

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล



ผลการวิเคราะห์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 712 แห่ง โดยการส่งแบบสอบถาม ทางไปรษณีย์ การวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ตอบกลับจำนวน 393 แห่ง

ผลการวิเคราะห์จำแนกออกเป็นส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับของแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

- 3.1 การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ
- 3.2 เหตุผลในการเลือกหรือไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ
- 3.3 ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ
- 3.4 การอบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ
- 3.5 การประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ
- 3.6 เหตุผลของการทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว
- 3.7 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลใน 2 ปีข้างหน้า
- 3.8 การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการจำแนกตามระยะเวลา
- 3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและจำนวนเตียง
- 3.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและจำนวนบุคลากร

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

แบบสอบถามได้ส่งไปให้ผู้อำนวยความสะดวกหรือรักษาการผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาล จำนวน 712 แห่ง โดยมีอัตราตอบกลับของแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 55.20

การตอบกลับของแบบสอบถามเมื่อแบ่งตามเขตสาธารณสุขจำนวน 12 เขต พบว่า เขตสาธารณสุขที่ 3 มีอัตราตอบกลับมากที่สุดร้อยละ 71.15 และไม่มีความแตกต่างของการตอบกลับอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.52$) เมื่อแบ่งการตอบกลับของแบบสอบถามตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไปมีอัตราตอบกลับร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 90 เตียงมีอัตราตอบกลับร้อยละ 73.08 โดยมีความแตกต่างของการตอบกลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และการตอบกลับของแบบสอบถามตามภาค พบว่า ภาคกลางมีอัตราตอบกลับของแบบสอบถามมากที่สุด ร้อยละ 58.24 ซึ่งไม่พบความแตกต่างของการตอบกลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.57$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับของแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด	การตอบกลับ		อัตราตอบกลับ (ร้อยละ)
		จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลแบ่งตามเขตสาธารณสุข				
เขต 1	36	14	3.56	38.89
เขต 2	39	21	5.34	53.85
เขต 3	52	37	9.42	71.15
เขต 4	43	27	6.88	62.79
เขต 5	79	50	12.72	63.29
เขต 6	94	48	12.21	51.07
เขต 7	81	46	11.70	56.79
เขต 8	42	17	4.33	40.48
เขต 9	52	33	8.40	63.46
เขต 10	66	34	8.65	51.52
เขต 11	65	32	8.14	49.23
เขต 12	63	34	8.65	53.97
รวม	712	393	100.00	55.20
		χ^2 -test	(df=11)	: p=0.52
ขนาดโรงพยาบาลตามจำนวนเตียง				
10 เตียง	102	39	9.92	32.24
30 เตียง	422	223	56.74	52.84
60 เตียง	125	82	20.87	65.60
90 เตียง	52	38	9.67	73.08
120 เตียง	11	11	2.80	100.00
รวม	712	393	100.00	55.20
		χ^2 -test	(df=4)	: p<0.01

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของการตอบกลับของแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด	การตอบกลับ		อัตราตอบกลับ (ร้อยละ)
		จำนวน	ร้อยละ	
สถานที่ตั้งโรงพยาบาล				
1.ภาคเหนือ	160	84	21.37	52.50
2.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	254	144	25.19	56.66
3.ภาคกลาง	170	99	36.64	58.24
4.ภาคใต้	128	66	16.79	51.56
รวม	712	393	100.00	55.20
		χ^2 - test (df=3) : p=0.57		

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชายร้อยละ 75.8 เพศหญิงร้อยละ 24.2 การศึกษาส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถาม คือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.9 และมีตำแหน่ง เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 55.7 อายุงานอยู่ในช่วง 1- 31 ปี ส่วนใหญ่มีอายุงานอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.46 โดยอายุงานเฉลี่ยเท่ากับ 11.27 ปี (S.D. 6.80) และมีอายุงานในตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการผู้อำนวยการอยู่ในช่วง 1 เดือน – 28 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.82 โดยมีค่าเฉลี่ย คือ 5.89 ปี (S.D. 5.67) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศผู้ตอบแบบสอบถาม		
เพศชาย	298	75.80
เพศหญิง	95	24.20
รวม	393	100.00
การศึกษา		
ปริญญาตรี	255	64.90
ปริญญาโทหรือเทียบเท่า	119	30.30
ปริญญาเอกหรือเทียบเท่า	19	4.80
รวม	393	100.00
ตำแหน่ง		
ผู้อำนวยการ	219	55.70
รักษาการผู้อำนวยการ	138	35.10
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	9	2.30
อื่นๆ	27	6.90
รวม	393	100.00
ระยะเวลารับราชการ		
1.น้อยกว่า 5 ปี	109	28.46
2.5 – 10 ปี	65	16.96
3.11 – 15 ปี	93	24.28
4.15 – 20 ปี	82	21.41
5.20 ปี ขึ้นไป	34	8.88
รวม	383	10.00
Mean = 11.27 SD = 6.80	Median = 11.00	Min – Max = 1 - 31

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลารับราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการผู้อำนวยการ		
1.น้อยกว่า 5 ปี	204	59.82
2.5 – 10 ปี	69	20.23
3.11 – 15 ปี	43	12.61
4.15 – 20 ปี	19	5.57
5.20 ปี ขึ้นไป	6	1.76
รวม	341	100.00
Mean = 5.89 SD = 5.67	Median = 4.00	Min – Max = 0.1 – 28.0

ข้อมูลในเรื่องของตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ผู้ตอบส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.85 อยู่ในตำแหน่งรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่วนในโรงพยาบาลขนาด 30,60,90 และ 120 เตียงขึ้นไป ร้อยละ 50.22, 74.39, 60.53 และ 63.64 อยู่ในตำแหน่งผู้อำนวยการ นอกจากตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วยังมีหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและบุคลากรอื่นๆในโรงพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

ข้อมูล	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				
	10	30	60	90	120
ตำแหน่งปัจจุบัน					
1.ผู้อำนวยการ	16 (41.03)	112 (50.22)	61 (74.39)	23 (60.53)	7 (63.64)
2.รักษาการผู้อำนวยการ	21 (53.85)	89 (39.91)	17 (20.73)	7 (18.42)	4 (36.36)
3.หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาล	1 (2.56)	6 (2.69)	2 (2.44)	0 (0.00)	0 (0.00)
4.อื่นๆ	1 (2.56)	16 (7.17)	2 (2.44)	8 (21.05)	0 (0.00)
รวม	39	223	82	38	11

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของผู้ตอบแบบสอบถาม เมื่อแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล 10,30,60,90 และมากกว่า 120 เตียง ส่วนใหญ่จะเป็นทีมนำในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ ร้อยละ 46.15,47.98,47.56,42.11 และ 45.45 ตามลำดับ ผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบในโรงพยาบาลขนาด 30,60 และ 90 เตียง มีร้อยละ 1.35,1.22 และ 1.63 ตามลำดับ และผู้ที่มีหน้าที่มากกว่าสองหน้าที่ในงานพัฒนาคุณภาพ คือ เป็นทั้งทีมนำ,ผู้ประสาน และเป็นทีมพัฒนาคุณภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ร้อยละ 23.68 รองลงมาได้แก่ ผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ร้อยละ 23.17 (ตาราง ที่ 3)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจำแนกตาม
ขนาดโรงพยาบาล (n=393)

ข้อมูล	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				
	10	30	60	90	120
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม					
พัฒนาคุณภาพบริการ					
1.ไม่มีส่วนร่วมใดๆ	0 (0.00)	3 (1.35)	1 (1.22)	1 (1.63)	0 (0.00)
2.เป็นทีมนำการพัฒนา คุณภาพบริการ	18 (46.15)	107 (47.98)	39 (47.56)	16 (42.11)	5 (45.45)
3.เป็นผู้ประสานงาน พัฒนาคุณภาพบริการ	3 (7.69)	14 (6.28)	5 (6.10)	0 (0.00)	0 (0.00)
4.เป็นทีมพัฒนาคุณภาพ บริการ	9 (23.08)	16 (7.17)	5 (6.10)	1 (2.63)	2 (18.18)
5. เป็นทีมนำและ ผู้ประสานงานพัฒนา คุณภาพบริการ	3 (7.69)	22 (9.87)	2 (2.44)	3 (7.89)	1 (9.09)
6.เป็นทีมนำและทีม พัฒนาคุณภาพบริการ	2 (5.13)	25 (11.21)	11 (13.41)	7 (18.42)	2 (18.18)
7.เป็นทีมนำ,ผู้ประสาน และทีมพัฒนาคุณภาพ บริการ	4 (10.26)	33 (14.80)	19 (23.17)	9 (23.38)	1 (9.09)
8.เป็นผู้ประสานและทีม พัฒนาคุณภาพบริการ	0 (0.00)	3 (1.35)	0 (0.00)	1 (2.63)	0 (0.00)
รวม	39	223	82	38	11

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล เมื่อมีการจัดจำนวนเตียงตามกรอบของโรงพยาบาลเป็นแบบ Quartile คือ Quartile ที่ 1 คือ น้อยกว่า 30 เตียง Quartile ที่ 2 ขนาด 30 เตียง Quartile ที่ 3 ขนาด 30 – 60 เตียง และ Quartile ที่ 4 ขนาด 60 เตียง ขึ้นไป โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นขนาด 30 เตียง ร้อยละ 56.70 โรงพยาบาลที่มีขนาดเตียงน้อยสุด – สูงสุด คือ 10 - 180 เตียง มีขนาดเตียงโดยเฉลี่ย คือ 42.75 เตียง (SD 26.04) (ตาราง ที่ 5)

การจัดจำนวนเตียงตามการเปิดใช้จริงของโรงพยาบาลเป็นแบบ Quartile คือ Quartile ที่ 1 น้อยกว่า 30 เตียง Quartile ที่ 2 ตั้งแต่ 30 – 36 เตียง Quartile ที่ 3 ตั้งแต่ 37 – 60 เตียง และ Quartile ที่ 4 ตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่เปิดในช่วงที่น้อยกว่า 30 เตียง ร้อยละ 44.30 มีขนาดเตียงเฉลี่ย 47.22 เตียง (SD 27.83) มีการเปิดใช้เตียง ตั้งแต่ 7 – 182 เตียง (ตาราง ที่ 5)

จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล มีการจัดแบ่งแบบ Quartile คือ Quartile ที่ 1 น้อยกว่า 80 Quartile ที่ 2 ตั้งแต่ 80 – 100 คน Quartile ที่ 3 ตั้งแต่ 101 – 130 คน และ Quartile ที่ 4 ตั้งแต่ 130 คน ขึ้นไป พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีบุคลากรน้อยกว่า 80 คน ร้อยละ 28.45 มีจำนวนบุคลากรต่ำสุด – สูงสุด คือ 25 – 388 และมีค่าเฉลี่ยของบุคลากร คือ 110 คน (SD 46.68) (ตาราง ที่ 5)

การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.69 เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพกับสำนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลร้อยละ 24.43 ไม่ได้เข้าร่วมโครงการแต่ได้ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อการประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมีโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 35.88 ที่ไม่ได้ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ตาราง ที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเตียงแบ่งตามกรอบ		
Quartile ที่ 1 น้อยกว่า 30 เตียง	39	9.90
Quartile ที่ 2 30 – 30 เตียง	223	56.70
Quartile ที่ 3 31 – 60 เตียง	82	20.90
Quartile ที่ 4 มากกว่า 60 เตียง	49	12.50
รวม	393	100.00
Mean = 42.75 SD = 26.04	Median = 30.00	Min – Max = 10 - 180
จำนวนเตียงที่เปิดจริง		
Quartile ที่ 1 น้อยกว่า 30 เตียง	174	44.30
Quartile ที่ 2 30 – 36 เตียง	23	5.90
Quartile ที่ 3 37 – 60 เตียง	124	31.60
Quartile ที่ 4 มากกว่า 60 เตียง	72	18.30
รวม	393	100.00
Mean = 47.22 SD = 27.83	Median = 36.00	Min – Max = 7 – 182

ตารางที่ 5 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุคลากร		
Quartile ที่ 1 น้อยกว่า 80 คน	101	28.45
Quartile ที่ 2 80 – 100 คน	82	23.10
Quartile ที่ 3 101 – 130 คน	88	24.79
Quartile ที่ 4 มากกว่า 130 คน	84	23.66
รวม	355	100.00
Mean = 110.32 SD = 46.68	Median = 100.00	Min – Max = 25 - 388
โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ		
HA		
1. เข้าร่วมโครงการ	156	36.69
2. ไม่เข้าโครงการและไม่ทำ HA	141	35.88
3. ไม่เข้าร่วมแต่ทำ HA	96	24.43
รวม	393	100.00

ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามการแบ่งขนาดเตียงของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่โรงพยาบาลทุกขนาดเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลขนาด 10,30,60,90 และ มากกว่า 120 เตียง ร้อยละ 33.33, 35.87, 43.90, 56.63 และ 72.73 ตามขนาดของโรงพยาบาลตามลำดับ และจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและขนาดจำนวนเตียงของโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.283$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมโครงการ Hospital Accreditation ของโรงพยาบาลชุมชนและขนาดจำนวนเตียงของโรงพยาบาล

ข้อมูล	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				
	10	30	60	90	120
การเข้าร่วมโครงการHA (N = 387)					
1. เข้าร่วมโครงการ	13 (33.33)	80 (35.87)	36 (43.90)	20 (56.63)	7 (63.64)
2. ไม่เข้าร่วมและไม่ทำ HA	19 (48.72)	82 (36.77)	27 (32.93)	10 (26.32)	3 (27.27)
3. ไม่เข้าร่วมแต่ทำHA	7 (17.95)	61 (27.35)	19 (23.17)	8 (21.05)	1 (9.09)
รวม	39	223	82	38	11

χ^2 - test (df = 8) : $p = 0.283$

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ(ตารางที่7) สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

- ส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการบริหารกิจกรรมในงานพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า มีการเห็นด้วยระดับมากกับการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ 77.60,นโยบายของงานพัฒนาคุณภาพบริการต้องเขียนให้ชัดเจน ร้อยละ 62.80, การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญาของโรงพยาบาลให้ชัดเจน ร้อยละ 64.10 และในเรื่องโครงสร้างขององค์กรที่แบ่งเป็นระบบจะช่วยสนับสนุนงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการให้มีความชัดเจน ในส่วนนี้จะเห็นด้วยมากและมากที่สุด ร้อยละ 42.70 และ 44.50 ตามลำดับ

- ในเรื่องของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า โรงพยาบาลในชนบทใกล้เคียงมีส่วนร่วมกระตุ้นให้โรงพยาบาลของตนเองมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีความคิดเห็นที่หลากหลาย โดยอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลางจนถึงมากที่สุด ร้อยละ 29.00, 36.10 และ 20.40 ตามลำดับ

- ความคิดเห็นในเรื่องผู้บริหารและผู้บริหารงาน พบว่า เห็นด้วยมากถึงมากที่สุดในเรื่องควรจัดอบรม/สัมมนาให้คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง, เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 45.00 ในเรื่องผู้บริหารต้องได้รับการอบรมความรู้ในงานพัฒนาคุณภาพบริการ, ผู้บังคับบัญชาไม่ควรตำหนิความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 37.90, การจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรทุกระดับ จะเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 57.00, แรงจูงใจของผู้บริหารกระตุ้นการทำกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 49.90, ผู้บริหารเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นสร้างสรรค์ เห็นด้วยมาก ร้อยละ 67.20, ความสัมพันธ์ที่ดีขององค์กรมีผลบวกต่องาน เห็นด้วยมาก ร้อยละ 76.60

- ความคิดเห็นในเรื่องกิจกรรม พบว่า ในเรื่องการประชุมผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการจากความพึงพอใจผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 53.70, โรงพยาบาลควรประชาสัมพันธ์กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการนั้นส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมาก ร้อยละ 46.60, กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายนำมาเชื่อมโยงเข้าหากันได้ เห็นด้วยในระดับมาก ร้อยละ 49.90, ในเรื่องการให้รางวัลเป็นสิ่งตอบแทนผลงานนั้นเห็นด้วยในระดับมาก

ร้อยละ 42.20, การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการช่วยแก้ปัญหาการให้บริการของเจ้าหน้าที่พบว่า เห็นด้วย ในระดับมากถึงมากที่สุด คือ ร้อยละ 45.00 และ 49.40 ในเรื่องการยอมรับในการทำกิจกรรมของสมาชิกจะช่วยให้บรรลุผลเร็วยิ่งขึ้นนั้นส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 62.60 และในเรื่องความคาดหวังผู้รับบริการช่วยกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ส่วนใหญ่เห็นด้วยมาก ร้อยละ 45.50

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ (n = 393)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
1. ควรมีการจัดตั้งทีมงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล	2 (0.50)	1 (0.30)	10 (2.50)	75 (19.10)	305 (77.60)
2. ควรประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้วยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	3 (0.80)	2 (0.50)	47 (12.00)	13 (33.10)	211 (53.70)
3. โรงพยาบาลในชนใกล้เคียงที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมีส่วนร่วมกระตุ้นให้หน่วยงานของท่านทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	18 (4.60)	39 (9.90)	114 (29.00)	142 (36.10)	80 (20.40)
4. ควรมีการกำหนดพันธกิจวิสัยทัศน์ ปรัชญาของโรงพยาบาลให้ชัดเจน	3 (0.80)	2 (0.50)	21 (5.30)	115 (29.30)	252 (64.10)
5. นโยบายงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลต้องเขียนให้ชัดเจน	3 (0.80)	1 (0.30)	18 (4.60)	124 (31.60)	247 (62.80)
6. ควรจัดการอบรม/สัมมนาในเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการให้คณะกรรมการบริหารอย่างต่อเนือง	2 (0.50)	5 (1.30)	36 (9.20)	167 (42.50)	183 (46.60)

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวน ร้อยละความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ(n=393)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
7.โรงพยาบาลควรประชาสัมพันธ์ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้ผู้รับ บริการทราบ	4 (1.00)	9 (2.30)	54 (13.70)	183 (46.60)	143 (36.40)
8.ผู้บริหารควรได้รับการอบรม ความรู้ในเรื่องกิจกรรมพัฒนา คุณภาพบริการทุกกิจกรรม	3 (0.80)	11 (2.80)	63 (16.00)	139 (35.40)	177 (45.00)
9. ผู้บังคับบัญชาไม่ควรตำหนิ ความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงานอัน เกิดจากการปฏิบัติงานอันเกิดจาก การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ บริการ	8 (2.00)	17 (4.30)	77 (19.60)	149 (37.90)	142 (36.10)
10. ผู้บริหารควรจัดให้มีการ ฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับอย่าง ต่อเนื่องเพื่อพัฒนางานพัฒนา คุณภาพบริการ	1 (0.30)	5 (1.30)	24 (6.10)	139 (35.40)	224 (57.00)
11. แรงจูงใจที่ผู้บริหารสร้างขึ้น สามารถกระตุ้นการทำกิจกรรม ของเจ้าหน้าที่ได้	1 (0.30)	5 (1.30)	42 (10.70)	149 (37.90)	196 (49.90)
12. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ หลากหลายสามารถนำมาเชื่อมโยง เข้าหากันได้	1 (0.30)	3 (0.80)	30 (7.60)	163 (41.50)	196 (49.90)
13. โครงสร้างองค์กรที่แบ่งเป็น ระบบจะช่วยสนับสนุนงาน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการให้ มีความชัดเจน	2 (0.50)	3 (0.80)	45 (11.50)	168 (42.70)	175 (44.50)

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวน ร้อยละความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ
(n = 393)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
14. ควรให้รางวัลเป็นสิ่งตอบแทนการปฏิบัติงานที่ดีของสมาชิกในองค์กร	3 (0.80)	16 (4.10)	99 (25.20)	166 (42.20)	109 (27.7)
15. ผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้สมาชิกหน่วยงานใช้ความคิด สร้างสรรค์	1 (0.30)	3 (0.80)	10 (2.50)	115 (29.30)	264 (67.20)
16. คำแนะนำของผู้บริหารส่งผลกระทบต่องานพัฒนาคุณภาพบริการ	0 (0.00)	4 (1.00)	40 (10.20)	173 (44.00)	176 (44.80)
17. ความสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กรมีผลบวกต่องานพัฒนาคุณภาพบริการ	1 (0.30)	2 (0.50)	3 (0.80)	86 (21.90)	301 (76.60)
18. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการช่วยในการแก้ปัญหาการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	0 (0.00)	5 (1.30)	17 (4.30)	177 (45.00)	194 (49.40)
19. การยอมรับในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของสมาชิกในองค์กรช่วยให้กิจกรรมบรรลุผลเร็วยิ่งขึ้น	1 (0.30)	2 (0.50)	10 (2.50)	134 (34.10)	246 (62.60)
20. ความคาดหวังผู้รับบริการช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	0 (0.00)	6 (1.50)	60 (15.30)	179 (45.50)	148 (37.70)

1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก
5 = เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

3.1 การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเคยปฏิบัติตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ได้แก่ กิจกรรม พบส, 5 ส, กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ, กิจกรรมพัฒนาองค์กร, กิจกรรมประกันคุณภาพ,กิจกรรม 3S,กิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 8)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลชุมชนเคยทำมากที่สุด ได้แก่ 5 ส ร้อยละ 98.70 รองลงมาคือ กิจกรรม พบส. ร้อยละ 91.30 และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลชุมชนไม่เคยทำมากที่สุดได้แก่ กิจกรรม ISO 14001 ร้อยละ 98.20 รองลงมา กิจกรรม PSO ร้อยละ 94.10 (ตาราง ที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

กิจกรรม	เคยทำ	
	จำนวน	ร้อยละ
1.พบส	359	91.30
2.กิจกรรม 5 ส	388	98.70
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ	285	72.50
4.การพัฒนาองค์กร	299	76.10
5.กิจกรรมคิด ซี	139	35.40
6.ระบบประกันคุณภาพ	270	68.70
7.กิจกรรม 3 S	242	61.60
8.กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM/CQI)	190	48.30
9.Hospital Accreditation(HA)	252	64.10
10.ISO 9001,9002	114	29.00
11.ISO 14001	7	1.80
12.ISO/IEC Guide(17025)	56	14.20
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	238	60.60
14.PSO	23	5.90

3.2 เหตุผลในการเลือกหรือไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ 3 อันดับแรก

เหตุผลของการเลือกหรือไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน แยกเป็นรายกิจกรรม (ตารางที่ 9) พบว่า ในกิจกรรมพบส. มีเหตุผลที่เลือกทำกิจกรรมเหตุผลแรก คือ ทำตามนโยบาย ร้อยละ 77.16 และเหตุผลไม่เลือกทำกิจกรรมเหตุผลแรก คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 32.35

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในเรื่อง 5 ส. เหตุผลแรกที่เลือกทำกิจกรรม คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 81.44 สำหรับเหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรมขาดงบประมาณ ร้อยละ 20.00,การทำกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ เหตุผลแรกที่เลือกทำ คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 78.95 และเหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ขาดแคลนงบประมาณ ร้อยละ 28.70

กิจกรรมพัฒนาองค์กร มีเหตุผลแรกที่เลือกทำ คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 81.61 และ เหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ขาดแคลนงบประมาณ ร้อยละ 27.66,กิจกรรม คิว ซี มีเหตุผลที่เลือกทำ คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 66.91 และเหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 31.50 และในกิจกรรมการประกันคุณภาพ พบว่า เหตุผลแรกที่เลือกทำ คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 72.96 และเหตุผลที่ไม่เลือกทำเหตุผลแรก คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 26.02

กิจกรรม 3 S มีเหตุผลแรกที่เลือกทำ คือ ทำตามนโยบาย ร้อยละ 57.85 และ เหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 33.11, กิจกรรม TQM/CQI มีเหตุผลที่เลือกทำ คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 75.26 และ เหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 22.66 และในกิจกรรม HA มีเหตุผลแรกที่เลือกทำกิจกรรม คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 85.32 และ เหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ขาดแคลนบุคลากร ร้อยละ 21.99

กิจกรรม ISO 9001,9002 มีเหตุผลที่เลือกทำกิจกรรม คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 78.07 และเหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 30.82, กิจกรรม ISO 14001 มีเหตุผลที่เลือกทำ คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 85.71 และเหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 30.57 และในกิจกรรม ISO/IEC 17025 มีเหตุผลที่เลือกทำ คือ พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล ร้อยละ 53.57 และ เหตุผลที่ไม่เลือกทำ คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 29.38

กิจกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีเหตุผลแรกที่เลือกทำ คือ เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน ร้อยละ 68.07 และเหตุผลที่ไม่เลือกทำอันดับแรก คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 23.87 และในกิจกรรม PSO มีเหตุผลแรกที่เลือกทำกิจกรรม คือ ทำตามนโยบาย ร้อยละ 65.22 และ เหตุผลแรกที่เลือกทำกิจกรรม คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน ร้อยละ 28.65

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ของเหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม
พัฒนาคุณภาพบริการ 3 อันดับแรก

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
1.กิจกรรมพบส.		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=359)		
1.ทำตามนโยบาย	277	77.16
2.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	256	71.31
3.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	172	47.91
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=34)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	11	32.35
2.ขาดบุคลากร	8	23.53
3.ขาดแคลนงบประมาณ	4	11.76
2.กิจกรรม 5 ส.		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม(n=388)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	316	81.44
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	259	66.75
3.ลดการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล	193	49.74
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=5)		
1.ขาดแคลนงบประมาณ	1	20.00
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=285)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	225	78.95
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	202	70.88
3.ทำตามนโยบาย	120	42.11
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=108)		
1.ขาดแคลนงบประมาณ	31	28.70
2.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	28	25.93
3.ขาดแคลนบุคลากร	27	25.00

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของเหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม
พัฒนาคุณภาพบริการ 3 อันดับแรก

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
4.การพัฒนาองค์กร		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=299)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	244	81.61
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	201	67.22
3.ทำตามนโยบาย	108	36.12
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=94)		
1.ขาดแคลนงบประมาณ	26	27.66
2.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	22	23.40
3.ขาดแคลนบุคลากร	19	20.21
5.กิจกรรม คิว ซี		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=139)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	93	66.91
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	71	51.08
3.ทำตามนโยบาย	41	29.50
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=254)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	80	31.50
2.ขาดแคลนบุคลากร	51	20.08
3.ขาดงบประมาณ	48	18.90
6.การประกันคุณภาพ		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=270)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	197	72.96
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	180	66.67
3.ทำตามนโยบาย	159	58.89
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=123)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	32	26.02
2.ขาดบุคลากร	25	20.33
3.ขาดงบประมาณ	21	17.07

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของเหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม
พัฒนาคุณภาพบริการ 3 อันดับแรก

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
7.กิจกรรม 3 S.		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=242)		
1.ทำตามนโยบาย	140	57.85
2.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	125	51.65
3.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	106	43.80
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=151)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	50	33.11
2.ขาดงบประมาณ	35	23.18
3.ขาดแคลนบุคลากร	30	19.87
8.กิจกรรม TQM/CQI		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=190)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	143	75.26
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	129	67.89
3.ทำตามนโยบาย	76	40.00
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=203)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	46	22.66
2.ขาดแคลนบุคลากร	44	21.67
3.ขาดงบประมาณ	42	20.69
9.Hospital Accreditation(HA)		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=252)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	215	85.32
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	201	79.76
3.ทำตามนโยบาย	151	59.92
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=141)		
1. ขาดแคลนบุคลากร	31	21.99
2. ขาดงบประมาณ	30	21.28
3.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	20	14.18

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของเหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม
พัฒนาคุณภาพบริการ 3 อันดับแรก

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
10.ISO 9001,9002		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=114)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	89	78.07
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	85	74.56
3.ทำตามนโยบาย	53	46.49
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=279)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	86	30.82
2.ขาดงบประมาณ	69	24.73
3.ขาดแคลนบุคลากร	53	19.00
11.ISO 14001		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=7)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	6	85.71
2.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	5	71.43
3.ดำเนินกิจกรรมตามโรงพยาบาลอื่นๆ	2	28.57
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=386)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	118	30.57
2.ขาดแคลนงบประมาณ	90	23.32
3.ขาดบุคลากร	66	17.10
12.ISO/IEC (17025)		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=56)		
1.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	30	53.57
2.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	28	50.00
3.ทำตามนโยบาย	23	41.07
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=337)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	99	29.38
2.ขาดงบประมาณ	75	22.26
3.ขาดแคลนบุคลากร	58	17.21

ตารางที่ 9 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของเหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม
พัฒนาคุณภาพบริการ 3 อันดับแรก

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=238)		
1.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	162	68.07
2.ทำตามนโยบาย	146	61.34
3.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	119	50.00
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=155)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	37	23.87
2.ขาดแคลนบุคลากร	35	22.58
3.ขาดงบประมาณ	31	20.00
14.PSO		
เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรม (n=23)		
1.ทำตามนโยบาย	15	65.22
2.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	11	47.83
3.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	10	43.48
เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรม (n=370)		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	106	28.65
2.ขาดงบประมาณ	71	19.19
3.ขาดแคลนบุคลากร	67	18.11

3.3 ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการโดยมากจะมีการทำในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล ยกเว้นในกิจกรรมประกันคุณภาพมีการทำมากในกลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 58.9 และ ในกิจกรรม ISO 14001 มีการทำในทุกกลุ่มงานไม่ได้เลือกทำเฉพาะกลุ่มงานใดกลุ่มงานหนึ่งเป็นการเฉพาะ และในกิจกรรม ISO/IEC 17025 มีการทำบางหน่วยงาน ซึ่งหมายถึง การทำเฉพาะในฝ่ายชั้นสูง ร้อยละ 60.7 และในกิจกรรมที่ควรจะทำทั้งโรงพยาบาลแต่มีบางแห่งที่เลือกทำเฉพาะกลุ่มงานการพยาบาลหรือเลือกทำเป็นบางกลุ่มงาน คือ Hospital Accreditation (HA) มีร้อยละ 2.0 ที่เลือกทำเฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล และ ร้อยละ 0.8 ที่มีการทำในบางหน่วยงาน (ตาราง ที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ)ของขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ			
	ทุกกลุ่ม งาน	กลุ่มงานการ พยาบาล	บางหน่วย งาน	ไม่ระบุ
1.กิจกรรมพบส.(n=359)	273 (76.0)	34 (9.5)	21 (5.8)	31 (8.6)
2.กิจกรรม 5 ส.(n=388)	375 (96.6)	1 (0.3)	2 (0.5)	10 (2.6)
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (n=285)	246 (86.3)	15 (5.3)	0 (0.0)	24 (8.4)
4.กิจกรรมพัฒนาองค์กร(n=299)	270 (90.3)	1 (0.3)	3 (1.0)	25 (8.4)
5.กิจกรรม คิว ซี(n=139)	62 (44.6)	30 (21.6)	13 (9.4)	34 (24.5)
6.กิจกรรมประกันคุณภาพ(n=270)	62 (23.0)	159 (58.9)	22 (8.1)	27 (10.0)
7.กิจกรรม 3 S.(n=242)	163 (67.4)	7 (2.9)	4 (1.7)	68 (28.1)
8.กิจกรรม TQM/CQI(n=190)	145 (76.3)	13 (6.8)	4 (2.1)	28 (14.7)
9.กิจกรรม HA(n=252)	229 (90.9)	5 (2.0)	2 (0.8)	16 (6.3)
10.กิจกรรม ISO 9001,9002(n=114)	100 (87.7)	1 (0.9)	5 (4.4)	8 (7.0)
11.กิจกรรม ISO 14001(n=7)	7 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
12.กิจกรรม ISO/IEC (17025) (n=56)	3 (5.4)	0 (0.0)	34 (60.7)	19 (33.9)
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(n=238)	171 (71.8)	9 (3.8)	26 (10.9)	32 (13.4)
14.กิจกรรม PSO(n=23)	14 (60.9)	0 (0.0)	2 (8.7)	7 (30.4)

3.4 การอบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ

การอบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ได้จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลไปแล้ว โดยกิจกรรม 5 ส. เป็นกิจกรรมที่ได้จัดอบรมให้ความรู้ไปมากที่สุด ร้อยละ 94.3 และกิจกรรม PSO เป็นกิจกรรมที่ได้ให้ความรู้บุคลากรน้อยที่สุด ร้อยละ 30.4 สำหรับกิจกรรม PSO เป็นกิจกรรมที่อยู่ในระหว่าง การจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 30.4 และ กิจกรรมพบส. เป็นกิจกรรม ที่ไม่ได้ให้ความรู้บุคลากรมากที่สุด ร้อยละ 20.9 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ) ของการอบรมให้ความรู้บุคลากรในงานพัฒนาคุณภาพ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	การอบรมให้ความรู้สมาชิกในองค์กร			
	จัดทำ แล้ว	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	ไม่ได้ทำ	ไม่ระบุ
1.กิจกรรมพบส.(n=359)	220 (61.3)	33 (9.2)	75 (20.9)	31 (8.6)
2.กิจกรรม 5 ส.(n=388)	366 (94.3)	11 (2.8)	1 (0.3)	10 (2.6)
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (n=285)	235 (82.5)	19 (6.7)	5 (1.8)	26 (9.1)
4.กิจกรรมพัฒนาองค์กร(n=299)	255 (85.3)	16 (5.4)	3 (1.0)	25 (8.4)
5.กิจกรรม คิว ซี(n=139)	75 (54.0)	16 (11.5)	14 (10.1)	34 (24.5)
6.กิจกรรมประกันคุณภาพ(n=270)	188 (69.6)	45 (16.7)	10 (3.7)	27 (10.0)
7.กิจกรรม 3 S.(n=242)	123 (50.8)	12 (5.0)	38 (15.7)	69 (28.5)
8.กิจกรรม TQM/CQI(n=190)	117 (61.6)	40 (21.1)	4 (2.1)	29 (15.3)
9.กิจกรรม HA(n=252)	159 (63.1)	69 (27.4)	8 (3.2)	16 (6.3)
10.กิจกรรม ISO 9001,9002(n=114)	97 (85.1)	7 (6.1)	2 (1.8)	8 (7.0)
11.กิจกรรม ISO 14001(n=7)	6 (85.7)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
12.กิจกรรม ISO/IEC (17025) (n=56)	23 (41.1)	11 (19.6)	3 (5.4)	19 (33.9)
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(n=238)	116 (48.7)	64 (26.9)	26 (10.9)	32 (13.4)
14.กิจกรรม PSO(n=23)	7 (30.4)	7 (30.4)	2 (8.7)	7 (30.4)

3.5 การประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

การประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า กิจกรรม ISO 9001,9002 เป็นกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปแล้วและมีการประเมินผล มากที่สุดร้อยละ 62.3 และกิจกรรมที่มีการประเมินผลไปแล้วมากกว่าร้อยละ 50 คือ กิจกรรมพบส., กิจกรรม 5 ส., กิจกรรมพัฒนาองค์กร และ กิจกรรม ISO/IEC 17025 และ พบว่า กิจกรรม PSO เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่ได้ประเมินผลน้อยที่สุด ร้อยละ 8.7 โดยกิจกรรมนี้ ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ร้อยละ 34.8 และกิจกรรม Hospital Accreditation (HA) เป็นกิจกรรมที่อยู่ในระหว่างรอประเมินผลมากที่สุด ร้อยละ 61.5 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ) การประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	การประเมินผลการดำเนินงาน			
	จัดทำ แล้ว	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	ไม่ได้ทำ	ไม่ระบุ
1.กิจกรรมพบส.(n=359)	201 (56.0)	59 (16.4)	68 (18.9)	31 (8.6)
2.กิจกรรม 5 ส.(n=388)	279 (71.9)	81 (20.8)	14 (3.6)	14 (3.6)
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (n=285)	138 (48.4)	76 (26.7)	42 (14.7)	29 (10.2)
4.กิจกรรมพัฒนาองค์กร(n=299)	163 (54.5)	48 (16.1)	59 (19.7)	29 (9.7)
5.กิจกรรม คิว ซี(n=139)	51 (36.7)	34 (24.5)	19 (13.7)	35 (25.2)
6.กิจกรรมประกันคุณภาพ(n=270)	106 (39.3)	104 (38.5)	32 (11.9)	28 (10.4)
7.กิจกรรม 3 S.(n=242)	92 (38.0)	23 (9.5)	56 (23.1)	71 (29.3)
8.กิจกรรม TQM/CQI(n=190)	49 (25.8)	84 (44.2)	25 (13.2)	32 (16.8)
9.กิจกรรม HA(n=252)	33 (13.1)	155 (61.5)	46 (18.3)	18 (7.1)
10.กิจกรรม ISO 9001,9002(n=114)	71 (62.3)	24 (21.1)	10 (8.8)	9 (7.9)
11.กิจกรรม ISO 14001(n=7)	4 (57.1)	3 (42.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
12.กิจกรรม ISO/IEC (17025) (n=56)	9 (16.1)	19 (33.9)	8 (14.3)	20 (35.7)
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(n=238)	42 (17.6)	104 (43.7)	58 (24.4)	34 (14.3)
14.กิจกรรม PSO(n=23)	2 (8.7)	8 (34.8)	6 (26.1)	7 (30.4)

3.6 เหตุผลของการทำให้กิจกรรมประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

เหตุผลของการที่จะทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว นั้น ในกิจกรรมพบส. พบว่า นโยบายผู้บริหารชัดเจน, ความร่วมมือของหน่วยงาน และ แกนนำในการปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นสูงก็สามารถทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จได้ และ เหตุผลที่จะทำให้การดำเนินงานพบส.ล้มเหลว คือ นโยบายของงานจากผู้บริหารไม่มีความชัดเจน, ขาดแคลนงบประมาณ และ ขาดแคลนบุคลากร

สำหรับเหตุผลในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอื่นๆให้ประสบผลสำเร็จ พบว่า มีเหตุผลที่คล้ายกับการปฏิบัติในเรื่องพบส. และเหตุผล เหล่านี้มักใช้ได้ในทุกกิจกรรม คือ นโยบายจากผู้บริหารมีความชัดเจน, ความร่วมมือภายในหน่วยงาน และแกนนำที่ทำกิจกรรมมีความมุ่งมั่นสูงที่จะทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จ

เหตุผลที่จะทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว พบว่า มีหลากหลายเหตุผล ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารไม่มีความชัดเจน, ขาดบุคลากร, ขาดแคลนงบประมาณ, ความไม่ต่อเนื่องของการทำกิจกรรม, ความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน, เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ และ ขาดที่ปรึกษาในการทำกิจกรรม เหตุผลเหล่านี้มักจะพบในทุกกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
1.กิจกรรมพบส.(n=359)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	62	17.27
2.ความร่วมมือในหน่วยงานและเครือข่าย	59	16.43
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	37	10.31
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ไม่มีนโยบายของงานที่ชัดเจน	49	13.65
2.ขาดงบประมาณ	44	12.26
3.ขาดแคลนบุคลากร	37	10.31
2.กิจกรรม 5 ส.(n=388)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงาน	141	36.34
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	103	26.55
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	85	21.91
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	52	13.40
2.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	40	10.31
3.ไม่มีนโยบายของงานที่ชัดเจน	33	8.51
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (n=285)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงานและเครือข่าย	54	18.95
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	43	15.09
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	24	8.42
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	26	9.12
2.ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	26	9.12
3.ไม่มีนโยบายของงานที่ชัดเจน	22	7.72

ตารางที่ 13 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
4.การพัฒนาองค์กร (n=299)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงานและเครือข่าย	70	23.41
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	45	15.05
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	30	10.03
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	23	7.69
2.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	20	6.69
3.ขาดแคลนงบประมาณ	18	6.02
5.กิจกรรม คิว ซี (n=139)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงาน	15	10.79
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	13	9.35
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	8	5.76
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	11	7.91
2.ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	8	5.76
3.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	6	4.32
6.การประกันคุณภาพ (n=270)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	39	14.44
2.ความร่วมมือในหน่วยงาน	39	14.44
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	33	12.22
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	23	8.52
2.ขาดแคลนบุคลากร	18	6.67
3.ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	13	4.81

ตารางที่ 13 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
7.กิจกรรม 3 S. (n=242)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	36	14.88
2.ความร่วมมือในหน่วยงาน	25	10.33
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	13	5.37
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	20	8.26
2.ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	14	5.79
3.ขาดแคลนงบประมาณ	10	4.13
8.กิจกรรม TQM/CQI (n=190)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงาน	40	21.05
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	35	18.45
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	30	15.79
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	11	5.79
2.เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ	10	5.26
3.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	9	4.74
9.Hospital Accreditation(HA) (n=252)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงาน	58	23.02
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	57	22.62
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	48	19.05
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	28	11.11
2.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	27	10.71
3.ขาดแคลนงบประมาณ	24	9.52

ตารางที่ 13 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
10.ISO 9001,9002 (n=114)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงาน	30	26.32
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	27	23.68
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	23	20.18
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ขาดแคลนงบประมาณ	7	6.14
2.ความไม่ต่อเนื่องในการทำกิจกรรม	6	5.26
3.ขาดบุคลากร	6	5.26
11.ISO 14001(n=7)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	1	14.29
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ภาระงานที่มากเกินไป	1	14.29
12.ISO/IEC (17025) (n=56)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงาน	5	8.93
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	3	5.36
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	2	3.57
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ขาดบุคลากร	2	3.57
2.ขาดที่ปรึกษา	2	3.57
3.ขาดแคลนงบประมาณ	2	3.57
4.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	2	3.57

ตารางที่ 13 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ/เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (n=238)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบความสำเร็จ		
1.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	39	16.39
2.ความร่วมมือในหน่วยงาน	39	16.39
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	24	10.08
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	22	9.24
2.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	18	7.56
3.ขาดแคลนงบประมาณ	16	6.72
14.PSO (n=23)		
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบความสำเร็จ		
1.ความร่วมมือในหน่วยงาน	3	13.04
2.นโยบายผู้บริหารชัดเจน	2	8.70
3.แกนนำของงานมีความมุ่งมั่นสูง	1	4.35
สิ่งที่ทำให้กิจกรรมล้มเหลว		
1.ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน	2	8.70
2.ขาดความต่อเนื่องของกิจกรรม	1	4.35
3.ภาระงานมากเกินไป	1	4.35

3.7 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลใน 2 ปีข้างหน้า

การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในช่วง 2 ปีข้างหน้า พบว่า กิจกรรม ISO 14001 เป็นกิจกรรมที่ต้องการหยุดทำมากที่สุด ร้อยละ 28.6 รองลงมา ได้แก่กิจกรรมพบส. ร้อยละ 21.2 และ กิจกรรม 3 S ร้อยละ 17.8 สำหรับกิจกรรม ที่ทางโรงพยาบาลชุมชนต้องการทราบนโยบายก่อน คือ กิจกรรมพบส. ร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ กิจกรรม PSO ร้อยละ 21.7 และกิจกรรมพัฒนาองค์กร ร้อยละ 15.4 และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่ทางโรงพยาบาลชุมชนยังคงจะทำในช่วง 2 ปี ข้างหน้านามากที่สุด คือ กิจกรรม 5 ส. ร้อยละ 90.7 รองลงมา คือกิจกรรม Hospital Accreditation (HA) ร้อยละ 88.5 (ตารางที่ 14)



ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละ (วงเล็บ) การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการใน 2 ปีข้างหน้า

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการใน 2 ปีข้างหน้า			
	หยุด	รื้อรียบ นโยบาย	ดำเนิน กิจกรรมต่อไป	ไม่ระบุ
1.กิจกรรมพบส.(n=359)	76 (21.2)	87 (24.2)	163 (45.4)	33 (9.2)
2.กิจกรรม 5 ส.(n=388)	8 (2.1)	18 (4.6)	352 (90.7)	10 (2.6)
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (n=285)	12 (4.2)	29 (10.2)	215 (75.4)	29 (10.2)
4.กิจกรรมพัฒนาองค์กร(n=299)	40 (13.4)	46 (15.4)	181 (60.5)	32 (10.7)
5.กิจกรรม คิว ซี(n=139)	13 (9.4)	16 (11.5)	76 (54.7)	34 (24.5)
6.กิจกรรมประกันคุณภาพ(n=270)	4 (1.5)	17 (6.3)	216 (80.0)	33 (12.2)
7.กิจกรรม 3 S.(n=242)	43 (17.8)	31 (12.8)	100 (41.3)	68 (28.1)
8.กิจกรรม TQM/CQI(n=190)	2 (1.1)	12 (6.3)	145 (76.3)	31 (16.3)
9.กิจกรรม HA(n=252)	1 (0.4)	11 (4.4)	223 (88.5)	17 (6.7)
10.กิจกรรม ISO 9001,9002(n=114)	21 (18.4)	8 (7.0)	74 (64.9)	11 (9.6)
11.กิจกรรม ISO 14001(n=7)	2 (28.6)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (14.3)
12.กิจกรรม ISO/IEC (17025) (n=56)	1 (1.8)	6 (10.7)	29 (51.8)	20 (35.7)
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(n=238)	2 (0.8)	28 (11.8)	169 (71.0)	39 (16.4)
14.กิจกรรม PSO(n=23)	0 (0.0)	5 (21.7)	11 (47.8)	7 (30.4)

3.8 จำแนกการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการตามระยะเวลา

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่มีการปฏิบัติมาก 3 อันดับแรก ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ กิจกรรม 5 ส,กิจกรรม HA(Hospital Accreditation) กิจกรรมพัฒนาองค์กร ร้อยละ 62.3,53.9 และ 52.7 ตามลำดับ โดยกิจกรรมที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา คือ ISO 14001 มีการปฏิบัติร้อยละ 1 (ตารางที่ 15)

ในระยะเวลา 4 - 6 ปีที่ผ่านมา กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่มีการปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนมาก ได้แก่ กิจกรรมพบส.,กิจกรรม 5 ส. และ กิจกรรม 3 S ร้อยละ 19.8 ,18.8 และ 15.8 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุดในช่วง 7 - 10 ปี ที่ผ่านมา คือ กิจกรรม 5 ส.,กิจกรรมพัฒนาองค์กร และ กิจกรรม 3 S ร้อยละ 11.7 ,2.5 และ 2.5 ตามลำดับ และกิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากกว่า 10 ปี ที่ผ่านมา ได้แก่ กิจกรรม พบส. ร้อยละ 13.5 (ตารางที่ 15)

ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่นานที่สุด คือ กิจกรรมพบส. เท่ากับ 6.75 ปี และกิจกรรม ที่มีเวลาเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรม PSO เท่ากับ 0.37 ปี (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละ การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการจำแนกตามช่วงระยะเวลาที่ทำกิจกรรม (n=393)

กิจกรรม	ช่วงระยะเวลาที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ										Mean	Median
	0 – 3ปี		4 – 6 ปี		7 – 10 ปี		> 10 ปี		ไม่มีข้อมูล			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1.พบส	62	15.8	78	19.8	46	11.7	53	13.5	154	39.2	6.75	5.0
2.5 ส	245	62.3	74	18.8	7	1.8	2	0.5	65	16.5	2.60	2.0
3.พัฒนาพฤติกรรมบริการ	173	44.0	47	12.0	10	2.5	1	0.3	162	41.2	2.21	2.0
4.การพัฒนาองค์กร	207	52.7	38	9.7	6	1.5	1	0.3	141	35.9	1.86	1.0
5.กิจกรรมควิซี	82	20.9	11	2.8	0	0	1	0.3	299	76.1	1.84	1.0
6.การประกันคุณภาพ	151	38.4	44	11.2	9	2.3	1	0.3	188	47.8	2.25	2.0
7.กิจกรรม 3 S	97	24.7	62	15.8	10	2.5	1	0.3	223	56.7	2.76	2.0
8.TQM/CQI	138	35.1	11	2.8	1	0.3	0	0	243	61.8	1.18	1.0
9.HA	212	53.9	6	1.5	0	0	0	0	175	44.5	0.85	1.0
10.ISO 9001,9002	97	24.7	1	0.3	0	0	0	0	295	75.1	0.99	1.0
11.ISO 14001	4	1.0	0	0	0	0	0	0	389	99.0	0.75	0.5
12.ISO/IEC (17025)	40	10.2	0	0	0	0	0	0	353	89.8	1.02	1.0
13.รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	187	47.6	2	0.5	1	0.3	0	0	203	51.7	0.89	1.0
14.PSO	19	4.8	0	0	0	0	0	0	374	95.2	0.37	0.0

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและขนาดเตียงของโรงพยาบาลชุมชนพบว่า กิจกรรม 5 ส เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เคยทำมากที่สุด ร้อยละ 97.4 กิจกรรม ISO 14001 เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 ไม่เคยทำมาก่อน สำหรับโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง พบว่า กิจกรรม 5 ส เป็นกิจกรรม ที่เคยทำมากที่สุด ร้อยละ 98.2 และ กิจกรรม ISO 14001 เป็นกิจกรรมที่เคยทำน้อยที่สุด ร้อยละ 1.3 โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เคยทำกิจกรรม 5 ส มากที่สุด ร้อยละ 100 และ กิจกรรม PSO เป็นกิจกรรมที่เคยทำน้อยที่สุด ร้อยละ 1.2 โรงพยาบาลขนาด 90 และ 120 มีกิจกรรมที่เคยทำมากที่สุด คือ กิจกรรมพบส.และ 5ส.ร้อยละ 100 โดย กิจกรรม PSO เป็นกิจกรรมที่เคยทำน้อยที่สุด ร้อยละ 2.6 และ ไม่เคยทำในโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป (ตารางที่ 16)

กิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างการทำกิจกรรมและขนาดเตียงของโรงพยาบาล คือ กิจกรรม 5 ส., กิจกรรม คิว ซี, กิจกรรม ISO 14001, กิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ กิจกรรมที่มีการแตกต่างการทำกิจกรรมและขนาดเตียงโรงพยาบาล คือ กิจกรรม พบส.($p=0.005$), กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ($p<0.001$), กิจกรรมพัฒนาองค์กร ($p=0.004$), กิจกรรมประกันคุณภาพ($p=0.001$), กิจกรรม 3 S(<0.001), กิจกรรม TQM/CQI($p<0.001$), กิจกรรม HA ($p=0.037$), กิจกรรม ISO 9001,9002 ($p<0.001$), กิจกรรม ISO/IEC 17025 ($p=0.021$) และ กิจกรรม PSO ($p=0.044$) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและขนาดโรงพยาบาล

กิจกรรม	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)										P - Value ^A
		10(n=39)		30(n=223)		60(n=82)		90(n=38)		120(n=11)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.พบส	เคยทำ	34	87.2	198	88.8	78	95.1	38	100	11	100	0.005 [*]
	ไม่เคยทำ	5	12.8	25	11.2	4	4.9	0	0	0	0	
2.5 ส	เคยทำ	38	97.4	219	98.2	82	100	38	100	11	100	0.111
	ไม่เคยทำ	1	2.6	4	1.8	0	0	0	0	0	0	
3.ESB	เคยทำ	23	59.0	146	65.5	72	87.8	34	89.5	10	90.9	<0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	16	41.0	77	34.5	10	12.2	4	10.5	2	9.1	
4.การพัฒนาองค์กร	เคยทำ	26	66.7	162	72.6	69	84.1	33	86.8	9	81.8	0.004 [*]
	ไม่เคยทำ	13	33.3	61	27.4	13	15.9	5	13.2	2	18.2	
5.กิจกรรมคิวซี	เคยทำ	11	28.2	76	34.1	31	37.8	14	36.8	7	63.6	0.114
	ไม่เคยทำ	28	71.8	147	65.9	51	62.2	24	63.2	4	36.4	
6.การประกันคุณภาพ	เคยทำ	21	53.8	147	65.9	59	72.0	33	86.8	10	90.9	0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	18	46.2	76	34.1	23	28.0	5	13.2	2	9.1	
7.กิจกรรม 3 S	เคยทำ	16	41.0	132	59.2	58	70.7	28	73.7	8	72.7	<0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	13	59.0	91	40.8	24	29.3	10	26.3	3	27.3	

A = Mann - Whitney U test

ตารางที่ 16 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและขนาดโรงพยาบาล

กิจกรรม	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)										P - Value ^A
		10(n=39)		30(n=223)		60(n=82)		90(n=38)		120(n=11)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
8.TQM/CQI	เคยทำ	14	35.9	96	43.0	48	58.5	24	63.2	8	72.7	<0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	25	64.1	127	57.0	34	41.5	14	36.8	3	27.3	
9.HA	เคยทำ	20	51.3	141	63.2	55	67.1	28	73.7	8	72.7	0.037 [*]
	ไม่เคยทำ	19	48.7	82	36.8	27	32.9	10	26.3	3	27.3	
10.ISO 9001,9002	เคยทำ	7	17.9	51	22.9	36	43.9	15	39.5	5	45.5	<0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	32	82.1	172	77.1	46	56.1	23	60.5	6	54.5	
11.ISO 14001	เคยทำ	0	0	3	1.3	2	2.4	2	5.3	0	0	0.127
	ไม่เคยทำ	39	100	220	98.7	80	97.6	36	94.7	11	100	
12.ISO/IEC (17025)	เคยทำ	3	7.7	28	12.6	13	15.9	9	23.7	3	27.3	0.021 [*]
	ไม่เคยทำ	36	92.3	195	87.4	69	84.1	29	76.3	8	72.7	
13.รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	เคยทำ	25	64.1	132	59.2	53	64.6	20	52.6	8	72.7	0.996
	ไม่เคยทำ	14	35.9	91	40.8	29	35.4	18	47.4	3	27.3	
14.PSO	เคยทำ	2	5.1	19	8.5	1	1.2	1	2.6	0	0	0.044 [*]
	ไม่เคยทำ	37	94.9	204	91.5	81	98.8	37	97.4	11	100	

A = Mann – Whitney U test

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรและการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า กิจกรรม พบส. เป็นกิจกรรม ที่โรงพยาบาลที่มีบุคลากรน้อยกว่า 80 คนเคยทำมากที่สุด ร้อยละ 83.2 และ กิจกรรม ISO 14001 เป็นกิจกรรมที่ไม่เคยทำ ในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรระหว่าง 80 – 100 คน กิจกรรม 5 ส เป็นกิจกรรมที่เคยทำมากที่สุด ร้อยละ 97.6 และ กิจกรรม ISO 14001 เป็นกิจกรรมที่เคยทำน้อยที่สุด ร้อยละ 2.4 โรงพยาบาลที่มีบุคลากรระหว่าง 100 – 130 เคยทำ กิจกรรม 5 ส มากที่สุด คือ ร้อยละ 100 และ ทำกิจกรรม ISO 14001 น้อยที่สุด ร้อยละ 2.3 และในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรตั้งแต่ 130 คนขึ้นไป เคยทำ กิจกรรม 5 ส และ พบส. มากที่สุด คือ ร้อยละ 100 และ 98.8 ตามลำดับ และ กิจกรรม PSO เป็นกิจกรรมที่เคยทำน้อยที่สุด ร้อยละ 2.4 (ตารางที่ 17)

กิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนและบุคลากรในโรงพยาบาล คือ กิจกรรม คิว ซี, กิจกรรม ISO 14001, กิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรม PSO สำหรับกิจกรรมที่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลและการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ คือ กิจกรรมพบส($p < 0.001$), กิจกรรม 5 ส. ($p = 0.029$), กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ ($p < 0.001$), กิจกรรมประกันคุณภาพ ($p < 0.001$), กิจกรรม 3 S ($p < 0.001$), กิจกรรม TQM/CQI ($p < 0.001$), กิจกรรม HA ($p = 0.001$), กิจกรรม ISO 9001, 9002 ($p < 0.001$) และ กิจกรรม ISO/IEC 17025 ($p = 0.033$) (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

กิจกรรม	การทำกิจกรรม พัฒนาคุณภาพ	จำนวนบุคลากร								p-value ^A
		น้อยกว่า80คน(n=101)		80 – 100 คน (n=82)		101 – 130 คน (n=88)		130 คนขึ้นไป (n=84)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.พบส	เคยทำ	84	83.2	75	91.5	84	95.5	83	98.8	<0.001*
	ไม่เคยทำ	17	16.8	7	8.5	4	4.5	1	1.2	
2.5 ส	เคยทำ	98	97.0	80	97.6	88	100	84	100	0.029*
	ไม่เคยทำ	3	3.0	2	2.4	0	0	0	0	
3.ESB	เคยทำ	51	50.5	59	72.0	73	83.0	76	90.5	<0.001*
	ไม่เคยทำ	50	49.5	23	28.0	15	17.0	8	9.5	
4.การพัฒนาองค์กร	เคยทำ	62	61.4	65	79.3	73	83.0	72	85.7	<0.001*
	ไม่เคยทำ	39	38.6	17	20.7	15	17.0	12	14.3	
5.กิจกรรมควิซี	เคยทำ	31	30.7	31	37.8	28	31.8	37	44.0	0.050
	ไม่เคยทำ	70	69.3	51	62.2	60	68.2	47	56.0	
6.การประกันคุณภาพ	เคยทำ	55	54.5	60	73.2	61	69.3	70	83.3	<0.001*
	ไม่เคยทำ	46	45.5	22	26.8	27	30.7	14	16.7	
7.กิจกรรม 3 S	เคยทำ	39	38.6	55	67.1	66	75.0	59	70.2	<0.001*
	ไม่เคยทำ	62	61.4	27	32.9	22	25.0	25	29.8	

A = Mann – Whitney U test

ตารางที่ 17 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

กิจกรรม	การทำกิจกรรม พัฒนาคุณภาพ	จำนวนบุคลากร								p-value ^A
		น้อยกว่า80คน(n=101)		80 – 100 คน (n=82)		101 – 130 คน (n=88)		130 คนขึ้นไป (n=84)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
8.TQM/CQI	เคยทำ	30	29.7	42	51.2	49	55.7	53	63.1	<0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	71	70.3	40	48.8	39	44.3	31	36.9	
9.HA	เคยทำ	51	50.5	55	67.1	63	71.6	60	71.4	0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	50	49.5	27	32.9	25	28.4	24	28.6	
10.ISO 9001,9002	เคยทำ	12	11.9	25	30.5	32	36.6	37	44.0	<0.001 [*]
	ไม่เคยทำ	89	88.1	57	69.5	56	63.4	47	56.0	
11.ISO 14001	เคยทำ	0	0	2	2.4	2	2.3	3	3.6	0.183
	ไม่เคยทำ	101	100	80	97.6	86	97.7	81	96.4	
12.ISO/IEC (17025)	เคยทำ	8	7.9	13	15.9	13	14.8	15	17.9	0.033 [*]
	ไม่เคยทำ	93	92.1	69	84.1	75	85.2	69	82.1	
13.รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	เคยทำ	58	57.4	44	53.7	61	69.3	53	63.1	0.153
	ไม่เคยทำ	43	42.6	38	46.3	27	30.7	31	36.9	
14.PSO	เคยทำ	6	5.9	6	7.3	7	8.0	2	2.4	0.227
	ไม่เคยทำ	95	94.1	76	92.7	81	92.0	82	97.6	

A = Mann – Whitney U test

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่

- ปัญหาในส่วนของการจัดตั้งองค์กรพัฒนาคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.4, ปัญหาในเรื่องการจัดทำนโยบายการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.0, ปัญหาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาคุณภาพคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.6 และมีระดับปัญหาที่อยู่ในช่วงปานกลาง และ มาก คือ ร้อยละ 20.5 และ 24.5 ตามลำดับ, ปัญหาการพัฒนาโครงสร้างด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีปัญหา ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.3 และปัญหาการจัดองค์กรและการบริหารทางการแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่ มีปัญหาในระดับปานกลาง ถึงมาก ร้อยละ 42.5 และ 23.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 18)

- ปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน พบว่า มีปัญหาในระดับน้อยจนถึงมาก คือ ร้อยละ 20.7, 48.1 และ 19.4 ตามลำดับ, ปัญหาจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีระดับปัญหาปานกลางถึงมาก ร้อยละ 36.8 และ 30.9 ตามลำดับ, ปัญหาการประสานงานระหว่างทีมงานในหน่วยงานมีระดับปัญหา ปานกลางถึงมาก ร้อยละ 44.0 และ 23.8 ตามลำดับ, ปัญหาการพัฒนาบุคลากรในงานพัฒนาคุณภาพ พบว่า มีปัญหาปานกลางถึงมาก ร้อยละ 38.1 และ 33.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 18)

- ปัญหาในเรื่องการติดตามและประเมินผลของความก้าวหน้าของงาน พบว่า มีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 37.6 และ 27.9 ตามลำดับ, ปัญหาของงบประมาณมีปัญหา น้อยถึงมาก ร้อยละ 21.7, 27.4 และ 26.3 ตามลำดับ, ปัญหาระบบข้อมูลสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 38.4 และ 29.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 18)

- ปัญหาของการปรับเปลี่ยนผู้อำนวยการ พบว่า มีทั้งที่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 25.1 และมีปัญหามากถึงมากที่สุด ร้อยละ 20.7 และ 24.6 ตามลำดับ, ความมุ่งมั่นของผู้บริหารมีปัญหาน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 23.0 และ 29.7 ตามลำดับ

- ปัญหาในเรื่องการวิเคราะห์ความคาดหวังของผู้ใช้บริการอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 33.5 และ 39.1 ตามลำดับ, การมีส่วนร่วมของชุมชน มีปัญหาน้อยถึงมาก ร้อยละ 29.7, 34.4 และ 23.4 ตามลำดับ, การวิเคราะห์จุดอ่อนของการวางระบบ มีปัญหาปานกลางถึงมาก ร้อยละ 42.4 และ 22.2 ตามลำดับ, ปัญหาแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย มีน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 32.5 และ 43.2 ตามลำดับ, ปัญหาการประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิต่างๆอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 33.0 และ 35.3 ตามลำดับ และปัญหาในเรื่องการร้องเรียนของผู้รับบริการ พบว่า มีปัญหาน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 39.6 และ 34.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
พัฒนาคุณภาพบริการที่มีในปัจจุบัน(n=391)

ปัญหาและอุปสรรค	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	ไม่มี ปัญหา	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.การจัดตั้งองค์กรพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาล	42 (10.7)	31 (7.9)	93 (23.8)	154 (39.4)	56 (14.4)	15 (3.8)
2. การสื่อสารระหว่าง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน	15 (3.8)	14 (3.6)	81 (20.7)	188 (48.1)	76 (19.4)	17 (4.4)
3.การปรับเปลี่ยนผู้อำนวยการ การบ่อยๆ	98 (25.1)	25 (6.4)	42 (10.7)	49 (12.5)	81 (20.7)	96 (24.6)
4.การจัดทำนโยบายการ ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	20 (5.1)	24 (6.1)	96 (24.6)	168 (43.0)	70 (17.9)	13 (3.3)
5. การจัดทำแผนยุทธ ศาสตร์และแผนพัฒนา คุณภาพ	16 (4.1)	16 (4.1)	80 (20.5)	163 (41.6)	95 (24.3)	21 (5.4)
6.การติดตามและประเมิน ผลความก้าวหน้าของงาน พัฒนาคุณภาพบริการจาก ผู้บริหาร	12 (3.1)	13 (3.3)	84 (21.5)	147 (37.6)	109 (27.9)	26 (6.6)
7.งบประมาณที่จัดสรร สำหรับกิจกรรมพัฒนา คุณภาพบริการ	22 (5.6)	16 (4.1)	85 (21.7)	107 (27.4)	103 (26.3)	58 (14.8)
8.จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติ งานพัฒนาคุณภาพบริการ	9 (2.3)	15 (3.8)	62 (15.9)	144 (36.8)	121 (30.9)	40 (10.2)
9.การประสานงานระหว่าง ทีมงานในหน่วยงาน	10 (2.6)	17 (4.3)	75 (19.2)	172 (44.0)	93 (23.8)	24 (6.1)

ตารางที่ 18 (ต่อ) จำนวนและร้อยละด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการที่มีในปัจจุบัน(n=391)

ปัญหาและอุปสรรค	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	ไม่มีปัญหา	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10.การพัฒนาบุคลากรทุกระดับสำหรับงานพัฒนาคุณภาพ	9 (2.3)	8 (2.0)	71 (18.2)	149 (38.1)	129 (33.0)	25 (6.4)
11.การพัฒนาโครงสร้างด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	16 (4.1)	35 (9.0)	96 (24.6)	146 (37.3)	74 (18.9)	24 (6.1)
12.ระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับงานบริหารและบริการในการพัฒนาคุณภาพ	7 (1.8)	14 (3.6)	78 (19.9)	150 (38.4)	116 (29.7)	26 (6.6)
13. การวิเคราะห์ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ	17 (4.3)	26 (6.6)	131 (33.5)	153 (39.1)	54 (13.8)	10 (2.6)
14. การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในชุมชน	8 (2.0)	23 (5.9)	116 (29.7)	135 (34.4)	92 (23.4)	17 (4.3)
15.ความมุ่งมั่นของผู้บริหารในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	54 (13.8)	37 (9.5)	90 (23.0)	116 (29.7)	59 (15.1)	35 (9.0)
16.การวิเคราะห์จุดอ่อนในการวางระบบงานพัฒนาคุณภาพ	12 (3.1)	30 (7.7)	80 (20.5)	166 (42.4)	87 (22.2)	16 (4.1)
17.การจัดองค์กรและการบริหารเพื่อบริการทางการแพทย์	12 (3.1)	23 (5.9)	76 (19.4)	166 (42.5)	92 (23.5)	22 (5.6)
18.การจัดทำแนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	13 (3.3)	30 (7.7)	127 (32.5)	169 (43.2)	46 (11.8)	6 (1.5)

ตารางที่ 18 (ต่อ) จำนวนและร้อยละด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค
ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการที่มีในปัจจุบัน(n=391)

ปัญหาและอุปสรรค	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	ไม่มี ปัญหา	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19. การประชาสัมพันธ์สิทธิ ต่างๆของผู้รับบริการ	18 (4.6)	57 (14.6)	129 (33.0)	138 (35.3)	44 (11.3)	5 (1.3)
20. การร้องเรียนเรื่องการให้ บริการจากผู้รับบริการ	19 (4.9)	51 (13.0)	155 (39.6)	134 (34.3)	25 (6.4)	7 (1.8)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

แบบสอบถามในส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามที่มีคำตอบปลายเปิดโดยมีรายละเอียด (ตาราง ที่ 19)

1. การบริหารองค์กรในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ ควรมีการจัดบุคลากรที่มาจากทุกฝ่ายเพื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการหรือมีกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล รองลงมา ผู้นำและผู้บริหารของโรงพยาบาลควรมีนโยบาย, ความมุ่งมั่น, ความจริงใจที่จะพัฒนางานพัฒนาคุณภาพบริการ

2. การบริหารทรัพยากรและงบประมาณ ข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ จัดทำแผนการใช้งบประมาณให้ชัดเจนและพร้อมปรับเปลี่ยนทุกระยะ รองลงมา คือ การสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้เพียงพอ

3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานในอนาคต ข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้วยความต่อเนื่อง รองลงมา คือ มุ่งให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินโรงพยาบาลโดยลดการปฏิบัติในเรื่อง ISO 9001,9002

4. แนวทางในการพัฒนากระบวนการมาตรฐาน, สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมขององค์กร ข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ การจัดอบรมและสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้ตระหนักในเรื่องของสิทธิผู้ป่วย รองลงมา คือ จัดสร้างแนวทางการดำเนินงานในเรื่องสิทธิผู้ป่วยหรือจริยธรรมขององค์กรให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่

5. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการ ข้อเสนอแนะมากที่สุด คือ ให้ประชาชนหรือตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมงานพัฒนาคุณภาพบริการ รองลงมา คือ การรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ

6. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ข้อเสนอแนะมากที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงเกินไป และรองลงมา คือ จัดวิทยากรหรือที่ปรึกษาที่มีเพียงพอและสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องให้กับโรงพยาบาลได้และไม่ควรให้โรงพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป

ตาราง ที่ 19 จำนวนข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน
การบริหารองค์กรในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	
1. ควรมีการจัดบุคลากรที่มาจากทุกฝ่ายเพื่อปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ หรือมีกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล	81
2. ผู้นำหรือผู้บริหารของโรงพยาบาลควรมีนโยบาย, ความมุ่งมั่น, ความจริงใจ และความรู้ที่มากพอ ที่จะพัฒนางานคุณภาพบริการ	65
3. ใช้กลยุทธ์ของกิจกรรม HA ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ	40
4. ควรดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการด้วยความพร้อมหรือการยอมรับของเจ้าหน้าที่มากกว่าการปฏิบัติตามนโยบาย	16
5. ควรมีการจัดทำแผนงานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงมากกว่าเป็นเอกสาร เพื่อการตรวจสอบ	8
6. ไม่ควรมีการเปลี่ยนผู้บริหารบ่อยๆ	8
7. ควรมีการจัดสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือในการทำงานร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลแต่ละขนาด	6
8. เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้แสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	5
9. ควรลดความขัดแย้งของสมาชิกในองค์กร	4
10. จัดโครงสร้างขององค์กรให้พร้อมโดยไม่ขัดแย้งกับงานประจำอื่นๆ เช่น งานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3
11. ควรมีการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ในงานพัฒนาคุณภาพบริการให้เจ้าหน้าที่หลายกลุ่มเพราะบางครั้งมีการโยกย้ายของผู้รับผิดชอบงานแล้วต้องจัดอบรมผู้รับผิดชอบงานใหม่ทำให้ขาดความต่อเนื่องของงาน	2
12. มีการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์	1
การบริหารทรัพยากรและงบประมาณ	
1. จัดทำแผนการใช้งบประมาณให้ชัดเจนและพร้อมปรับเปลี่ยนได้ทุกระยะ	41
2. ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้เพียงพอ	37
3. จัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับงานโดยมีประสิทธิภาพมากที่สุด	18

ตาราง ที่ 19 (ต่อ) จำนวนข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน
การบริหารทรัพยากรและงบประมาณ(ต่อ)	
4. โรงพยาบาลควรจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับงานพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะ	17
5.ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	13
6.ควรมีความคล่องตัวของการบริหารทรัพยากรและงบประมาณที่ได้รับจัดสรร	12
7.สร้างความตระหนักให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ	6
8. นโยบายการใช้งบประมาณไม่ขัดแย้งกับการจัดสรรงบประมาณในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	5
9..จัดสรรบุคลากรให้กับโรงพยาบาลให้มากขึ้นเนื่องจากปริมาณงานมีมาก	5
10.การพัฒนาคุณภาพบริการไม่ควรใช้งบประมาณที่มากเกินไป	4
11.ใช้กลยุทธ์ทางการตลาดร่วมกับการทำงานพัฒนาคุณภาพบริการ	3
กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานในอนาคต	
1.ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการด้วยความต่อเนื่อง	40
2.มุ่งให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินโรงพยาบาลโดยลดการทำงานในเรื่อง ISO 90001,9002	37
3.สร้างความตระหนักในการทำงานพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กร	25
4.ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	16
5.ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	11
6.มุ่งพัฒนางานพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้หลักการของ TQM/CQI	9
7.มุ่งพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลให้พร้อมปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ	7
8.ควรมีการทำงานพัฒนาคุณภาพบริการเป็นทีม	6
9.กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่จัดสร้างไม่ควรทำให้ยุ่งยากต่อการปฏิบัติ	5
10.มุ่งพัฒนางานโดยใช้กลยุทธ์ของ HA และ ISO ไปพร้อมๆกัน	5
11.สาธารณชนจังหวัดควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานในจังหวัดให้เหมือนกัน	3
12.ใช้หลักการทำงานในวงจร Plan – Do – Check – Act	2

ตาราง ที่ 19 (ต่อ) จำนวนข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน
13.ควรเน้นการปฏิบัติในกิจกรรมมากกว่าการตรวจสอบในเรื่องเอกสาร	2
แนวทางในการพัฒนากระบวนการมาตรฐาน,สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมขององค์กร	
1.จัดอบรมและสร้างจิตสำนึกให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้ตระหนักในเรื่องของสิทธิผู้ป่วย	38
2.จัดสร้างแนวทางการดำเนินงานในเรื่องสิทธิผู้ป่วยหรือจริยธรรมองค์กรให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่	25
3.เจ้าหน้าที่ทุกระดับของโรงพยาบาลปฏิบัติกับผู้รับบริการทุกคนด้วยความเสมอภาคหรือในแนวทางเดียวกัน	14
4.ปรับปรุงกระบวนการในเรื่องสิทธิผู้ป่วยเมื่อมีการร้องเรียนของผู้รับบริการ	11
5.ปฏิบัติตามแนวทาง Clinical Practice Guideline	10
6.เน้นให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิต่างๆให้ผู้รับบริการได้ทราบ	9
7.ตรวจสอบหรือประเมินผลการดำเนินงานกับผู้รับบริการ	8
8.จัดทำระบบข้อมูลข่าวสารในเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้เป็นรูปธรรม	2
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการ	
1.ให้ประชาชนหรือตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมงานพัฒนาคุณภาพบริการ	70
2.รับฟังข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ	20
3.ประชาสัมพันธ์งานบริการให้ชุมชนทราบอย่างต่อเนื่อง	19
4.สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนโดยให้ชุมชนคิดว่าโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	11
5.สร้างชุมชนให้เข้มแข็งและมีระบบตรวจสอบการทำงานของโรงพยาบาล	5
6.ให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมงานพัฒนาคุณภาพบริการ	4
7.ให้หน่วยงานในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในเรื่องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น อบต.	4
8.ใช้กลยุทธ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	3

ตาราง ที่ 19 (ต่อ) จำนวนข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน
ข้อเสนอแนะอื่นๆ	
1. ค่าใช้จ่ายในการประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงเกินไป	27
2. จัดวิทยากรหรือที่ปรึกษาที่มีเพียงพอและสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องให้กับโรงพยาบาลได้และไม่ควรให้โรงพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป	13
3. นโยบายการปฏิบัติงานในโครงการ 30 บาท บันทึบกำลังใจของผู้ที่ปฏิบัติงานในงานพัฒนาคุณภาพบริการ	8
4. ควรจัดอบรมงานพัฒนาคุณภาพบริการตามภูมิภาคมากกว่าจัดในส่วนกลาง	7
5. การจัดอบรมในเรื่องงานพัฒนาคุณภาพบริการไม่ควรมีค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไป	5
6. ขั้นตอนในการปฏิบัติเพื่อให้ได้การรับรองโรงพยาบาลควรมีหลักการที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนเหมือนในปัจจุบัน	3