

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่อยู่ในสังกัดของกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค ทุกแห่ง รวม 92 แห่ง ขนาดตัวอย่างได้ใช้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด ดังนั้น จึงไม่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2543

การสังเกตและการวัด

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป
- 2) ลักษณะความแตกต่างของโรงพยาบาล ได้แก่ ประเภท จำนวนเตียง จำนวนบุคลากร การเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM/CQI การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กับ การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ตัวแปรตามที่ศึกษา ได้แก่

ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ขอบเขตการทำกิจกรรม เหตุผลที่ทำกิจกรรม ความสำเร็จ และปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเนื้อหา จากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และจากแนวมาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา : บรูณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมตามเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ตำแหน่งปัจจุบัน สายวิชาชีพ ปีที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และฐานะการมีส่วนร่วม
- ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ประเภทโรงพยาบาล จำนวนเตียง และจำนวนบุคลากร

ส่วนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น

- การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลที่ผ่านมา ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (30 กันยายน 2543) จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การทำกิจกรรม ปี พ.ศ.ที่เริ่มทำ ขอบเขต เหตุผลที่ทำ
- ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล จำนวน 70 ข้อ ได้แก่ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ด้านทรัพยากรและการจัดการด้านทรัพยากร ด้านกระบวนการคุณภาพ ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็นระดับความคิดเห็น เป็น 4 ตัวเลือก ดังนี้
 - ยังไม่มีกระบวนการ(การปฏิบัติ)
 - มีกระบวนการ(การนำไปปฏิบัติ) แต่ยังไม่เห็นผลงาน
 - มีกระบวนการ(การนำไปปฏิบัติ) และเห็นผลบางส่วน
 - มีกระบวนการ(การนำไปปฏิบัติ) และเห็นผลชัดเจน

□ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 48 ข้อ ได้แก่ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ด้านทรัพยากรและการจัดการด้านทรัพยากร ด้านกระบวนการคุณภาพ ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็นระดับความคิดเห็น เป็น 6 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยมาก ไม่มี

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิด

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความถูกต้องของการวัด

2. หาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดสอบกับโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเลิดสินและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวนแห่งละ 20 คน ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) และสัมภาษณ์ผู้ตอบแบบสอบถามหลังการทดสอบ แห่งละ 5 คน เกี่ยวกับข้อคำถามที่อาจทำให้เข้าใจไม่ตรงกัน และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยคำนวณหาค่าร้อยละของความตรงกัน (Percent of Agreement) และ ร้อยละของความตรงกันที่กำจัดความบังเอิญออกไปแล้ว (Kappa) ซึ่งผลการทดสอบ พบว่า

- Percent of Agreement มีค่าระหว่าง 60 – 100
- Kappa มีค่าระหว่าง 0.41 – 0.78

แสดงว่า เครื่องมือนี้ มีความน่าเชื่อถือ ในระดับปานกลางถึงมาก สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบการวิจัยได้ดีในระดับหนึ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค เพื่อขอความร่วมมือในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

2. จัดเตรียมแบบสอบถามสำหรับโรงพยาบาลและจัดส่งไปยังกองโรงพยาบาลภูมิภาคเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามแบบสอบถามในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ตอบกลับโดยใช้เวลาประมาณ 2 เดือน

4. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ศึกษาลักษณะของโรงพยาบาล ได้แก่ ประเภท จำนวนเตียง จำนวนบุคลากร ความสมัครใจพัฒนาคุณภาพ การเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ด้วยTQM/CQI และการเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยใช้ความถี่และร้อยละ

1.2 ศึกษาความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ผู้วิจัยได้มีการจัดกลุ่มข้อมูลขึ้นใหม่ (re-scaling) เพื่อให้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

<u>ระดับปัญหาและอุปสรรคในแบบสอบถาม</u>	<u>ระดับปัญหาและอุปสรรคที่จัดกลุ่มใหม่</u>
มาก, มากที่สุด	มาก
ปานกลาง, น้อย	ปานกลาง
น้อยมาก, ไม่มี	น้อย

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของโรงพยาบาลกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher 's exact test

2.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเตียงกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher 's exact test

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากร กับ การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher 's exact test

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดตัดขวาง(Cross-Sectional Descriptive Study)

ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

1. จัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการหลักสูตรเพื่อพิจารณาโครงร่าง จากนั้นจึงนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา
2. ติดต่อกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นประจำ เพื่อรายงานความคืบหน้าในการทำวิทยานิพนธ์ และปรึกษาหารือวิธีแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ
3. เสนอรายชื่อคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ให้กับภาควิชา เพื่อเสนอให้กับคณะบดี บัณฑิตวิทยาลัยแต่งตั้ง
4. เมื่อจัดทำวิทยานิพนธ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว เขียนคำร้องขออนัดสอบวิทยานิพนธ์ตามแบบ บ 12 ก โดยความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
5. นำแบบ บ 12 ก พร้อมต้นฉบับวิทยานิพนธ์ 1 เล่ม ยื่นที่หน่วยมาตรฐานวิทยานิพนธ์ และเผยแพร่ สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย
6. ประสานงานกับบัณฑิตคณะเพื่อขอรับหนังสือเชิญกรรมการสอบ และนำไปให้คณะกรรมการสอบด้วยตนเอง
7. ดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์ ตามกำหนดการที่ร้องขอ
8. แก้ไขวิทยานิพนธ์ตามมติคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เสนอให้คณะกรรมการทุกท่านลงนามและยื่นที่หน่วยมาตรฐานวิทยานิพนธ์และเผยแพร่ สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย