{X}$ = 3.57 และ 3.48 (S.D. =.935 และ .970) ตามลำดับ

จากข้อมูลจะเห็นว่า ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าหน่วยงานมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการและมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ และมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายคุณภาพให้บุคลากรทุกระดับรับรู้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด $\overline{X}$ = 2.91 และ 2.98 (S.D.= 1.011และ .960) ตามลำดับ และมีบุคลากรถึงร้อยละ 32.3 (9.2,23.1) และ 27.7 (7.7,20.0) ตามลำดับให้คะแนนในระดับต่ำในเรื่องดังกล่าว

ในเรื่องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรโดย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย มีบุคลากรถึงร้อยละ 10.8 ให้คะแนนเท่ากับ 1 คือ ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนในเรื่อง ดังกล่าว รายละเอียดตามตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | | n = 65 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ** | | | | | | | |
| 1. หน่วยงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร โดย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย | 10.8 | 16.9 | 40.0 | 23.1 | 9.2 | 3.03 | 1.104 |
| 2. หน่วยงานมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และมีการนำ แผนไปสู่การปฏิบัติ | 6.2 | 10.8 | 47.7 | 29.2 | 6.2 | 3.18 | .934 |
| 3. มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นลายลักษณ์อักษร | 9.2 | 16.9 | 41.5 | 29.2 | 3.1 | 3.00 | .984 |
| 4. มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการให้บุคลากรทุกระดับรับรู้ | 7.7 | 20.0 | 41.5 | 27.7 | 3.1 | 2.98 | .960 |
| 5. การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ | 4.6 | 12.3 | 55.4 | 26.2 | 1.5 | 3.08 | .797 |
| 6. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการและมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ | 9.2 | 23.1 | 40.0 | 23.1 | 4.6 | 2.91 | 1.011 |
| 7. มีการกำหนดแผนผังโครงสร้างองค์กร แสดงความสัมพันธ์หน่วยงานและตำแหน่งหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 3.1 | 18.5 | 33.8 | 33.8 | 10.8 | 3.31 | .999 |
| 8. มีการจัดทำใบพรรณนางาน ( Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 1.5 | 10.8 | 32.3 | 40.0 | 15.4 | 3.57 | .935 |
| 9. มีระบบการตรวจสอบการดำเนินงานในองค์กร | | | | | | | |
| 10. มีการจัดทำงบประมาณ และการบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ | 6.2<br>3.1 | 10.8<br>7.7 | 47.7<br>44.6 | 30.8<br>27.7 | 4.6<br>16.9 | 3.17<br>3.48 | .911<br>.970 |
| 11. มีการประสานงาน และการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ | 7.7 | 9.2 | 47.7 | 29.2 | 6.2 | 3.17 | .961 |
| 12. มีระบบการประสานงานในการปฏิบัติการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ | 9.2 | 9.2 | 56.9 | 21.5 | 3.1 | 3.00 | .901 |
| **รวม** | 6.5 | 13.8 | 44.1 | 28.5 | 7.1 | 3.16 | .971 |

2. ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรในภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.14 (S.D.= .987) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้ว พบว่ามีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยและมีการฝึกซ้อมทุกหน่วยงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $\overline{X}$ = 3.60 และ 3.54 ( S.D.= .880 และ 0.969) ตามลำดับ

จากข้อมูลจะเห็นว่า ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าหน่วยงานมีการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ $\overline{X}$ = 2.77 (S.D.=1.027)

ในเรื่องการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ, การประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร,การจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามใบพรรณนางาน (Job description) ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification), การกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมายรวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ,ระบบแรงจูงใจและระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ, การปฐมนิเทศพนักงานใหม่, การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ, และการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน มีบุคลากรถึงร้อยละ 12.3, 10.8, 10.8, 10.8, 10.8, 10.8, 10.8 และ10.8 ตามลำดับ ให้คะแนนเท่ากับ 1 คือไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนในเรื่องดังกล่าว และในเรื่องการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร, การฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ และการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน มีบุคลากรถึงร้อยละ 38.5(10.8,27.7), 33.8 (12.3,21.5) และ 33.8 (9.2,24.6) ตามลำดับ ให้คะแนนในระดับต่ำ รายละเอียดตามตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | | n = 65 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** | | | | | | | |
| 1. การจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตาม ใบพรรณนางาน (Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) | 10.8 | 12.3 | 53.8 | 23.1 | 0.00 | 2.89 | .886 |
| 2. มีการกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมาย รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ | 10.8 | 18.5 | 38.5 | 30.8 | 1.50 | 2.94 | .998 |
| 3. มีระบบการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน | 9.2 | 24.6 | 36.9 | 29.2 | 0.00 | 2.86 | .950 |
| 4. มีระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ | 10.8 | 12.3 | 44.6 | 23.1 | 9.2 | 3.08 | 1.080 |
| 5. มีการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร | 10.8 | 27.7 | 41.5 | 13.8 | 6.2 | 2. 77 | 1.027 |
| 6. มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ | 12.3 | 21.5 | 46.2 | 15.4 | 4.6 | 2.78 | 1.008 |
| 7. มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ | 10.8 | 9.2 | 41.5 | 26.2 | 12.3 | 3.20 | 1.121 |
| 8. ระบบเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล | 3.1 | 15.4 | 44.6 | 26.2 | 10.8 | 3.26 | .957 |
| 9. มีระบบจัดเก็บข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ | 6.2 | 15.4 | 41.5 | 29.2 | 7.7 | 3.17 | .993 |
| 10. มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 10.8 | 20.0 | 46.2 | 21.5 | 1.5 | 2.83 | .945 |
| 11. มีระบบการจัดหาและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอ และมีความพร้อมในการตรวจรักษาตลอดเวลา | 3.1 | 4.6 | 33.8 | 46.2 | 12.3 | 2.92 | .989 |
| 12. มีระบบการบำรุงรักษา และระบบการตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ | 1.5 | 13.8 | 29.2 | 40.0 | 15.4 | 3.09 | .947 |
| 13. มีการจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการสะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน | 1.5 | 9.21 | 32.3 | 52.3 | 4.6 | 3.29 | .914 |
| 14. มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน | 1.5 | 0.8 | 44.6 | 38.5 | 4.6 | 3.48 | .920 |

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | | n = 65 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| 15. มีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน | 10.8 | 16.9 | 44.6 | 24.6 | 3.1 | 3.60 | .880 |
| 16. มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี | 7.7 | 12.3 | 47.7 | 27.7 | 4.6 | 3.54 | .969 |
| 17. อาคารสถานที่ในการให้บริการ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี และมีความปลอดภัย | 3.1 | 13.8 | 41.5 | 33.8 | 7.7 | 3.49 | .793 |
| 18. ห้องตรวจโรค และจุดที่ให้บริการ มีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการไหลเวียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และสะดวก | 3.1 | 10.8 | 30.8 | 46.2 | 9.2 | 3.34 | .796 |
| **รวม** | 7.1 | 15.0 | 41.1 | 30.4 | 6.4 | 3.14 | .987 |

3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพในภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.04 (S.D.=.948) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้ว พบว่าระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ $\overline{X}$ =3.35 และ 3.25 (S.D. =.874 และ.936 ) ตามลำดับ

จากข้อมูลจะเห็นว่า ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล และมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\overline{X}$ = 2.63 และ 2.77 (S.D.=.977และ 1.115) และบุคลากรถึงร้อยละ 13.8 และ 18.5 ตามลำดับให้คะแนนเท่ากับ 1 คือ ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนในเรื่องดังกล่าว รายละเอียดตามตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | | n = 65 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ** | | | | | | | |
| 1. มีคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ | 6.2 | 15.4 | 43.1 | 27.7 | 7.7 | 3.15 | .988 |
| 2. มีระบบการให้บริการที่ กระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน | 4.6 | 13.8 | 50.8 | 26.2 | 4.6 | 3.12 | .875 |
| 3. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ | 9.2 | 18.5 | 50.8 | 16.9 | 4.6 | 2.89 | .954 |
| 4. มีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ | 3.1 | 15.4 | 52.3 | 23.1 | 6.2 | 3.14 | .864 |
| 5. มีการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพ | 6.2 | 16.9 | 52.3 | 23.1 | 1.5 | 2.97 | .847 |
| 6. มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ | 18.5 | 13.8 | 46.2 | 15.4 | 6.2 | 2.77 | 1.115 |
| 7. มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย | 12.3 | 21.5 | 43.1 | 15.4 | 7.7 | 2.85 | 1.079 |
| 8. มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล | 3.1 | 10.8 | 40.0 | 40.0 | 6.2 | 3.35 | .874 |
| 9. มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ | 4.6 | 13.8 | 52.3 | 27.7 | 1.5 | 3.08 | .816 |
| 10. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | 13.8 | 27.7 | 43.1 | 12.3 | 3.1 | 2.63 | .977 |
| 11. ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการเอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล | 7.7 | 9.2 | 49.2 | 30.8 | 3.1 | 3.12 | .910 |
| 12. ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อและอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล | 4.6 | 13.8 | 40.0 | 35.4 | 6.2 | 3.25 | .936 |
| 13. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการรักษาพยาบาลทุกระดับ | 1.5 | 18.5 | 47.7 | 26.2 | 6.2 | 3.17 | .858 |
| **รวม** | 7.3 | 16.1 | 47.0 | 24.6 | 5.0 | 3.04 | .948 |

4. การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพโดยภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 2.88 (S.D.= .967) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้ว พบว่าระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $\overline{X}$ = 3.17 (S.D. =.802)

จากข้อมูลจะเห็นว่า ผู้ให้บริการมีความเห็นว่า บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเองในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน, มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากัน คือ $\overline{X}$ = 2.74 (S.D. =1.050 และ1.065) และบุคลากรถึงร้อยละ 40 (12.3,27.7 และ 15.4 ,24.6) ตามลำดับ ให้คะแนนในระดับต่ำ

ในเรื่องมีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ, บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเองในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน, มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ และการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ มีบุคลากรถึงร้อยละ 15.4,12.3, 12.3 และ10.8 ตามลำดับให้คะแนนเท่ากับ 1 คือไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนในเรื่องดังกล่าว รายละเอียดตามตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ | คะแนน | | | | | n = 65 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ** | | | | | | | |
| 1. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การป้องกันความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจากการรักษาพยาบาล การป้องกันอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น | 4.6 | 16.9 | 55.4 | 20.0 | 3.1 | 3.00 | .829 |
| 2. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงานเช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน | 3.1 | 12.3 | 52.3 | 29.2 | 3.1 | 3.17 | .802 |
| 3. บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเอในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน | 12.3 | 27.7 | 40.0 | 13.8 | 6.2 | 2.74 | 1.050 |
| 4. มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ | 15.4 | 24.6 | 32.3 | 26.2 | 1.5 | 2.74 | 1.065 |
| 5. มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ | 12.3 | 23.1 | 41.5 | 21.5 | 1.5 | 2.77 | .981 |
| 6. มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ | 10.8 | 21.5 | 41.5 | 21.5 | 4.6 | 2.88 | 1.023 |
| 7. มีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง | 9.2 | 21.5 | 46.2 | 20.0 | 3.1 | 2.86 | .950 |
| **รวม** | 9.7 | 21.2 | 44.2 | 21.8 | 3.3 | 2.88 | .967 |

5. ผลลัพธ์การปฏิบัติงานโดยภาพรวมพบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 2.87 (S.D.= 0.974 ) และเมื่อแยกเป็นรายข้อแล้วพบว่า สถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $\overline{X}$ = 3.02 (S.D.= .976 )

จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ให้บริการมีความเห็นว่า มีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด $\overline{X}$ = 2.75 (S.D. =.867)

ในเรื่องการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน, การคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการรับบริการ บุคลากรถึงร้อยละ 35.4,33.6 และ 32.3 ตามลำดับให้คะแนนในระดับต่ำ

ในเรื่องการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน และผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์บรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด มีบุคลากรถึงร้อยละ 12.3 และ 10.8 ตามลำดับให้คะแนนเท่ากับ 1 คือ ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนในเรื่องดังกล่าว รายละเอียดตามตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพบริการ ในด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

| **คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ** | **คะแนน** | | | | | **n = 65** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | $\overline{X}$ | S.D. |
| **ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน** | | | | | | | |
| 1. ผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์ และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด | 10.8 | 15.4 | 55.4 | 15.4 | 3.1 | 2.85 | .922 |
| 2. มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่องแก่คณะกรรมการบริหาร และผู้บริหาร | 7.7 | 20.0 | 50.8 | 18.5 | 3.1 | 2.89 | .904 |
| 3. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน | 12.3 | 23.1 | 41.5 | 18.5 | 4.6 | 2.80 | 1.03 |
| 4. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการรับบริการ | 7.7 | 24.6 | 40.0 | 23.1 | 4.6 | 2.92 | .989 |
| 5. มีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | 9.2 | 24.6 | 47.7 | 18.5 | 0.00 | 2.75 | .867 |
| 6. สถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ | 9.2 | 15.4 | 43.1 | 29.2 | 3.1 | 3.02 | .976 |
| **รวม** | 9.5 | 20.5 | 46.4 | 20.5 | 3.1 | 2.87 | .974 |

## ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของผู้ให้บริการ ระหว่างสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 และระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ในภาพรวมทุกด้านและรายด้านโดยใช้ค่าสถิติทดสอบที ( t-test Statistic )

**การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000 :2000 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1**

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาลสังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 พบว่า ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ และด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.05 ) ส่วนผลลัพธ์การปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.05 ) รายละเอียดตามตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการเป็นรายด้านระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ในภาพรวม

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 22 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 53 | p-value (75) |
|---|---|---|---|
| 1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 3.79 | 3.43 | .073 |
| 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร | 3.57 | 3.40 | .371 |
| 3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ | 3.77 | 3.73 | .055 |
| 4. การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ | 3.73 | 3.30 | .100 |
| 5. ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน | 3.70 | 3.40 | .045 |
| **รวมด้าน 1-5** | 3.69 | 340 | .101 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 เป็นรายข้อพบว่าในเรื่องการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่ายคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ และการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการและมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) ส่วนด้านอื่นๆที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่1 ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 22 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 53 | p-value (75) |
|---|---|---|---|
| **ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ** | | | |
| 1.หน่วยงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรโดย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย | 4.05 | 3.42 | .028 |
| 2.หน่วยงานมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการและมีการนำ แผนไปสู่การปฏิบัติ | 3.73 | 3.47 | .319 |
| 3.มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นลายลักษณ์อักษร | 3.91 | 3.55 | .156 |
| 4.มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการให้บุคลากรทุกระดับรับรู้ | 3.59 | 3.26 | .198 |
| 5.การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ | 3.73 | 3.32 | .007 |
| 6.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการ และมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ | 4.00 | 3.34 | .003 |
| 7.มีการกำหนดแผนผังโครงสร้างองค์กร แสดงความสัมพันธ์หน่วยงานและตำแหน่งหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 3.82 | 3.45 | .152 |
| 8.มีการจัดทำใบพรรณนางาน ( Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 4.05 | 3.68 | .168 |
| 9.มีระบบการตรวจสอบการดำเนินงานในองค์กร | 3.59 | 3.23 | .131 |
| 10.มีการจัดทำงบประมาณ และการบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ | 3.91 | 3.64 | .298 |
| 11.มีการประสานงาน และการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ | 3.45 | 3.32 | .599 |
| 12.มีระบบการประสานงานในการปฏิบัติการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ | 3.64 | 3.43 | .331 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 เป็นรายข้อ พบว่าเรื่องการจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามใบพรรณนางาน (Job description), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) ส่วนด้านอื่นๆที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 22 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 53 | p-value (75) |
|---|---|---|---|
| **ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** | | | |
| 1. การจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตาม ใบพรรณนางาน (Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) | 3.55 | 3.28 | .000 |
| 2. มีการกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมาย รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ | 3.45 | 3.17 | .323 |
| 3. มีระบบการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน | 3.32 | 3.08 | .388 |
| 4. มีระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ | 3.14 | 3.02 | .641 |
| 5. มีการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร | 3.14 | 3.19 | .809 |
| 6. มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ | 3.50 | 3.30 | .361 |
| 7. มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ | 3.77 | 3.36 | .214 |
| 8. ระบบเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล | 3.68 | 3.42 | .292 |
| 9. มีระบบจัดเก็บข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ | 3.50 | 3.47 | .910 |
| 10. มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 3.36 | 3.15 | .354 |

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 22 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 53 | p-value (75) |
|---|---|---|---|
| 11. มีระบบการจัดหาและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอ และมีความพร้อมในการตรวจรักษาตลอดเวลา | 3.77 | 3.51 | .252 |
| 12. มีระบบการบำรุงรักษา และระบบการตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ | 3.77 | 3.38 | .091 |
| 13. มีการจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการ สะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน | 3.86 | 3.62 | .269 |
| 14. มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน | 3.73 | 3.57 | .460 |
| 15. มีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน | 3.77 | 3.79 | .935 |
| 16. มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี | 3.55 | 3.28 | .382 |
| 17. อาคารสถานที่ในการให้บริการ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดีและมีความปลอดภัย | 4.00 | 3.96 | .865 |
| 18. ห้องตรวจโรคและจุดที่ให้บริการ มีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการไหลเวียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และสะดวก | 3.73 | 3.60 | .554 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 เป็นรายข้อพบว่า เรื่องมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) เรื่องมีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย และมีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ส่วนด้านอื่นๆที่เหลือ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 22 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 53 | p-value (75) |
|---|---|---|---|
| **กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ** | | | |
| 1. มีคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ | 3.91 | 3.64 | .169 |
| 2. มีระบบการให้บริการที่ กระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน | 3.59 | 3.42 | .381 |
| 3. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ | 3.59 | 3.40 | .408 |
| 4. มีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ | 3.77 | 3.62 | .474 |
| 5. มีการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพ | 3.59 | 3.09 | .037 |
| 6. มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ | 3.91 | 3.06 | .010 |
| 7. มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย | 3.86 | 3.21 | .027 |
| 8. มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล | 4.00 | 3.75 | .391 |
| 9. มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ | 3.95 | 3.43 | .025 |
| 10.ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | 3.18 | 2.92 | .372 |
| 11.ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการเอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล | 3.82 | 3.64 | .409 |
| 12.ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล | 4.05 | 3.79 | .257 |
| 13.มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการรักษาพยาบาลทุกระดับ | 3.77 | 3.45 | .096 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 เป็นรายข้อพบว่า เรื่องการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ส่วนด้านอื่นๆที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| **การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ** | | | |
| 1. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การป้องกันความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจากการรักษาพยาบาล การป้องกันอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น | 3.86 | 3.49 | .097 |
| 2. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงานเช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน | 4.00 | 3.66 | .083 |
| 3. บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเอง ในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน | 3.50 | 3.28 | .434 |
| 4. มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ | 3.36 | 3.32 | .881 |
| 5. มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ | 3.45 | 3.21 | .378 |
| 6. มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ | 3.91 | 3.45 | .100 |
| 7. มีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงาน อย่างต่อเนื่อง | 4.00 | 3.36 | .016 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 เป็นรายข้อพบว่า เรื่องผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด และสถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ส่วนด้านอื่นๆที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 22 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 53 | p-value (75) |
|---|---|---|---|
| **ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน** | | | |
| 1. ผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด | 3.86 | 3.38 | .046 |
| 2. มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่องแก่คณะกรรมการบริหาร และผู้บริหาร | 3.59 | 3.34 | .351 |
| 3. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน | 3.59 | 3.23 | .137 |
| 4. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติในการรับบริการ | 3.68 | 3.34 | .137 |
| 5. มีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | 3.27 | 3.08 | .454 |
| 6. สถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ | 3.91 | 3.42 | .042 |

**การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000 :2000 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2**

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 พบว่า ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05 ) รายละเอียดตามตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการเป็นรายด้านระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ในภาพรวม

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| 1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 3.39 | 3.07 | .136 |
| 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร | 3.35 | 3.07 | .153 |
| 3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ | 3.19 | 2.98 | .311 |
| 4. การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ | 2.96 | 2.85 | .649 |
| 5. ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน | 2.99 | 2.82 | .455 |
| **รวมด้าน 1-5** | 3.23 | 3.00 | .218 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 เป็นรายข้อ พบว่าเรื่องมีการจัดทำใบพรรณนางาน (Job description),ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน, การจัดทำงบประมาณและการบริหารการเงินและพัสดุ อย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ และการประสานงานการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ส่วนด้านอื่นๆ ที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 23

ตารางที่4.23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| **ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ** | | | |
| 1.หน่วยงานของท่านมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรโดย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย | 3.12 | 3.00 | .709 |
| 2.หน่วยงานของท่านมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และมีการนำ แผนไปสู่การปฏิบัติ | 3.35 | 3.13. | .391 |
| 3.มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นลายลักษณ์อักษร | 3.24 | 2.92 | .255 |
| 4.มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการให้บุคลากรทุกระดับรับรู้ | 3.18 | 2.92 | .342 |
| 5.การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ | 3.06 | 3.08 | .883 |
| 6.มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการ และมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ | 3.12 | 2.83 | .196 |
| 7.มีการกำหนดแผนผังโครงสร้างองค์กร แสดงความสัมพันธ์หน่วยงานและตำแหน่งหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 3.65 | 3.19 | .103 |
| 8.มีการจัดทำใบพรรณนางาน ( Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 3.94 | 3.44 | .023 |
| 9.มีระบบการตรวจสอบการดำเนินงานในองค์กร | 3.29 | 3.13. | .368 |
| 10.มีการจัดทำงบประมาณ และการบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ | 3.94 | 3.31 | .020 |
| 11.มีการประสานงาน และการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ | 3.59 | 3.02 | .035 |
| 12.มีระบบการประสานงานในการปฏิบัติการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ | 3.24 | 2.92. | .213 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 เป็นรายข้อพบว่า เรื่องการจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตาม ใบพรรณนางาน (Job description), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) เรื่องระบบจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และอาคารสถานที่ในการให้บริการมีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี และมีความปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ส่วนในด้านอื่นๆที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| **ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** | | | |
| 1. การจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตาม ใบพรรณนางาน (Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) | 3.35 | 2.73 | .001 |
| 2. มีการกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมาย รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ | 3.18 | 2.85 | .256 |
| 3. มีระบบการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน | 2.82 | 2.88 | .850 |
| 4. มีระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ | 3.35 | 2.98 | .223 |
| 5. มีการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร | 3.18 | 2.63 | .057 |
| 6. มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ | 2.94 | 2.73 | .382 |
| 7. มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ | 3.24 | 3.19 | .881 |

ตารางที่ 4.24 (ต่อ)

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| 8. ระบบเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล | 3.53 | 3.17 | .181 |
| 9. มีระบบจัดเก็บข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ | 3.65 | 3.00 | .020 |
| 10. มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 3.00 | 2.77 | .244 |
| 11. มีระบบการจัดหาและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอและมีความพร้อมในการตรวจรักษาตลอดเวลา | 2.94 | 2.92 | .931 |
| 12. มีระบบการบำรุงรักษา และระบบการตรวจสอบเครื่องมือ | 3.29 | 3.02 | .311 |
| 13. มีการจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการ สะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน | 3.47 | 3.23 | .353 |
| 14. มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน | 3.65 | 3.42 | .379 |
| 15. มีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน | 3.82 | 3.52 | .226 |
| 16. มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี | 3.53 | 3.54 | .965 |
| 17. อาคารสถานที่ในการให้บริการ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี และมีความปลอดภัย | 3.82 | 3.38 | .027 |
| 18. ห้องตรวจโรคและจุดที่ให้บริการมีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการไหลเวียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ | 3.47 | 3.29 | .430 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 เป็นรายข้อพบว่าเรื่องมีคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ คะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) และเรื่องระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและ เวชภัณฑ์เอื้ออำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาลคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารมากกว่าผู้ปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ส่วนในด้านอื่นๆที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| **กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ** | | | |
| 1. มีคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ | 3.71 | 2.96 | .006 |
| 2. มีระบบการให้บริการที่ กระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน | 3.41 | 3.02 | .114 |
| 3. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ | 3.12 | 2.81 | .260 |
| 4. มีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ | 3.29 | 3.08 | .391 |
| 5. มีการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ | 3.24 | 2.88 | .133 |
| 6. มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ | 2.76 | 2.77 | .985 |
| 7. มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย | 2.76 | 2.88 | .720 |
| 8. มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล | 3.41 | 3.33 | .753 |
| 9. มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ | 3.24 | 3.02 | .356 |
| 10. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | 2.41 | 2.71 | .286 |
| 11. ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการเอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล | 3.24 | 3.08 | .558 |
| 12. ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล | 3.71 | 3.08 | .016 |
| 13. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการรักษาพยาบาลทุกระดับ | 3.24 | 3.15 | .715 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ในด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 เป็นรายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกเรื่อง ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.26 และ 4.27

ตารางที่ 4.26 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| **การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ** | | | |
| 1. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การป้องกันความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจากการรักษาพยาบาล การป้องกันอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น | 3.12 | 2.96 | .500 |
| 2. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงานเช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน | 3.12 | 3.19 | 760 |
| 3. บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเอง ในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน | 2.59 | 2.79 | .497 |
| 4. มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ | 2.82 | 2.71 | .705 |
| 5. มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ | 2.71 | 2.79 | .759 |
| 6. มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ | 3.18 | 2.77 | .162 |
| 7. มีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง | 3.18 | 2.75 | .052 |

ตารางที่ 4.27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการรายข้อระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | ผู้บริหาร n = 17 | ผู้ปฏิบัติงาน n = 48 | p-value (65) |
|---|---|---|---|
| **ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน** | | | |
| 1. ผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด | 3.18 | 2.73 | .086 |
| 2. มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่องแก่คณะกรรมการบริหาร และผู้บริหาร | 3.06 | 2.83 | .296 |
| 3. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน | 2.88 | 2.77 | .656 |
| 4. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติในการรับบริการ | 3.00 | 2.90 | .655 |
| 5. มีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | 2.76 | 2.75 | .940 |
| 6. สถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ | 3.24 | 2.94 | .283 |

## ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000_ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 ในภาพรวม ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 มากกว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.01 ) และด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.05 ) รายละเอียดตามตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการในภาพรวมระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | รัฐวิสาหกิจ 1 n = 75 | รัฐวิสาหกิจ 2 n = 65 | p-value 140 |
|---|---|---|---|
| 1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 3.53 | 3.16 | .005 |
| 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร | 3.45 | 3.14 | .013 |
| 3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ | 3.53 | 3.04 | .000 |
| 4. การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ | 3.49 | 2.88 | .000 |
| 5. ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน | 3.40 | 2.86 | .000 |
| **รวมด้าน 1-5** | 3.48 | 3.06 | .000 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 เป็นรายข้อระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกเรื่อง โดยเรื่องการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย, การกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นลายลักษณ์อักษร, มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการและมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ และมีระบบการประสานงานในการปฏิบัติการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) และเรื่องการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการและมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ, การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการให้บุคลากรทุกระดับรับรู้, การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ส่วนเรื่องที่เหลือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | รัฐวิสาหกิจ1 n = 75 | รัฐวิสาหกิจ2 n = 65 | p-value 140 |
|---|---|---|---|
| **ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ** | | | |
| 1. หน่วยงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรโดย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย | 3.60 | 3.03 | .003 |
| 2. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ | 3.55 | 3.18 | .030 |
| 3. มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นลายลักษณ์อักษร | 3.65 | 3.00 | .000 |
| 4. มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้บุคลากรทุกระดับ รับรู้ | 3.36 | 2.98 | .038 |
| 5. การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ | 3.44 | 3.08 | .021 |
| 6. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการ และมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ | 3.53 | 2.91 | .000 |
| 7. มีการกำหนดแผนผังโครงสร้างองค์กร แสดงความสัมพันธ์หน่วยงานและตำแหน่ง หน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | 3.56 | 3.31 | .161 |
| 8. มีการจัดทำใบพรรณนางาน ( Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน | 3.79 | 3.57 | .224 |
| 9. มีระบบการตรวจสอบการดำเนินงานในองค์กร | 3.33 | 3.17 | .300 |
| 10. มีการจัดทำงบประมาณ และการบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและ ตรวจสอบได้ | 3.72 | 3.48 | .150 |
| 11. มีการประสานงานและการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพใน การให้บริการ | 3.36 | 3.17 | .252 |
| 12. มีระบบการประสานงานในการปฏิบัติการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ | 3.49 | 3.00 | .002 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 เป็นรายข้อระหว่างสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร พบว่าเรื่องการจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามใบพรรณนางาน (Jobdescription), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification), มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ, ระบบการจัดหาและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอและมีความพร้อมในการตรวจรักษาตลอดเวลา, การจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการสะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน และอาคารสถานที่ในการให้บริการมีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี และมีความปลอดภัย คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01)

ในเรื่องการประเมินความต้องการฝึกอบรมและของบุคลากร, การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ, ระบบการบำรุงรักษาและระบบการตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ, และห้องตรวจโรคและจุดที่ให้บริการมีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการไหลเวียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05)

ส่วนเรื่องการกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมาย รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ, ระบบการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน, ระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ, มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่, ระบบเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล, ระบบจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ, มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน, และมีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปีและมีการฝึกซ้อมทุกหน่วยงาน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.05 ) รายละเอียดตามตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | รัฐวิสาหกิจ1 n = 75 | รัฐวิสาหกิจ2 n = 65 | p-value 140 |
|---|---|---|---|
| **ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** | | | |
| 1. การจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามใบพรรณนางาน (Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) | 3.36 | 2.89 | .004 |
| 2. มีการกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมาย รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ | 3.25 | 2.94 | 085 |
| 3. มีระบบการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่ บุคลากรในการปฏิบัติงาน | 3.15 | 2.86 | .106 |
| 4. มีระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ | 3.05 | 3.08 | .893 |
| 5. มีการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร | 3.17 | 2.77 | .020 |
| 6. มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ | 3.36 | 2.78 | .001 |
| 7. มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ | 3.48 | 3.20 | .180 |
| 8. ระบบเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล | 3.49 | 3.26 | .163 |
| 9. มีระบบจัดเก็บข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ | 3.48 | 3.17 | .065 |
| 10. มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ | 3.21 | 2.83 | .024 |
| 11. มีระบบการจัดหาและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอและมีความพร้อมในการตรวจรักษาตลอดเวลา | 3.59 | 2.92 | .000 |
| 12. มีระบบการบำรุงรักษา และระบบการตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ | 3.49 | 3.09 | .012 |
| 13. มีการจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการ สะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน | 3.69 | 3.29 | .008 |
| 14. มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน | 3.61 | 3.48 | .364 |
| 15. มีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน | 3.79 | 3.60 | .232 |

ตารางที่ 4.30 (ต่อ)

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | รัฐวิสาหกิจ1 n = 75 | รัฐวิสาหกิจ2 n = 65 | p-value 140 |
|---|---|---|---|
| 16. มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี | 3.36 | 3.54 | .360 |
| 17. อาคารสถานที่ในการให้บริการ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี และมีความปลอดภัย | 3.97 | 3.49 | .001 |
| 18. ห้องตรวจโรค และจุดที่ให้บริการ มีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการไหลเวียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และสะดวก | 3.64 | 3.34 | .029 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 เป็นรายข้อระหว่างสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกเรื่อง โดยที่เรื่อง มีคู่มือการปฏิบัติงานและมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ, มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงานและมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ, มีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ และผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ, มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย, มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล, มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ, ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการเอื้อและอำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล,ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อและอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล และมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการรักษาพยาบาลทุกระดับ คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.01 ) และเรื่องมีระบบการให้บริการที่กระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน, มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ และผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.05)

เรื่องการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพียงเรื่องเดียวที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านกระบวนการบริการ และการดูแลสุขภาพ

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | รัฐวิสาหกิจ 1 n = 75 | รัฐวิสาหกิจ 2 n = 65 | p-value 140 |
|---|---|---|---|
| **กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ** | | | |
| 1. มีคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ | 3.72 | 3.15 | .000 |
| 2. มีระบบการให้บริการที่ กระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน | 3.47 | 3.12 | .014 |
| 3. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงานและมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ | 3.45 | 2.89 | .001 |
| 4. มีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการ และผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ | 3.67 | 3.14 | .001 |
| 5. มีการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ | 3.24 | 2.97 | .078 |
| 6. มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ | 3.31 | 2.77 | .011 |
| 7. มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย | 3.40 | 2.85 | .004 |
| 8. มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล | 3.83 | 3.35 | .003 |
| 9. มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ | 3.59 | 3.08 | .001 |
| 10. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | 3.00 | 2.63 | .042 |
| 11. ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการเอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล | 3.69 | 3.12 | .000 |
| 12. ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล | 3.87 | 3.25 | .000 |
| 13. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการรักษาพยาบาลทุกระดับ | 3.55 | 3.17 | .009 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 เป็นรายข้อระหว่างสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ( p=0.01) ทุกข้อ คือมีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การป้องกันความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจากการรักษาพยาบาลการป้องกันอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น, มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน, บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเองในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน,มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ, มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ, มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ, และมีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ระดับคะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.01 ) รายละเอียดตามตารางที่ 4.32

ตารางที่ 4.32 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ

| **คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ** | **รัฐวิสาหกิจ 1 n = 75** | **รัฐวิสาหกิจ 2 n = 65** | **p-value 140** |
|---|---|---|---|
| **การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ** | | | |
| 1. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การป้องกันความผิดพลาด หรือคลาดเคลื่อนจากการรักษาพยาบาลการป้องกันอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น | 3.60 | 3.00 | .000 |
| 2. มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงานเช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน | 3.76 | 3.17 | .000 |
| 3. บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเองในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน | 3.35 | 2.74 | .001 |
| 4. มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ | 3.33 | 2.74 | .002 |
| 5. มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ | 3.28 | 2.77 | .005 |
| 6. มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ | 3.59 | 2.88 | .000 |
| 7. มีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง | 3.55 | 2.86 | .000 |

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 เป็นรายข้อระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ทุกข้อ คือผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์ และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด, มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องแก่คณะกรรมการบริหารและผู้บริหาร, มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน, มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการรับบริการ และสถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) และเรื่องมีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า คะแนนเฉลี่ยของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p=0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.33 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

| คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ | รัฐวิสาหกิจ 1 n = 75 | รัฐวิสาหกิจ 2 n = 65 | p-value 140 |
|---|---|---|---|
| **ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน** | | | |
| 1. ผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด | 3.52 | 2.85 | .000 |
| 2. มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่องแก่คณะกรรมการบริหาร และผู้บริหาร | 3.41 | 2.89 | .002 |
| 3. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน | 3.33 | 2.80 | .002 |
| 4. มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติในการรับบริการ | 3.44 | 2.92 | .002 |
| 5. มีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | 3.13 | 2.75 | .021 |
| 6. สถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ | 3.56 | 3.02 | .001 |

# บทที่ 5
# สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) แบบศึกษาภาพตัดขวาง (Cross- sectional)เรื่องการวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจ โดยสรุปผลดังนี้

## 1. วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1.1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

1.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ในมุมมองของผู้ให้บริการระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน

1.3 เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ระหว่าง สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2

## 2. วิธีดำเนินการวิจัย

**2.1 ประชากรที่ศึกษา** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 จำนวน 138 คน และบุคลากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 จำนวน 110 คน

**2.2 ขนาดตัวอย่าง** คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ได้จำนวนตัวอย่าง ดังนี้ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1จำนวน 103 คน และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 จำนวน 86 คน

**2.3 เครื่องมือการวิจัย** เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ให้บริการ และลักษณะของสถานพยาบาล

ส่วนที่ 2 ลักษณะคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 จำนวน56 ข้อ

**2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) และนำเครื่องมือไปทดสอบกับบุคลากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจสาธารณูปโภคด้านพลังงาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยวิธี Coefficient Alpha Cronbach Method ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.9768

**2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล** ใช้เวลาเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2547 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงหัวหน้าหน่วยงานของสถานพยาบาลที่ต้องการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากบุคลากรทุกหน่วยงานของสถานพยาบาล และผู้วิจัยเป็นผู้ไปรับแบบสอบถามเองในวันที่กำหนด กรณีที่แบบสอบถามไม่ครบผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามอีกครั้ง ได้รับแบบสอบถามรวมทั้งหมด 140 ฉบับ แบ่งเป็นสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 จำนวน 75 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 72.82 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 จำนวน 65 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 75.58

**2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 โดยใช้ Independent t-test

## 3. สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

**3.1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ให้บริการ และลักษณะของสถานพยาบาล**

***3.1.1 สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1*** บุคลากรมีอายุเฉลี่ย 46.6 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 62.7 ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 81.3 และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 20.17 ปี งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพ น้อยกว่า2% เข้าร่วมโครงการ ISO 9000: 2000 แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง กิจกรรม 5ส., LCM, QC, Internal Control (ตารางที่ 4.1)

***3.1.2 สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2*** บุคลากรมีอายุเฉลี่ย 47.42 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 63.1 ได้รับการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 72.3 และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 22.2 ปี งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพ น้อยกว่า 2 % เข้าร่วมโครงการ กิจกรรม 5 ส. และ QC (ตารางที่ 4.2)

**3.2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ**

3.2.1 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.49 และด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.36, 3.53, 3.53, 3.49 และ 3.40 ตามลำดับ ( ตารางที่ 4.4)

3.2.2 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.06 และด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.16, 3.14, 3.04, 2.88 และ2.87 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.10)

**3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ**

3.3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ที่1 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) คือด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ส่วนอีก 4 ด้านคือ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ,ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร,ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ และด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) (ตารางที่ 4.16)

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน พบว่าทุกด้านไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) (ตารางที่ 4.22)

3.3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพบริการ ระหว่างสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 กับสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.05) ทุกด้าน (ตารางที่ 4.28)

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 พิจารณาเป็นรายข้อพบว่า

**ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ** ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.36

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| การจัดทำใบพรรณนางาน (Job description) และ ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) | 3.79 |
| การจัดทำงบประมาณ การบริหารการเงินและพัสดุ | 3.7 |
| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** | **คะแนนเฉลี่ย** |
| ระบบการตรวจสอบการดำเนินงาน | 3.33 |

**ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| อาคารสถานที่ในการให้บริการ | 3.97 |
| มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อ | 3.79 |
| ระบบการบำรุงรักษา ระบบการตรวจสอบเครื่องมือ | 3.69 |
| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** | **คะแนนเฉลี่ย** |
| ระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถ | 2.99 |

**ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ** ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์ | 3.87 |
| ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการ | 3.83 |

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 3.72

มีคู่มือการปฏิบัติงานและมาตรฐานการรักษาพยาบาล 3.69

การสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 3.67

**เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** **คะแนนเฉลี่ย**

ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล 3.00

**ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ** ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49

**เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** **คะแนนเฉลี่ย**

ระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน 3.76

ระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ 3.60

**เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** **คะแนนเฉลี่ย**

การปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ 3.28

**ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติ** ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.40

**เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** **คะแนนเฉลี่ย**

การให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล 3.56

**เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** **คะแนนเฉลี่ย**

การประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า 3.13

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO9000:2000 ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 พิจารณาเป็นรายข้อพบว่า

**ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการ** ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.16

**เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** **คะแนนเฉลี่ย**

การจัดทำใบพรรณนางาน (Job description) และใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง (Job specification) 3.57

การจัดทำงบประมาณ การบริหารการเงินและพัสดุ 3.48

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพ | 2.91 |

**ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.04

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| การกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน | 3.60 |
| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** | **คะแนนเฉลี่ย** |
| การประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร | 2.77 |

**ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ** ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.53

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล | 3.35 |
| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** | **คะแนนเฉลี่ย** |
| ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | 2.63 |

**ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ** ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| ระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน | 3.17 |
| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** | **คะแนนเฉลี่ย** |
| บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเองในการปฏิบัติงาน | 2.74 |
| มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ | 2.74 |

**ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติ** ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.87

| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง** | **คะแนนเฉลี่ย** |
|---|---|
| การให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล | 3.02 |
| **เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ** | **คะแนนเฉลี่ย** |
| การประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | 2.75 |

## 4. อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์คุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายเป็น 2 ส่วนคือ การอภิปรายระเบียบวิธีวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย

**4.1 การอภิปรายระเบียบวิธีวิจัย**

4.1.1 การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากบุคลากรทุกระดับ คือทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับครอบคลุมจากบุคลากรทุกระดับและทุกหน่วยงาน โดยกลุ่มผู้บริหารเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ และเป็นผู้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่มีคุณภาพ จากแบบสอบถามที่ตอบกลับมีการตอบคำถามครบถ้วนทุกข้อคำถาม

4.1.2 บุคลากรของสถานพยาบาลทั้งสองแห่งต้องเดินทางไปปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลย่อย ๆขององค์กร ทำให้จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด ซึ่งทำให้ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้น

4.1.3 การวิเคราะห์คุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ผู้ประเมินอาจจะให้คะแนนเข้าข้างตนเองมากกว่าความเป็นจริง และเป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบคุณภาพบริการโดยบุคคลภายนอกองค์กร ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมิได้ระบุชื่อหน่วยงานที่ศึกษา

4.1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น ( Reliability ) กับบุคลากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ดำเนินธุรกิจและมีระบบสวัสดิการลักษณะเดียวกัน ซึ่งไม่ใช่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ผลการทดสอบ ค่าความเชื่อมั่นได้ค่า Alpha = 0.9768 ซึ่งถือว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง

**4.2 อภิปรายผลการวิจัย**

***4.2.1 ข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ทั้ง 2 แห่ง***

สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจทั้ง 2 แห่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ บุคลากรมีอายุเฉลี่ย 46-47 ปี ประสบการณ์ในการทำงาน 20-22 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 62-63 งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพบริการน้อยกว่า 2 %

การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 มีจำนวนมากกว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 คือร้อยละ 81.3 และร้อยละ 72.3 ตามลำดับ

การเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 เข้าร่วมโครงการ ISO9000:2000 แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง และเข้าร่วมกิจกรรม 5 ส., LCM, QC, Internal Control ส่วนสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 เข้าร่วมโครงการกิจกรรม 5 ส. QC

### *4.2.2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพบริการ*

คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เป็นการวิเคราะห์คุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการเท่านั้น ซึ่งหากต้องการให้ครอบคลุมทุกด้านสมควรที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติมทั้งในมุมมองของผู้รับบริการ ตามตัวชี้วัดคุณภาพตามหลักวิชาการ และคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพดังเช่นการศึกษาของ เสาวมาศ เถื่อนนาดี (2544) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน37 แห่ง โดยการประเมินคุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการและประชาชน คุณภาพจากตัวชี้วัดคุณภาพตามหลักวิชาการ ตามการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และระบบมาตรฐาน ISO 9002 และคุณภาพที่กำหนดขึ้นตามมาตรฐานวิชาชีพ พบว่าคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.6) อยู่ในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ เป็นรายด้าน

*1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ* เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรเนื่องจากเป็นทิศทางนโยบาย และแรงขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.53 และ3.16 ตามลำดับ จากการศึกษาของ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (2543) ศึกษาการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลปี 2543 ใช้เกณฑ์การประเมินที่ประยุกต์จากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ระบบมาตรฐาน ISO 9002 และ The Malcolm baldrige Award โดยศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน สังกัด กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 303 แห่ง พบว่าภาพรวมด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บริหาร ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 อยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ ภูษิตา อินทรประสงค์ (2542) ที่ศึกษาการทำนายประสิทธิผลการบริหารงานในกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน และองอาจ วิพุธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิรวิศิษฎ์ (2539) ที่ศึกษาการประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนา

คุณภาพการบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM พบว่าความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บริหารทุกระดับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริม และผลักดันให้การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ

จากการศึกษาพบว่าหน่วยงานทั้งสองแห่งให้ความสำคัญกับการกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่ ชัดเจน และมีการจัดทำงบประมาณการบริหารการเงินและพัสดุที่มีประสิทธิภาพมีคะแนนสูงสุด โดยสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 มีการตรวจสอบการดำเนินงานในองค์กรมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ3.33 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการและมีการประชุมทบทวนการจัดการ คุณภาพมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 2.91 อาจเนื่องมาจากการบริหารงานที่ผ่านมาสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรโดยไม่ต้องแข่งขันในด้านราคาและระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการกับสถานบริการอื่นๆ ปัจจุบันรัฐวิสาหกิจทุกแห่งต้องดำเนินงานในเชิงธุรกิจเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข โดยจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบการพัฒนาระบบและการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ และมีการกำหนดมาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับโดยมุ่งเน้นระบบคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย และทัดเทียมกับมาตรฐานสากล การตรวจสอบและการทบทวนผลการดำเนินงาน โดยอาศัยข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนอยู่เสมอเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้บริหารรับรู้ถึงความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และทำให้เกิดโอกาสในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คะแนนเฉลี่ยที่น้อยรองลงมาของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 (3.36 และ 2.98 ตามลำดับ) คือ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการให้บุคลากรทุกระดับรับรู้ ซึ่งพบว่ามีบุคลากรถึงร้อยละ 20 และ 27.7ตามลำดับมีความเห็นว่าหน่วยงานมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเนื่องมาจากแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่รับนโยบายมาจากองค์กรไม่ได้เกิดจากการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในสถานพยาบาลร่วมกัน

*2) ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร* หมายถึง ความพร้อมและเพียงพอของบุคลากร วัสดุอุปกรณ์และอาคารสถานที่ รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยจากการศึกษาพบว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 คุณภาพบริการด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3.45) โดยมีการจัดการด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่สะอาด ร่มรื่น และปลอดภัย มีการระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสียและขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน และมีระบบบำรุงรักษาและระบบตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเข้าร่วมกิจกรรม ISO 9000:2000 ทำให้หน่วยงานมีระบบการบริหารจัดการด้านทรัพยากร (Resource Management) สอดคล้องกับข้อกำหนดของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยมีระบบแรงจูงใจและระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรม การประเมินบรรยากาศที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการทำงาน และการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด คือ 3.05, 3.15 และ 3.17 ตามลำดับ และพบว่าในเรื่องการปฐมนิเทศพนักงานใหม่มีบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 56 มีความเห็นว่าหน่วยงานที่ผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีถึงดีมาก แต่ยังมีบุคลากรอีกถึงร้อยละ13.3 ที่มีความเห็นว่าหน่วยงานไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอน ซึ่งแสดงว่าอาจมีการปฐมนิเทศพนักงานไม่ทั่วถึง

สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 คุณภาพบริการด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (3.14) โดยมีการฝึกอบรมบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวัส ฉัตรไชยสิทธิกูล (2543) ศึกษาแนวทางสร้างเสริมคุณภาพบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตำรวจ ศึกษาจากบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลตำรวจ โดยใช้แนวคิดของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร(TQM) เป็นกรอบในการศึกษา พบว่าความเพียงพอของบุคลากรกับปริมาณงาน การปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงาน การพัฒนาทรัพยากรบุคคล และอุปกรณ์เครื่องใช้มีการตรวจสอบความพร้อมและการบำรุงรักษาอยู่ในระดับปานกลาง แต่การประเมินความต้องการในการฝึกอบรมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และจากการศึกษาของนันทวัน ขำวงษ์ (2541) ได้ศึกษาการวิเคราะห์รูปแบบและแนวทางการพัฒนาการบริหารงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในเขต 1 ตามกรอบแนวคิด 7-S ของแมคคินซีย์ โดยศึกษาในบุคลากรทุกระดับ พบว่าในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการ อบรมเพิ่มพูนความรู้

การฝึกอบรมเป็นการเตรียมความพร้อมในการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจากการศึกษาของวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (2543) พบว่าผู้ให้บริการที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องมากกว่า ผู้ที่ไม่ผ่านการอบรม และจากการศึกษาของประจักร บัวผัน (2545) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน โดยศึกษาจากหัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เนื่องจากความรู้

ในการให้บริการที่ครอบคลุมจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ

จะเห็นได้ว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ มีการจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์ในการในบริการรักษาพยาบาลที่พร้อมและเพียงพอ ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐส่วนใหญ่ ดังเช่นการศึกษาของวรรณดี ศุภวงศานนท์ (2543) ที่ศึกษากิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 86 แห่ง โดยเก็บข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลางเกี่ยวกับทรัพยากรและการจัดการ และในด้านขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ และการศึกษาของเสาวมาศ เถื่อนนาดี (2544) พบว่าโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีสถานที่เพียงพอ เหมาะสม แต่ควรดูแลเพิ่มเติมในเรื่องความสะอาด ถ่ายเทอากาศ และมีเก้าอี้รอตรวจ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ยังไม่เพียงพอ

3) *ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ* เป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ จากผลการศึกษาพบว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจทั้ง 2 แห่งมีกระบวนการบริการโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และในเรื่องมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์และมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ พบว่ามีบุคลากรถึงร้อยละ 32 และ 32.03 ตามลำดับมีความเห็นว่าหน่วยงานมีแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรของหน่วยงานทั้งสองแห่ง ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของผู้รับบริการค่อยข้างน้อย จากการศึกษาของ เสาวมาศ เถื่อนนาดี (2544) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชนโดยการประเมินคุณภาพในมิติคุณภาพของ JCAHO ในมุมมองของผู้รับบริการ ในงานบริการผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการค่อนข้างน้อย จากการศึกษาของประจักษ์ บัวผัน (2545) และโรแลนด์ และคณะ (Roland et.al.2001) พบว่าในการให้บริการนั้นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการเข้าใจทุกขั้นตอนในการให้บริการ เพราะเมื่อเกิดปัญหาจากการให้บริการ ผู้ใช้บริการก็จะสามารถเสนอแนวคิด และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น เพื่อแก้ไข และปรับปรุงกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพในการบริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

*3) ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ* เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับว่าการให้บริการนั้นมีคุณภาพ และปลอดภัย จากการศึกษาพบว่า สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจทั้ง 2 แห่ง มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และมีการประเมินผลคุณภาพในการให้บริการ และการปรับปรุงคุณภาพตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 พบว่าในเรื่องประเมินคุณภาพบริการจากการประเมินตนเอง การปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการประเมินคุณภาพ การประเมินโดยคณะกรรมการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน และการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ มีบุคลากรถึงร้อยละ 40, 40, 35.4 และ 32.3 ตามลำดับมีความเห็นว่าหน่วยงานมีคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพที่พบว่าในเรื่องการตรวจสอบและการทบทวนผลการดำเนินงานและการพัฒนาคุณภาพบริการมีคะแนนน้อยที่สุด

5) *ด้านผลลัพธ์การปฏิบัติ* ผลลัพธ์การปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญในการวัดความสำเร็จของการทำงานจากการศึกษาพบว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจทั้ง 2 แห่งมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล อยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (3.56 และ 3.02ตามลำดับ) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์คุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการดังนั้นสิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ผู้ประเมินอาจจะให้คะแนนเข้าข้างตนเองมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งจากการศึกษาของ เสาวมาศ เถื่อนนาดี (2544) ที่ศึกษาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 37 แห่ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตจากสถานการณ์จริง ศึกษาเอกสาร สัมภาษณ์และประชุมหาข้อสรุปกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล พบว่าคะแนนการจัดระบบบริการตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพค่อนข้างต่ำ

จากการศึกษาพบว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจทั้ง2 แห่งมีการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และมีบุคลากรของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 และสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 ถึงร้อยละ 21.3 และ 33.8 ตามลำดับที่เห็นว่าหน่วยงานมีการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าอยู่ในระดับต่ำ

### *4.2.3 การเปรียบเทียบคุณภาพบริการ*

*1) การเปรียบเทียบคุณภาพบริการระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน*

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่1 ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p=0.05) คือด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด และสถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ อาจเนื่องมาจากบุคลากรระดับบริหารเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ และเป็นผู้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และรับรู้ถึงผลลัพธ์การดำเนินงานได้ครอบคลุมกว่าในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าหน่วยงานมีการเผยแพร่นโยบายในการพัฒนาคุณภาพค่อนข้างต่ำ

*2) การเปรียบเทียบคุณภาพบริการระหว่างสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่1 กับ สถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2* จากการศึกษาพบว่าสถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 1 มีระดับคุณภาพบริการตามระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9000 : 2000 สูงกว่าสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=.005)ในทุกด้าน อาจเนื่องมาจากสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจที่ 1 บุคลากรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาบริการมีจำนวนมากกว่า นอกจากนั้นยังเข้าร่วมโครงการ ISO 9000: 2000 ตั้งแต่ปี 2546 บุคลากรย่อมมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระบบมาตรฐานคุณภาพมากขึ้น มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้น การดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการและผลการปฏิบัติงานจึงมีหลักฐานที่ชัดเจนและมีระดับมีคุณภาพบริการสูงกว่า สถานพยาบาล สังกัดรัฐวิสาหกิจที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล ชุณหเพสย์ (2543) ศึกษาการประเมินประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาลวิภาวดี โดยศึกษาในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่าเจ้าหน้าที่มีความเห็นด้วยมาก เมื่อปฏิบัติตามระบบคุณภาพ ISO 9002 แล้วผู้ปฏิบัติงานจะได้รับความสะดวกในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน ไม่ทำงานซ้ำซ้อน ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วณิศรา นราการ ศึกษาประสิทธิผลการนำระบบบริหารคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาลแม่และเด็ก และฝ่ายบริหารงานทั่วไปของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 1 ภายหลังการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้พบว่า มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ได้รับการตรวจสอบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีคุณภาพอยู่เสมอ มีการประสานงานระหว่างลหน่วยงาน และมีการพัฒนาตนเองและทีมงานเพิ่มขึ้น และการศึกษาของพรพิมล โกพุฒน้อย (2544) ที่ศึกษาการประยุกต์แนวคิดการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ(TQM) ในงานพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในเขต 4 โดยศึกษาในบุคลากรผู้ให้บริการทุกระดับพบว่าความรู้เกี่ยวกับความหมายของการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ มีผลต่อแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์

# 5. ข้อเสนอแนะ

## 5.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาการวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ พบว่าเรื่องที่ควรปรับปรุงและพัฒนาเพิ่มเติมของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจทั้ง 2 แห่ง ประกอบด้วย

5.1.1 สถานพยาบาลควรมีการกำหนดโครงสร้าง นโยบาย และทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ และมีกลไกในการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.1.2 สถานพยาบาลควรมีแผนในการพัฒนาบุคลากร โดยการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และเกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรอย่างต่อเนื่อง

5.1.3 สถานพยาบาลควรให้บริการโดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการรับบริการและการพัฒนาคุณภาพ และมีการสื่อสารเพื่อให้ผู้รับบริการทราบถึงสิทธิผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับความต้องการและเป็นไปตามสิทธิของผู้ป่วย

5.1.4 สถานพยาบาลควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิผลสูงสุด และเป็นการลดต้นทุน

5.1.5 สถานพยาบาลควรส่งเสริมให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะที่จะก่อเกิดความก้าวหน้าในการดำเนินกิจการไปสู่เป้าหมายขององค์การ

## 5.2 ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อไป

5.2.1 การวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพบริการในมุมมองของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น

5.2.2 การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ ทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

5.2.3 การศึกษาปัจจัยและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

# ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

| | |
|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สุชาติ อินทรประสิทธิ์ | ที่ปรึกษาคณบดีด้านการพัฒนาคุณภาพงาน<br>คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 2. นายแพทย์สิน เศรษฐวรวิจิตร | ผู้อำนวยการฝ่ายสวัสดิการ<br>ฝ่ายสวัสดิการ การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค |
| 3. อาจารย์ ธิดา ศุภโรจน์ | หัวหน้างานผู้ป่วยนอก<br>สถาบันโรคทรวงอก นนทบุรี |

-

**ภาคผนวก ข**

แบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

# แบบสอบถามเรื่อง

## การวิเคราะห์คุณภาพบริการสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดระบบ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน โดยการประเมินตนเองของผู้ให้บริการ

2. โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจต่อไป ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและหน่วยงานของท่าน

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

( นางบังอร วรรณศิริ )

ผู้วิจัย

## ส่วนที่ 1
## ข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง**

โปรดทำเครื่องหมายถูก ( ) หน้าข้อความ หรือกรอกข้อความแต่ละข้อตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ …….. ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

   π ปริญญาตรี π ปริญญาโท π ปริญญาเอก

   π อื่นๆ (โปรดระบุ )…….
3. ประสบการณ์ในการทำงานที่สถานพยาบาลที่ท่านสังกัด ….…… ปี
4. ตำแหน่งปัจจุบัน ( โปรดระบุ ) ……
5. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการหรือไม่

   π เคย π ไม่เคย

   ในกรณีที่เคย โปรดระบุ ชื่อหลักสูตร ……

   จำนวนหลักสูตรที่เข้ารับการฝึกอบรม ……หลักสูตร

**( ข้อ 6-9 เฉพาะผู้อำนวยการสถานพยาบาล )**

6. สถานพยาบาลของท่านมีผู้ป่วยนอกมารับบริการวันละประมาณ …… คน
7. ∪ จำนวนแพทย์ที่ให้การรักษาพยาบาล …….. คน

   ∪ จำนวนพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาล …….. คน

   ∪ จำนวนบุคลากรอื่นที่ให้การสนับสนุนการรักษาพยาบาล …….. คน
8. งบประมาณที่หน่วยงานได้รับในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยประมาณการจากงบประมาณทั้งหมดของหน่วยงานท่าน

   π น้อยกว่า 2 % π 2 – 5 % π มากกว่า 5 %
9. ปัจจุบันสถานพยาบาลของท่านเข้าร่วมโครงการใดหรือไม่ ( ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

   π ไม่เข้าร่วมโครงการ

   π เข้าโครงการ HA แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง

   π เข้าโครงการ ISO แต่ยังไม่ได้รับการรับรอง

   π ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว

   π ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ISO แล้ว

   π อื่น ๆ ( โปรดระบุ ) ……

## ส่วนที่ 2

### แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดระบบ กระบวนการปฏิบัติ และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ โดยการประเมินตนเองของผู้ให้บริการประกอบด้วย คำถาม 5 ด้าน คือ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ด้านการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

2. กรุณากาเครื่องหมาย ( ) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงตามหลักฐานประกอบการประเมินโดยมีเกณฑ์ ดังนี้

5 หมายถึง มีหลักฐานที่ชัดเจนและมีผลการปฏิบัติเป็นเลิศ

4 หมายถึง มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับดี

3 หมายถึง มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีหลักฐานที่มีผลการปฏิบัติระดับเล็กน้อย

1 หมายถึง ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกรูปแบบการปฏิบัติที่แน่นอนหรือเป็นทางการ

| ลำดับที่ | หัวข้อการประเมิน | ระดับการประเมินที่มีหลักฐานการแสดงถึงการปฏิบัติ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | หน่วยงานของท่านมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรโดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่าย | | | | | |
| 2. | หน่วยงานของท่านมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ | | | | | |
| 3. | มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นลายลักษณ์อักษร | | | | | |
| 4. | มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้บุคลากรทุกระดับรับรู้ | | | | | |
| 5. | การกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ | | | | | |
| 6. | มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพเป็นทางการ และมีการประชุมทบทวนระบบการจัดการคุณภาพสม่ำเสมอ | | | | | |
| 7. | มีการกำหนดแผนผังโครงสร้างองค์กร แสดงความสัมพันธ์หน่วยงานและตำแหน่งหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | | | | | |
| 8. | มีการจัดทำใบพรรณนางาน ( Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) ของบุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร ชัดเจน | | | | | |
| 9. | มีระบบการตรวจสอบการดำเนินงานในองค์กร | | | | | |
| 10. | มีการจัดทำงบประมาณ และการบริหารการเงินและพัสดุอย่างเป็นระบบและตรวจสอบได้ | | | | | |
| 11. | มีการประสานงาน และการทำงานเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการให้บริการ | | | | | |
| 12. | มีระบบการประสานงานในการปฏิบัติการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ | | | | | |
| 13. | มีการจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตาม ใบพรรณนางาน (Job description ), ใบงานที่ระบุเฉพาะตำแหน่ง ( Job specification ) | | | | | |

| ลำดับที่ | หัวข้อการประเมิน | ระดับการประเมินที่มีหลักฐานการแสดงถึงการปฏิบัติ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | มีการกำหนดอัตรากำลังสอดคล้องกับกฎระเบียบ/กฎหมาย รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพ | | | | | |
| 15. | มีระบบการประเมินบรรยากาศในการทำงานที่สร้างความพึงพอใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน | | | | | |
| 16. | มีระบบแรงจูงใจ และระบบตอบแทนความสามารถที่เป็นธรรมแก่บุคลากรทุกระดับ | | | | | |
| 17. | มีการประเมินความต้องการฝึกอบรมของบุคลากร | | | | | |
| 18. | มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ | | | | | |
| 19. | มีการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ | | | | | |
| 20. | ระบบเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ของข้อมูล | | | | | |
| 21. | มีระบบจัดเก็บข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ | | | | | |
| 22. | มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ | | | | | |
| 23. | มีระบบการจัดหาและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอและมีความพร้อมในการตรวจรักษาตลอดเวลา | | | | | |
| 24. | มีระบบการบำรุงรักษา และระบบการตรวจสอบเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ | | | | | |
| 25. | มีการจัดสิ่งแวดล้อมของสถานที่ในการให้บริการสะอาด ร่มรื่น สวยงาม มีป้ายบอกทางชัดเจน | | | | | |
| 26. | มีระบบการจัดการของเสีย/น้ำเสีย และขยะติดเชื้อที่เป็นไปตามมาตรฐาน | | | | | |
| 27. | มีการกำหนดแผนป้องกันอัคคีภัยทุกหน่วยงาน | | | | | |
| 28. | มีการฝึกซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี | | | | | |
| 29. | อาคารสถานที่ในการให้บริการ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศดี และมีความปลอดภัย | | | | | |

| ลำดับที่ | หัวข้อการประเมิน | ระดับการประเมินที่มีหลักฐานการแสดงถึงการปฏิบัติ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. | ห้องตรวจโรค และจุดที่ให้บริการมีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการไหลเวียนผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและสะดวก | | | | | |
| 31. | มีคู่มือการปฏิบัติงาน และมาตรฐานการรักษาพยาบาลครอบคลุมงานให้บริการ | | | | | |
| 32. | มีระบบการให้บริการที่ กระชับ ลดขั้นตอนและไม่ซับซ้อน | | | | | |
| 33. | มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคู่มือการปฏิบัติงานและมาตรฐานการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ | | | | | |
| 34. | มีการสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ | | | | | |
| 35. | มีการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ | | | | | |
| 36. | มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการเผยแพร่ให้ผู้ป่วยทราบ | | | | | |
| 37. | มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย | | | | | |
| 38. | มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล | | | | | |
| 39. | มีระบบการให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ | | | | | |
| 40. | ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล | | | | | |
| 41. | ระบบการตรวจของห้องปฏิบัติการเอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อการรักษาพยาบาล | | | | | |
| 42. | ระบบบริการทางด้านเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์เอื้อ และอำนวยความสะดวกต่อบริการรักษาพยาบาล | | | | | |
| 43. | มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยบริการรักษาพยาบาลทุกระดับ | | | | | |
| 44. | มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ เช่น การป้องกันความผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนจากการรักษาพยาบาล การป้องกันอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น | | | | | |

| ลำดับที่ | หัวข้อการประเมิน | ระดับการประเมินที่มีหลักฐานการแสดงถึงการปฏิบัติ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. | มีระบบการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน | | | | | |
| 46. | บุคลากรทุกระดับมีการประเมินผลตนเองในการปฏิบัติงานจากคู่มือการปฏิบัติงาน | | | | | |
| 47. | มีคณะกรรมการทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงานประเมินคุณภาพในการให้บริการ | | | | | |
| 48. | มีการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการประเมินคุณภาพ | | | | | |
| 49. | มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นทางการ | | | | | |
| 50. | มีการนำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| 51. | ผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลเป็นไปตามแผนกลยุทธ์ และบรรลุเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนด | | | | | |
| 52. | มีการรายงานผลการประเมินคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่องแก่คณะกรรมการบริหารและผู้บริหาร | | | | | |
| 53. | มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อหน่วยงาน | | | | | |
| 54. | มีการรายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการรับบริการ | | | | | |
| 55. | มีการคำนวณการประเมินผลการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า | | | | | |
| 56. | สถานพยาบาลมีการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ | | | | | |

] ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ และสละเวลาอันมีค่าของท่าน ในการตอบแบบสอบถาม ]

# ภาคผนวก ค.

การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ 1-ค ค่าสัมประสิทธิความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการวิเคราะห์คุณภาพบริการของสถานพยาบาล สังกัด รัฐวิสาหกิจ

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

| Scale | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Correcteed Item Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---|---|---|---|---|
| T01 | 168.1667 | 1207.3161 | .7246 | .9763 |
| T02 | 167.8000 | 1220.0966 | .6640 | .9764 |
| T03 | 167.5000 | 1212.2586 | .7597 | .9762 |
| T04 | 168.0000 | 1224.8276 | .6093 | .9765 |
| T05 | 168.1333 | 1212.8092 | .7964 | .9761 |
| T06 | 168.4333 | 1203.3575 | .8090 | .9760 |
| T07 | 167.8000 | 1208.6483 | .7541 | .9762 |
| T08 | 167.6333 | 1220.2402 | .6563 | .9764 |
| T09 | 167.9000 | 1206.0931 | .8152 | .9760 |
| T10 | 167.8000 | 1228.9931 | .6034 | .9765 |
| T11 | 167.9667 | 1213.2747 | .7919 | .9761 |
| T12 | 167.8667 | 1210.4644 | .7688 | .9760 |
| T13 | 167.9667 | 1211.1368 | .7688 | .9761 |
| T14 | 167.7000 | 1231.0448 | .5746 | .9766 |
| T15 | 168.6000 | 1223.0759 | .6348 | .9765 |
| T16 | 168.4333 | 1218.5989 | .7485 | .9762 |
| T17 | 167.8667 | 1208.5333 | .8227 | .9760 |
| T18 | 168.1333 | 1222.9471 | .6996 | .9763 |
| T19 | 167.7667 | 1216.9437 | .5902 | .9766 |
| T20 | 167.5667 | 1225.3575 | .7448 | .9763 |
| T21 | 167.7333 | 1218.4092 | .7530 | .9762 |
| T22 | 168.3000 | 1218.9069 | .8283 | .9761 |

ตารางที่ 1ค (ต่อ)

| Scale | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Correcteed Item Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---|---|---|---|---|
| T23 | 167.4333 | 1229.8402 | .6982 | .9764 |
| T24 | 167.3667 | 1214.7230 | .7282 | .9762 |
| T25 | 167.6333 | 1233.6885 | .6053 | .9765 |
| T26 | 167.7667 | 1228.7368 | .5755 | .9766 |
| T27 | 167.4333 | 1233.7023 | .5626 | .9766 |
| T28 | 167.8000 | 1254.5793 | .1775 | .9775 |
| T29 | 167.3333 | 1243.5402 | .6272 | .9766 |
| T30 | 167.7000 | 1247.3897 | .4213 | .9769 |
| T31 | 167.6333 | 1233.1368 | .6152 | .9765 |
| T32 | 167.7000 | 1230.5621 | .7711 | .9763 |
| T33 | 167.8333 | 1212.1437 | .7877 | .9761 |
| T34 | 168.1333 | 1219.7057 | .6475 | .9764 |
| T35 | 167.8667 | 1229.9126 | .5589 | .9766 |
| T36 | 168.3000 | 1234.7690 | .3778 | .9772 |
| T37 | 168.1333 | 1237.5678 | .4018 | .9770 |
| T38 | 167.5333 | 1228.8782 | .6159 | .9765 |
| T39 | 168.1333 | 1243.2230 | .5957 | .9766 |
| T40 | 168.5333 | 1224.9471 | .5640 | .9767 |
| T41 | 167.7000 | 1233.3897 | .6247 | .9765 |
| T42 | 167.3333 | 1241.1264 | .5704 | .9766 |
| T43 | 167.8000 | 1242.9241 | .4016 | .9769 |
| T44 | 167.8000 | 1241.6828 | .3863 | .9770 |
| T45 | 167.9333 | 1225.0299 | .7173 | .9763 |
| T46 | 168.2667 | 1223.6506 | .6588 | .9764 |

ตารางที่ 1ค (ต่อ)

| Scale | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Correcteed Item Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
|---|---|---|---|---|
| T47 | 168.0000 | 1213.3103 | .7511 | .9762 |
| T48 | 168.0667 | 1212.2713 | .7445 | .9762 |
| T49 | 168.3000 | 1207.3207 | .7077 | .9763 |
| T50 | 168.1000 | 1210.9897 | .8045 | .9761 |
| T51 | 167.6667 | 1230.1609 | .6758 | .9764 |
| T52 | 167.9667 | 1217.9644 | .6735 | .9764 |
| T53 | 168.2667 | 1227.3057 | .5599 | .9766 |
| T54 | 168.5333 | 1220.7402 | .6889 | .9763 |
| T55 | 168.5000 | 1220.6034 | .6896 | .9763 |
| T56 | 167.6000 | 1234.8000 | .7065 | .9764 |

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 56

Alpha = .9768

# บรรณานุกรม

# บรรณานุกรม


กฤษฎ์ อุทัยรัตน์ (2542) *คู่มือปฏิบัติการจริงสู่การรับรองมาตรฐานโลก ISO 9002* งานบริการพิมพ์ ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น)

————. *ผ่าประเด็น เค้นข้อกำหนด ISO 9001 Y2K* กรุงเทพมหานคร สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น)

กัลยา วานิชย์บัญชา (2540) *การวิเคราะห์ สถิติเพื่อการตัดสินใจ* กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จินตนา ธนวิบูลย์ชัย (2545) "การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย " ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 6 หน้าที่ 88-89 นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2541) “การรับรองโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา ใน: มีใจ มีคุณภาพ” ใน *เอกสารประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)* วันที่ 6-7 สิงหาคม 2541 ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร กรุงเทพมหานคร

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (2543) *เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ชนินทร ชมจินดา (2541) “การนำระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 9002 มาใช้ในการปฏิบัติงาน ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ช่วยผู้จัดการ สาขาธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(รัฐศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ธีระพันธ์ พลมณี (2544) *การจัดทำระบบบริหารคุณภาพตามมาตรฐานสากล ISO 9001 – 2000* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง

ธงชัย บรรจงกาลกุล (2545) “ประเมินการนำระบบมาตรฐานสากล ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาลนครธน” ภาคนิพนธ์การศึกษาตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏสวนดุสิต

นันทนัช พัฒนวรวงศ์ (2544) “ประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีบริษัทโรงพยาบาลนนทเวช จำกัด (มหาชน)” สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารองค์การ มหาวิทยาลัยเกริก

เนาวรัตน์ เกิดกาญจน์ (2540) " ศึกษาการสื่อสารในองค์การกับการยอมรับระบบคุณภาพ ISO 9000 ของบริษัทแอร์พอร์ต กราวด์ เซอร์วิสเซส จำกัดและบริษัทบริการเชื้อเพลิงการบิน จำกัดมหาชน" วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต (นิเทศศาสตร์พัฒนาการ) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรจง จันทมาศ (2546) *ระบบบริหารคุณภาพ ISO 9000:2000 กรุงเทพมหานคร*.สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.

ประจักร บัวผัน (2545) "การพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พรพิมล ชุณหเพสย์ (2543) " การประเมินประสิทธิผลของการนำระบบคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในโรงพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลวิภาวดี" วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารองค์กร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกริก

พัชรี ตันศิริ (2541) "การประกันคุณภาพการบริการพยาบาล" *สารสภาการพยาบาล* (กรกฎาคม- กันยายน) : 8-15

ภูษิตา อินทรประสงค์ (2542) "การทำนายประสิทธิผลบริหารงานในกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน" *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง* 15 (ตุลาคม-พฤศจิกายน) : 29-41

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2545) *การจัดการคุณภาพ : จาก TQC ถึง TQM, ISO 9000 และ* การประกันคุณภาพ กรุงเทพมหานคร บพิธการพิมพ์

วณิศรา นรการ (2543) "การจัดทำระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9002 มาใช้ในการปฏิบัติงาน : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลแม่และเด็ก และฝ่ายบริหารงานทั่วไปของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต1" สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารองค์การ มหาวิทยาลัยเกริก

วิชาญ เกิดวิชัย (2547) "คุณภาพในบริการสุขภาพ" ใน *การวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล* หน่วยที่ 12 หน้า 10-14,28-30 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2541) *การบริหารงานแบบคุณภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร เอเชียเพรส

———— . (2544) *คุณภาพ คือ การปรับปรุง* กรุงเทพมหานคร เอเชียเพรส

———— . (2544) *ISO 9000 : 2000* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ ส.ส.ท.

วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (2543) “การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ปี 2543” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรมหาวิทยาลัย

วีระพงษ์ เฉลิมจิรัตน์ (2539) *คู่มือพัฒนาระบบคุณภาพสู่มาตรฐาน ISO 9000* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร นำอักษรการพิมพ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2442) *โรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบใหม่* กรุงเทพมหานคร ฮีร์

สภาการพยาบาล (2541) *กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์* กรุงเทพมหานคร เดอะเบสกราฟิกแอนปริ๊นซ์

สมชาติ โตรักษา (2541) “โรงพยาบาลคุณภาพ” ใน *เอกสารวิชาการ ชุดที่ 8 สมาคมนักบริหารแห่งประเทศไทย* กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล

สมัย อาภาภิรม (2540) *จากความป่วยไข้ ถึง แนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ* โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ดีไซด์

สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล (2543) *ISO 9002 สำหรับโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

————.*คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).

สุธี สมุทรประภูติ (2540) “ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับมาตรฐาน ISO 9000 ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ บริษัทสยามกลการและนิสสัน จำกัด.” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เสาวมาศ เถื่อนนาดี (2545) “การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2540) *ขั้นตอนการทำกิจกรรมคุณภาพ* สถาบันวิจัยสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สหมิตรออฟเซท

————.*การวิจัยการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ* นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

————.*การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาล* นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

องอาจ วิพุธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิรวิศิษฏ์ (2539) “การสถาปนา TQMใน โรงพยาบาลรัฐตอนจุดร่วมและภาพรวม” *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 4 (มีนาคม-เมษายน) : 148-157.

อำพล จินดาวัฒนะและคณะ ( 2541) *สถานการณ์กำลังคนของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2541* สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี ยุทธรินทร์การพิมพ์

CCHSA. (1999). “Indicators Consultation Results of a National Survey”. Canadian on Health Service Accreditation. Retrieved October 20, 2004, from http://www.cchsa.ca/perf.ind/pi

Chen, JS. (1998). “Laboratory Medicine in Taiwan.” *Rinsho Byori Japaness Journal of Clinical Pathology.* 46,7 (July) : 495-498.

Crossb,P.B. (1979). *Quality is free*. New York : McGraw-Hill.

Dickens, Pual. (1994). *Quality and Excellent in Human Services*. New York : John welly & son.

Diennemsnn, J.A. (1990). *Nursing administration strategic perspectives and application.* Connecticut : Appleton & Lang.

Donabedian A. (1980). Exploration in Quality Assessment and Monitoring :The Definition of Quality and approaches to its Assessment. Am. Arbor. MI., Vou Health Administrator Press.

Erbault M. et. AL.(2001). “Evaluation of 60 Continuous Quality Improvement Projects in French Hospital.” *International Journal for Quality in health Care* 2 : 89-97

Fiegenbaum, A.V. (1986). *Total Quality Control.* Singapore : Mc. Grow – Hill Book Company G

Gronroos, C. (1990). *Service management and marketing*. New York: McGraw-Hall.

Han, MC. (1997). “New Horizon in Quality Care…Asian Perspective.” *World Hospital And Health Services*. 33,2 (February) : 8-13.

JCAHO. (1989). “National Library. of Health Indicators ( NLHI ).” . *Joint Commission on Accreditation of Health care Organization* ; USA. Retrieved October 20, 2005, from http://www.jcaho.org.

Johnson, P.L. (1993). *ISO 9000: Meeting the new international standards*. New York: McGraw-Hill.

Juran, J.M. (1992). *Juran on Quality by Design*. New York.: The free Press.

Kennedy, MP. (1998). "Implementation of quality Improvement Methodology and the Medical Profession." *Journal of Quality in Clinical Practice*. 18,2 (March-April) : 143-150.

Larrabee, J.H. (1995). The changing role of the consumer in health care quality. *Journal of Nursing Care Quality*. 9,2 ( April-June) : 8-15.

Omachonu, V.K. (1990). "Quality of Care and Patient." *New criteria for evaluation Health Care Management Review*.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1985). "A conceptual model of service quality and its Implications for research." *Journal of market*, 49,8 (September - October) : 79-81.

Roland M. et. AL. (2001). " Clinical governance : a convincing strategy for quality improvement." *National Primary care research and development Center*. University of Manchester, UK.

Shaw, C. (1998). "Hospital Accreditation in Europe." *World Hospital and Health Services* . 34 ,1 (January) : 25-30.

# ประวัติผู้วิจัย

| | |
|---|---|
| **ชื่อ** | นางบังอร วรรณศิริ |
| **วัน เดือน ปีเกิด** | วันที่ 11 พฤษภาคม 2502 |
| **สถานที่เกิด** | อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี |
| **ประวัติการศึกษา** | วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)<br>มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2524<br>สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)<br>มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2544 |
| **สถานที่ทำงาน** | การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร |
| **ตำแหน่ง** | หัวหน้าแผนกปฐมพยาบาลและผ่าตัด ระดับ 8 |