รายการอ้างอิง

1. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์,สมเกียรติ โพธิสัตย์,ยุพิน อังสุโรจน์,จารุวรรณ ธาดาเดช,ศรานุช โตมรศักดิ์ **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**.กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2543.
2. **โครงการวิจัยและพัฒนาการใช้กระบวนการ HA เพื่อยกระดับคุณภาพบริการโรงพยาบาล** (ม.ป.ท.) (ม.ป.ป.). (อัดสำเนา).
3. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. คุณภาพของบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร**,38 (2537) : 169-78.
4. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการศึกษาภาพลักษณ์และกลยุทธการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้าในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2542.
5. กองบรรณาธิการ. โรงพยาบาลประจำฉบับ. **วารสารโรงพยาบาลชุมชน**. 1(มิ.ย. – ก.ค. 2542) : 8-12.
6. กระทรวงสาธารณสุข(2543). **นโยบายการบริหารงานด้านสาธารณสุขส่วนภูมิภาคปีงบประมาณ 2543**. เอกสารการบรรยายเรื่องนโยบายกระทรวงสาธารณสุขสำหรับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ณ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : (ม.ป.ป.). (อัดสำเนา)
7. ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
8. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.**คุณภาพของระบบสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2543.
9. สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล. **เส้นทางสู่** Hospital Accreditation. กรุงเทพฯ : ส.เอเชียเพรส, 2543.
10. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. **ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการรูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่สอง. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2542.
11. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. **เสริมสร้างความพร้อมในงานบริการพยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2539. (อัดสำเนา)
12. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. **คุณภาพบริการและการจัดการคุณภาพบริการในทางการแพทย์และสาธารณสุข**. เอกสารการสอนภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)

13. ธิดา นิงสานนท์. **เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมสัมมนาหลักสูตร เส้นทางสู่คุณภาพ** สำหรับหน่วยงานสนับสนุน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, (อัดสำเนา)

14. กฤษฎ์ อุทัยรัตน์. **ถกคุณภาพ(Quality Story) ภาค 2**. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น) กรุงเทพฯ : ส.เอเซียเพลส; 2543.

15. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด; 2542.

16. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. **ก้าวแรก TQM/CQI ในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด; 2541.

17. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. **เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ** กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542.

18. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **เส้นทางคุณภาพในประเทศไทยกว่าจะเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : RDP, 2543.

19. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.**เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน**. กรุงเทพฯ : ดีไซร์, 2541.

20. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการศึกษา ภาพลักษณ์และกลยุทธการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้าในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ** กรุงเทพ : บริษัทสามเจริญพานิชย์,

21. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **การบริหารสาธารณสุขส่วนภูมิภาค(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6 พ.ศ. 2542)**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

22. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค(พบส.)**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

23. ศิริกานดา ศรีวิชัย. **5ส เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่สอง.กรุงเทพฯ : บริษัท ประชาชน จำกัด, 2542.

24. กฤษฎ์ อุทัยรัตน์. **หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน**.วันที่ 11 เมษายน พ.ศ.2544; 1(คอลัมน์แรก)

25. โรงพยาบาลเลิศสิน. **โครงการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการหลักสูตรการบริหารบุคคลในงานบริการสุขภาพ**.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2537.

26. เทพพนม เมืองแมน,สวิง สุวรรณ. **พฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพฯ : บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2529.

27. ชาญชัย อาจินสมาจาร. **พฤติกรรมในองค์การ**. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริม, 2538.

28. กิติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ. **ระบบการควบคุมคุณภาพที่หน้างาน : คิวซีเซอร์เคิล (QC Circle)**. พิมพ์ครั้งที่สาม. กรุงเทพฯ : บริษัท ส.เอเชีย เพลส จำกัด, 2543.

29. ธงชัย ธาระวานิช. **คู่มือการจัดการระบบคุณภาพ ISO 9000**. กรุงเทพฯ : บริษัท ลิฟวิ่งทรานส์มีเดีย จำกัด, 2540.

30. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.**การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด**.พิมพ์ครั้งที่สอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.

31. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรในโรงพยาบาล : แนวคิดการนำไปปฏิบัติและความสำเร็จ. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร**, 39 (2539) : 863-6.

32. สุวรรณี แสงมหาชัย. **การจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพรวมขององค์กร แนวคิดและกระบวนการในการนำไปปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : สหายบล็อคและการพิมพ์, 2541.

33. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. Simplicity in a Complex System **แนวคิดและประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2545.

34. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา : บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2543.

35. สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล. ISO 9002 **สำหรับโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : ดวงกมล, 2542.

36. เทวินทร์ สิริโชคชัยกุล. ISO 14001 : **ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม**. กรุงเทพฯ : หจก. กรีเอชั่น, 2542.

37. ธีระพันธ์ พลมณี. **การจัดทำตามมาตรฐานระบบการบริหารคุณภาพและระบบบริหารสิ่งแวดล้อม**. กรุงเทพฯ : สยามมิตรการพิมพ์, 2543.

38. จงดี ว่องวินัยรัตน์. **สำนักงานมาตรฐานห้องปฏิบัติการ**. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (ม.ป.ป.) (อัดสำเนา)

39. ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. 2542,1-3. (เอกสารอัดสำเนา).

40. บวร งามศิริอุดม, สายพิณ คูสมิทซ์.**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : บริษัท ไซเบอร์เพลส จำกัด, 2542.

41. สถาบันมาตรฐานสากลภาครัฐแห่งประเทศไทย. **การพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ**. กรุงเทพฯ : บริษัท เดอะมาสเตอร์ จำกัด, 2544.

42. องอาจ วิพุธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, มยุรี จิระวิศิษฐ์. **รายงานการศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการด้วย TQM.** ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและ สังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

43. ตาบทิพย์ ฐิติพงษ์พานิช. **ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

44. วรางคณา ผลประเสริฐ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

45. ปัทมา ยิ้มพงศ์. **พฤติกรรมผู้นำ บรรยากาศองค์การที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

46. สุดารัตน์ แก้วกาญจนารัตน์. **ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินงานการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กรของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

47. บุษรินทร์ ทีตี้. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เขตภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

48. ผาสุก อยู่ละ. **ระดับความพร้อมของนักวิชาการสาธารณสุขในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

49. สายสมร กลยณี. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ กับการปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

50. วรรณดี ศุภวงศานนท์. **กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป**. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

51.Maguerez Georges, Erbault Marie, Terra Jean Louis, Maisonneuve Herve and Matillon Yves. **Evaluation of 60 Continuous Quality Improvement Projects In French Hospital.** International Journal for Quality in Health Care, No 2 (2001) : 89-97.

52. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.**สรุปความก้าวหน้าโครงการ Hospital Accreditation ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 120 แห่ง.** (ม.ป.ท.) (เอกสารอัดสำเนา)

53. เสาวลักษณ์ สุกใส. **การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์**. การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

54.วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. **การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลปี 2543**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

55.นารีรัตน์ รูปงาม. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างเสริมพลังอำนาจการได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการให้รางวัลและวัฒนธรรมคุณภาพบริการกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

56.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิสัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช และศรานุช โตมรศักดิ์.**การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation ระยะที่ 1**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสังกัด
นายแพทย์โสภณ เมฆชน	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	ผู้อำนวยการ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์
นายแพทย์สมเกียรติ โพธิสัตย์	นายแพทย์ 9 กรมการแพทย์
นายแพทย์ชำนิ จิตตรีประเสริฐ	นายแพทย์ 9 กรมการแพทย์
ดร.ยุวดี เกตุสัมพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช
คุณวรรณดี ศุภวงศานนท์	นักวิชาการควบคุมโรค 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
คุณพร บุญมี	หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการสอบถามการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนโดยศึกษาถึงลักษณะของโรงพยาบาล เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมต่อไป

ผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือรักษาการแทนผู้อำนวยการ

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 5 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

ส่วนที่ 3 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เลขที่____ ____

แบบสอบถาม
เรื่อง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) และ/หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง สำหรับผู้วิจัย

1. ชื่อโรงพยาบาล..... .อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
2.ชื่อ – สกุล ผู้กรอกแบบสอบถาม.....
3.เพศ ( ) 1.ชาย ( ) 2.หญิง ☐
4.ระดับการศึกษา ( ) 1.ปริญญาตรี ☐
( ) 2.ปริญญาโทหรือเทียบเท่า
( ) 3.ปริญญาเอกหรือเทียบเท่า
3. ตำแหน่งปัจจุบัน ( ) 1.ผู้อำนวยการ ( ) 2.รักษาการผู้อำนวยการ ☐
4. ระยะเวลาในการรับราชการทั้งหมด.....ปี ☐☐
5. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการตำแหน่งผู้อำนวยการ
(เฉพาะโรงพยาบาลที่ท่านอยู่ในปัจจุบัน).....ปี(หากเกิน 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี) ☐☐
6. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ☐
( ) 1.ไม่มีส่วนร่วม
( ) 2.เป็นทีมนำการพัฒนาคุณภาพ
( ) 3.เป็นผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ
( ) 4.เป็นทีมพัฒนาคุณภาพ
( ) 5.อื่นๆ (ระบุ).....
6. จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง (ตามกรอบอัตรากำลัง) ☐☐☐
7. จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง (เปิดดำเนินการจริง) ☐☐☐
8. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล.....คน ☐☐☐
9. โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วมโครงการ HA กับทางกองสาธารณสุขภูมิภาคหรือไม่ ☐
( ) 1.เข้าร่วมโครงการ
( ) 2.ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ(ไม่ได้ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ HA)
( ) 3.ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ (ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ HA)

ส่วนที่ 2 **ความคิดเห็นของท่านต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของท่าน**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็น ความคิดเห็นของท่านต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง

4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด

ข้อคำถาม		1	2	3	4	5	
1	ควรจัดตั้งทีมงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล						☐
2	ควรประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้วยความพึงพอใจผู้ใช้บริการ						☐
3	โรงพยาบาลชุมชนในโซนใกล้เคียงที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเป็นส่วนกระตุ้นให้หน่วยงานท่านทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ						☐
4	พันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา ของโรงพยาบาลต้องกำหนดให้ชัดเจน						☐
5	นโยบายงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต้องเขียนให้ชัดเจน						☐
6	จัดการอบรม/สัมมนาในเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้กรรมการบริหารอย่างต่อเนื่อง						☐
7	โรงพยาบาลควรประชาสัมพันธ์กิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับผู้รับบริการ						☐
8	ผู้บริหารต้องได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการทุกกิจกรรม						☐
9	ผู้บังคับบัญชาไม่ตำหนิความผิดพลาดของผู้ปฏิบัติงานจากการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ						☐
10	ผู้บริหารจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนางานพัฒนาคุณภาพ						☐
11	แรงจูงใจของผู้บริหารสามารถกระตุ้นการทำกิจกรรม						☐
12	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายสามารถนำมาเชื่อมโยงเข้าหากันได้						☐
13	โครงสร้างองค์กรที่แบ่งเป็นระบบจะช่วยสนับสนุนงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้มีความชัดเจน						☐
14	รางวัลเป็นสิ่งตอบแทนผลการปฏิบัติงานที่ดีของสมาชิก						☐
15	ผู้บริหารเปิดโอกาสให้สมาชิกหน่วยงานใช้ความคิดสร้างสรรค์						☐
16	คำแนะนำของผู้บริหารมีผลบวกต่องานพัฒนาคุณภาพ						☐
17	ความสัมพันธ์ที่ดีภายในองค์กรมีผลบวกต่องานพัฒนาคุณภาพ						☐
18	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพช่วยในการแก้ปัญหาจากการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล						☐
19	การยอมรับในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ช่วยให้กิจกรรมบรรลุผลเร็วยิ่งขึ้น						☐
20	ความคาดหวังผู้รับบริการช่วยกระตุ้นการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ						☐

ส่วนที่ 3 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อความในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อความที่ตรงกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของท่าน

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ		ปีพ.ศที่เคยทำกิจกรรม (ระบุช่วงปีพ.ศ.....ถึงพ.ศ..)
	เคยทำ	ไม่เคยทำ	
1.พบส. หมายถึง โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค โดยมีการสร้างเกณฑ์มาตรฐานและสนับสนุนบริการให้ได้มาตรฐาน			
2.กิจกรรม 5 ส. หมายถึง เทคนิคที่ช่วยปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น ประกอบด้วย สะสาง,สะดวก,สะอาด,สุขลักษณะ,สร้างนิสัย			
3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ (Excellent Service Behavior หรือ ESB) หมายถึง เป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ได้แก่ เทคนิคบริการ และพฤติกรรมบริการ			
4.การพัฒนาองค์กร(Organization Development หรือ OD) หมายถึง กระบวนการที่มุ่งหมายจะปรับปรุงความมีประสิทธิภาพขององค์กร			
5.กิจกรรม คิว ซี(QC Circle) หมายถึง การรวมตัวทำกิจกรรมที่มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพของผลงาน			
6.ระบบประกันคุณภาพ(Quality Assurance) หมายถึง การวิเคราะห์ระบบงานและลูกค้า พร้อมจัดทำมาตรฐานงาน และปรับวิธีการทำงานให้ง่ายขึ้น			
7.กิจกรรม 3 S.(Smell Smile Surrounding) หมายถึง โครงการพัฒนาสถานบริการ ประกอบด้วยการทำให้โรงพยาบาลมีกลิ่นหอมสะอาด บุคลากรยิ้มแย้ม และมีสิ่งแวดล้อมที่ดี			
8.Total Quality Management/Continuous Improvement (TQM/CQI) หมายถึง กระบวนการที่คิดเป็นระบบเพื่อการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร			
9.Hospital Accreditation(HA) หมายถึง กลไกในการส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร โดยมีกิจกรรม คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ การรับรองคุณภาพ			
10.ISO 9002 หมายถึง รูปแบบการประกันคุณภาพสำหรับการผลิต ติดตั้ง และบริการ โดยมีมาตรฐานของสากล			

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ		ปีพ.ศที่เคยทำกิจกรรม (ระบุช่วงปีพ.ศ.....ถึงพ.ศ..)
	เคยทำ	ไม่เคยทำ	
11.ISO 14001 หมายถึง การรับรองระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐานสากล			
12.ISO/IEC Guide(17025)สำหรับห้องปฏิบัติการ หมายถึง ระบบที่ใช้รับรองห้องปฏิบัติการทดสอบด้านสาธารณสุข หรือการตรวจสารเคมีในวัตถุตัวอย่างจากร่างกาย			
13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลที่ใช้แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่มาใช้ เพื่อให้มีการดูแลสู่สุขภาพดีมากกว่าซ่อมสุขภาพ			
14.Thailand International Public Sector Standard Management System and Outcome หรือ PSO หมายถึง การพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิผลของงานภาครัฐ			
15.กิจกรรมอื่นๆ(ระบุ)			

โปรดกรอกรายละเอียดของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในส่วนที่โรงพยาบาลท่านได้ทำ

โปรดระบุเหตุผล ที่สำคัญในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ จำนวน 3 เหตุผลตามลำดับ

เหตุผลในการเลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ (ระบุตัวอักษรในช่องเหตุผล)	**เหตุผลในการไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ** (ระบุหมายเลขในช่องเหตุผล)
A.ทำตามนโยบาย	1.ขาดแคลนงบประมาณ
B.เพิ่มศักยภาพหน่วยงาน	2.ขาดบุคลากร
C.พัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล	3.ไม่มีนโยบาย
D.ดำเนินงานตามโรงพยาบาลอื่นๆ	4.กิจกรรมบริการของโรงพยาบาลได้มาตรฐานดีแล้ว
E.ลดการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล	5.ประชาชนที่รับบริการพึงพอใจกับการบริการในปัจจุบัน

เหตุผลอื่นๆนอกจากที่กำหนดโปรดระบุในช่องว่าง

1.การปฏิบัติตามเกณฑ์พบส.

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่อ

2.กิจกรรม 5 ส.

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่อ

3.กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ(Excellent Service Behavior **หรือ** ESB)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล
☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่อ

4.การพัฒนาองค์กร(Organization Development)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ช่วงระยะเวลาที่ทำกิจกรรม พ.ศ.....ถึงพ.ศ.....

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล
☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่อ

5.กิจกรรม คิว ซี (QC Circle)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล
☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่อ

6.การประกันคุณภาพ (Quality Assurance)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล
☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต

7.กิจกรรม 3 S.(Smell Smile Surrounding)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล
☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

8.Total Quality Management/Continuous Quality Improvement(TQM/CQI)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล
☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

9.Hospital Accreditation(HA)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล
☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

10.ISO 9002

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

11.ISO 14001

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

12.ISO/IEC GUIDE(17025)**สำหรับห้องปฏิบัติการ**

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

14.Thailand International Public Sector Standard Management System and Outcome(PSO)

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....**(ถ้าไม่ได้ทำกิจกรรมโปรดข้ามไปตอบข้อต่อไป)**

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่

15.กิจกรรมอื่น ๆ(โปรดระบุกิจกรรม).....

เหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรม(ระบุอักษร (A – E) หรือ หมายเลข (1 – 5) หรือเหตุผลอื่นๆ)

1.....2.....3.....

ขอบเขตการทำกิจกรรม ☐ 1.ทุกกลุ่มงาน ☐ 2.เฉพาะกลุ่มงานการพยาบาล

☐ 3.บางหน่วยงาน(ระบุ).....

การอบรมความรู้ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

การประเมินผลการดำเนินงาน ☐ 1.จัดทำแล้ว ☐ 2.อยู่ระหว่างดำเนินการ ☐ 3.ไม่ได้ทำ

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

สิ่งที่ทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ (ระบุ) 1.....2.....3.....

การดำเนินกิจกรรมในช่วง 2 ปีข้างหน้า ☐ 1.หยุด ☐ 2.รอทราบนโยบาย ☐ 3.ดำเนินต่อ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพที่มีในปัจจุบัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ข้อความ	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	ไม่มีปัญหา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.การจัดตั้งองค์กรพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล						
2.การสื่อสารระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน						
3.การปรับเปลี่ยนผู้บริหารบ่อยๆ						
4.การจัดทำนโยบายการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ						
5.การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาคุณภาพ						
6.การติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของงานพัฒนาคุณภาพจากผู้บริหาร						
7.งบประมาณที่จัดสรรสำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ						
8.จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ						
9.การประสานงานระหว่างทีมงานในหน่วยงาน						
10.การพัฒนาบุคลากรทุกระดับสำหรับงานพัฒนาคุณภาพ						
11.การพัฒนาโครงสร้างด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ						
12.ระบบข้อมูลและสารสนเทศสำหรับงานบริหารและบริการในการพัฒนาคุณภาพ						
13.การวิเคราะห์ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ						
14.การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในชุมชน						
15.ความมุ่งมั่นของผู้บริหารในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ						
16.การวิเคราะห์จุดอ่อนในการวางระบบงานพัฒนาคุณภาพ						
17.การจัดองค์กรและการบริหารเพื่อบริการทางการแพทย์						
18.การจัดทำแนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย						
19.การประชาสัมพันธ์สิทธิต่างๆของผู้รับบริการ						
20.การร้องเรียนเรื่องการให้บริการจากผู้รับบริการ						

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานในอนาคตเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อความที่เป็นข้อเสนอแนะของท่านต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

1.การบริหารองค์กรในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

1.1.....

1.2.....

1.3.....

2.การบริหารทรัพยากรและงบประมาณ

2.1.....

2.2.....

2.3.....

3.กระบวนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานในอนาคต

3.1.....

3.2.....

3.3.....

4.แนวทางการในการพัฒนากระบวนการมาตรฐาน,สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมขององค์กร

4.1.....

4.2.....

4.3.....

5.การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการ

5.1.....

5.2.....

5.3.....

6.ข้อเสนอแนะอื่นๆต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานท่านในอนาคต

6.1.....

6.2.....

6.3.....

6.4.....

6.5.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสรัญ อินตะวัน เกิดวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ.2517 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ ปีการศึกษา 2537 สำเร็จการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปีการศึกษา 2540 และเข้าศึกษาระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2543 ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 4 โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย