

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
ของกระทรวงสาธารณสุข



วรรณดี ศุภวงศานนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-130-903-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

I 2034384x 25 ๓.ย. 2546

SERVICE-QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES IN REGIONAL HOSPITALS
AND GENERAL HOSPITALS OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MISS WANDEE SUPPAWONGSANOND

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-130-903-1

วรรณดี ศุภวงศานนท์ : กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
ของกระทรวงสาธารณสุข (SERVICE-QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES IN REGIONAL
HOSPITALS AND GENERAL HOSPITALS OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH)

อ. ที่ปรึกษา : ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, อ. ที่ปรึกษาร่วม : รศ.นพ.บดี ธนะมัน, 176 หน้า.

ISBN 974-130-903-1.

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการใน
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวม 92 แห่ง สํารวจในระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2543
โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ เกี่ยวกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่ดำเนินการก่อน
วันที่ 30 กันยายน 2543 ได้รับการตอบกลับ 86 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่ามัธยฐาน chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ50) เคยทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
หลายประเภท ได้แก่ พบส. 5 ส. ESB. 3S (smile smell surrounding) กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า
SS. OD. QC. QA. HA. ISO9002. ISO Guide 25 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. โดยโรงพยาบาล
ทุกแห่งเคยผ่านการทำกิจกรรม พบส. และ 5 ส. มาก่อน และยังพบว่า โรงพยาบาลได้ดำเนินการกิจกรรม HA
โดยเพิ่งจะเริ่มดำเนินการในช่วงระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา (ร้อยละ65.1) นอกจากนี้ ยังพบว่า ประเภทโรงพยาบาล
มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม ISO9002 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) แต่ขนาดโรงพยาบาล
และจำนวนบุคลากร ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ สําหรับความสำเร็จในการพัฒนา
คุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ50) มีกระบวนการ/การปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน
ในการนำองค์กรและการบริหารการพยาบาล และเห็นผลเป็นบางส่วนในด้านทรัพยากรและการจัดการ
ทรัพยากร ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ พบว่า โรงพยาบาลส่วนมาก จะมีปัญหาใน
ระดับปานกลาง โดยเป็นปัญหาเกี่ยวกับด้านทรัพยากรและการจัดการ เช่น การขาดความรู้และทัศนคติที่ดี
ต่อการพัฒนาคุณภาพ สําหรับข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ ควรมีการส่งเสริมในด้านความรู้ ความเข้าใจ
และการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งควรจัด
ให้มีการประเมินผลภายในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
ประสบความสำเร็จต่อไป

ภาควิชา.....เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม.....

สาขาวิชา..... เวชศาสตร์ชุมชน.....

ปีการศึกษา... 2543.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

427 52519 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD : QUALITY IMPROVEMENT / REGIONAL HOSPITAL / GENERAL HOSPITAL

WANDEE SUPPAWONGSANOND : SERVICE-QUALITY IMPROVEMENT ACTIVITIES IN REGIONAL HOSPITALS AND GENERAL HOSPITALS OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH.

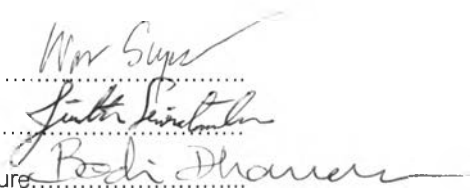
THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. DR. JIRUTH SRIRATANABAN, THESIS COADVISOR : ASSOC. PROF. BODI DHANAMUN, 176 PP. ISBN 974-130-903-1.

The purpose of this study was to investigate the model of service-quality improvement activities in regional hospitals and general hospitals. Ninety-two hospitals were recruited and surveyed during November and December 2000. Eighty-six hospitals (93.8%) returned the mailed-questionnaires for analysis. They were asked to consider implementation of quality activities prior to Sept. 30,2000 Data were analyzed using percentage, mean, median, chi-square and Fisher's exact test.

The results indicate that most of the hospitals (> 50%) had many quality activities namely, rural public health service improvement's standard program, 5-S, QA, ESB, SS, OD, QA, QC, frontline improvement, 3S (smile smell surrounding - program), HA, ISO9002, ISO Guide 25 and health promoting hospital. All have implemented the rural public health service improvement's standard programs and the 5 S programs. Almost all hospital (65.1%) have started Hospital accreditation programs over the last few years. Implementation of ISO9002 was statistically significant related to the type of hospitals ($p=0.036$), but quality improvement activities were not statistically significant related numbers of bed and personnel. Most of the hospitals (>50%) reported successful enhancement of governance, leadership, and nursing management, and began to realize some results, particularly those related to resource management. There were some problems and obstacles in improving quality and managing resources in most hospitals for instance, lack of knowledge and attitude. It is recommended that training and workshop should be provided increase technical skills while continuous evaluation on quality improvement is also beneficial.

Department...Preventive and Social medicine...
Field of study....Community Medicine.....
Academic year.....20000.....

Student's signature.....
Advisor's signature
Co-advisor's signature.....



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่ง ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บดี ธนะมั่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และนายแพทย์สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่างๆ ในการวิจัยมาด้วยดีตลอด

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 2 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์กฤษฏา ถมยาบัตร จากโรงพยาบาลพรัตนราชธานี และ คุณปิยวรรณ คำพันธ์ จากโรงพยาบาลเลิดสิน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือ และเนื่องจากทุนการวิจัยครั้งนี้บางส่วน ได้รับมาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้การสนับสนุนผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมการพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล กองโรงพยาบาลภูมิภาคทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการประสานงานและรวบรวมแบบสอบถาม จากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

วรรณดี ศุภวงศานนท์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมุติฐาน.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ	8
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
รูปแบบการวิจัย	41
ประชากร	41
การสังเกตและการวัด	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับและข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	47
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล.....	52
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ.....	54
ส่วนที่ 4 ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล.....	70
ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล.....	101
ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพ.....	127
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	129
สรุปผลการวิจัย.....	129
อภิปรายผลการวิจัย.....	136
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	146
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	147
รายการอ้างอิง.....	148
ภาคผนวก.....	153
ภาคผนวก ก.....	153
ภาคผนวก ข.....	155
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	176

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 การตอบกลับของแบบสอบถามจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล.....	48
4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	50
4.3 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป.....	53
4.4 จำนวนและร้อยละของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	55
4.5 จำนวนและร้อยละของขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจำแนกตามประเภทกิจกรรม.....	57
4.6 จำนวนของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลทำเฉพาะบางหน่วยงาน.....	58
4.7 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจำแนกตามประเภทกิจกรรม	60
4.8 จำนวนและร้อยละของระยะเวลาที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจำแนกตามประเภทกิจกรรม	61
4.9 ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับประเภทโรงพยาบาล.....	63
4.10 ความสัมพันธ์ของจำนวนเดียวกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	65
4.11 ความสัมพันธ์ของจำนวนบุคลากรกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ.....	67
4.12 จำนวนโรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ การเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพ ด้วย TQM / CQI จำแนกตามประเภท กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ.....	69
4.13 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ.....	72
4.14 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร.....	75
4.15 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ.....	80
4.16 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ.....	83
4.17 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร.....	85
4.18 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย.....	87
4.19 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของทั้ง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ.....	89

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.20 จำนวนและ(ร้อยละ) ของความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร.....	90
4.21 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ	93
4.22 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ.....	94
4.23 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	96
4.24 จำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย.....	97
4.25 ความสำเร็จอื่นๆของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป.....	100
4.26 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ.....	103
4.27 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร	106
4.28 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ	110
4.29 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ.....	114
4.30 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย.....	116
4.31 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ	118
4.32 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร	119
4.33 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ.....	122

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.34 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวม ของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ	123
4.35 จำนวนและ(ร้อยละ) ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวม ของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย.....	123
4.36 ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	125
4.37 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	127