



รายการอ้างอิง

1. ภาควิชาพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานสนับสนุนกองทุนการวิจัย. คุณภาพสู่ประชาชน. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์, 2542 : 3,8,49-52,73.
2. Pollitt, C. Geert, B. Quality Improvement in Uropean Public Services. London : XAGE publication Ltd,1995 :1-2.
3. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความอยู่รอดของบริการสุขภาพในภาครัฐ ใน "สานความหวังสู่ความเป็นเลิศของโรงพยาบาลรัฐ" ในวาระครบ 60 ปี ของนายแพทย์ บุญยงค์ วงศ์รักมิตร. กรุงเทพมหานคร : หจก.สุรสีห์, 2536 : 124-126.
4. สุวรรณิ แสงมหาชัย. การจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพรวมขององค์กร แนวคิดและกระบวนการในการนำไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สหายบล็อกและการพิมพ์, 2541 : 55.
5. กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค(พ.ส.). กรุงเทพมหานคร : กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข, 2541 : 1-2, 3-11, 57.
6. โรงพยาบาลเลิดสิน. โครงการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการหลักสูตรการบริหารบุคลากรในงานบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2537 : 55.
7. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุลและคณะ. ก้าวแรก TQM/CQI ในโรงพยาบาลของรัฐ. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์, 2541 : 27-40, 55-6.
8. กองโรงพยาบาลภูมิภาค. แผนปฏิบัติการกองโรงพยาบาลภูมิภาคปีงบประมาณ 2544. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข, 2541 : 8.
9. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์, 2542 : 6-7.
10. New Webster's Dictionary. 3rd ed. New York : Simon Schuster, 1988 : 1099.
11. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โภชสิทธิ์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช, ศรานุช ไตรมรงค์ดี. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์, 2542 : 1-4.
12. Parasuraman, A. Zeithaml, RD. Berry, L.L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future research. Journal of Marketting 1985 ; 49 :42-3.
13. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. คุณภาพของการบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2537 ; 38 : 169-78
14. อนุวัฒน์ศุภชุตินกุลและคณะ. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพคู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542 : 20,30.

15. ธิดา นิงสานนท์. เอกสารประกอบการบรรยาย การอบรมสัมมนาหลักสูตรเส้นทางสู่คุณภาพสำหรับ
หน่วยงานสนับสนุน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, (ม.ป.ป.).(อัดสำเนา)
16. กฤษฏ์ อุทัยรัตน์. ถกคุณภาพ (Quality story) ภาค 2. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)
กรุงเทพมหานคร : ส.เอเชียเพรส, 2543 : 5.
17. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. Hospital Accreditation บทเรียนจากแคนาดา. กรุงเทพมหานคร : สถาบัน
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542 : 12-4.
18. De Geyndt. Willy. Managing the Quality of Healthcare in developing Countries.
Washington,D.C : The world bank, 1994 : 3.
19. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. เส้นทางคุณภาพในประเทศไทยกว่าจะเป็นสถาบัน
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : RDP, 2543 : 1- 5.
20. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน.
กรุงเทพมหานคร : ดีไซร์, 2541 : 150-5.
21. สาธารณสุข,กระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง. ผลการพัฒนางานสาธารณสุขในรอบ 1 ปีของ
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร,โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก, 2539 : 46-7.
22. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์. รายงานการประชุมสัมมนา เรื่อง การพัฒนา
คุณภาพงาน(Quality Control Circle) สำหรับบุคลากรสำนักเลขานุการคณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 10-11 และ 17-18 มิถุนายน 2532. กรุงเทพมหานคร :
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532 : 1-4.
23. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น). Manangement. กรุงเทพมหานคร : ส.เอเชียเพรส, 2539 :
57-9.
24. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น). 5Sเพื่อการพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร :ส.เอเชียเพรส,
2542 : 178.
25. วิฑูรย์ สิมะโชคดี. คุณภาพคือความอยู่รอด (Quality Means Survival). กรุงเทพมหานคร : ส.เอเชีย
เพรส, 2541 : 113 -5.
26. ศิริกานดา ศรีวิลัย. 5ส.เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร : สถาบันการจัดการทรัพยากร
เพื่อการเพิ่มผลผลิต, 2542 : 12-6.
27. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรในโรงพยาบาล : แนวคิดการนำไปปฏิบัติและความ
สำเร็จ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539, 39 : 863-6.
28. องอาจ วิพุธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, มยุรี จิระวิศิษฐ์. รายงานการศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการ
นำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการด้วย TQM. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539 : 58-9.
29. สิทธิศักดิ์ พุกฤษณีติกุล. ISO 9002 สำหรับโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ดวงกมล, 2542 : 5-6.

30. สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม. ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมข้อกำหนดและข้อเสนอแนะในการใช้ ISO 14001. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม, 2543 : 3,10-4.
32. ประกอบ เพชรรัตน์. ISO 9000, 14000, TIS18000. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ฉบับพิเศษ, 2541.: 54-5.
33. อุดมศักดิ์ หยงอนุกุล. ISO 14000 ตัวอย่างระบบจัดการสิ่งแวดล้อม. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ธุรกิจบริการความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม 2539 ; 3 : 60-9.
34. จงดี ว่องวินัยรัตน์. มาตรฐานห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, (ม.ป.ป.) :1-6 (เอกสารอัดสำเนา)
35. ภาคีความร่วมมือเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. ภาพรวมและแนวคิดโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541 :1-10 (เอกสารอัดสำเนา).
35. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. คุณภาพของระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2543 : 42-43, 66.
36. ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542 : 1-3 (เอกสารอัดสำเนา).
37. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2535 : 7.
38. กนกพร คุปตานนท์. ผลการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพคุณภาพการพยาบาลต่อคุณภาพการพยาบาล : การศึกษาเฉพาะกรณีหอผู้ป่วยออโรติคส์ โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
39. สมจิต พิริยะประภากุล. การวิเคราะห์การบริหารทางการพยาบาลตามแนวคิดการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กร:การศึกษาเฉพาะกรณี กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
40. วรางคณา ผลประเสริฐ. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการนำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
41. Hammer Shoy, EM. Mainz, J. The role of hospital personel in quality assurance activities at Danish hospitals. Ugeskrift for Laeger 1993 ; 155 : 973 –7.

42. De Moraes, H. Quality assurance program through the accreditation of hospitals in Latin America and the caribbean. Salud Publica de Mexico 1993 ; 35 : 248-58.
43. ละมัยพร โฉนิตโยธิน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
44. นงลักษณ์ ประเทืองไพโรศรี. กระบวนการบริหารโครงการพัฒนาบริการด้านหน้าของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
45. วาณิช อิมใจ . ประเมินผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลงานบริบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
46. นัยนา เตชะฟาร์. การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
47. นัยนา ลีสุขสันต์. การศึกษาปัญหาและอุปสรรค ในการนำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพมาใช้ในธุรกิจอุตสาหกรรมการผลิตของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
48. บุชรินทร์ ทิธี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาล ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
49. บุญหลง คำสมุทร. การทดลองนำกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์ (ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่). วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
50. สุภชัย บัณฑิตศิริ. ปัจจัยกำหนดความสำเร็จของกิจกรรมควีซี (QC Circle) ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
51. วงศ์เดือน จันทรงาม. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
52. ธงชัย ธาระวาณิช. คู่มือการจัดการระบบคุณภาพ ISO 9000. กรุงเทพมหานคร : ลิฟวิ้งทราเวล มีเดียจำกัด, 2542 : 18-9.

53. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. สรุปผลการประเมินศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน พบส. ของสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2542 : 2.
54. พิเชิต สุขเจริญพงษ์. การจัดระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 9000/QS. กรุงเทพมหานคร : องค์การค่าครูสภา, 2542 : 16.
55. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี ไทย-ญี่ปุ่น. Directory of ISO 1998 . กรุงเทพมหานคร : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี ไทย-ญี่ปุ่น :188-92.
56. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สมุทรสงคราม. โครงการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูงตราสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สมุทรสงคราม, 2541 : 3-5.
57. สาคร ใจพยอม. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
58. ปลายมาศ ชุนภักดี. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
59. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ ยุพิน อังสุโรจน์. การประเมินผลกระทบโครงการพัฒนาเพื่อส่งเสริมและรับรองระบบคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร 2543 : 85-8.
60. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ . Quality care จุดหมายข่าวพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. 2541 ; 14 : 7-8.

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

ตำแหน่งและสังกัด

นายแพทย์ธานี จิตตรีประเสริฐ

นายแพทย์ 8 หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

นางทัศนีย์ สุมามาลย์

นักวิชาการสาธารณสุข 7 หัวหน้าศูนย์ส่งเสริม
การพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล
กองโรงพยาบาลภูมิภาค

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่

แบบสอบถาม
เรื่อง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
ของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และ/หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง.

● ผู้ตอบแบบสอบถาม ชื่อ นามสกุล.....

1. ตำแหน่งปัจจุบัน

() 1. แพทย์ที่รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

() 2. ผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-Mail

2. สายวิชาชีพ

() 1. แพทย์

() 4. พยาบาล

() 2. ทันตแพทย์

() 5. นักวิชาการสาธารณสุข

() 3. เภสัชกร

() 6. อื่นๆ (ระบุ)

3. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.....

4. ท่านมีส่วนร่วมในฐานะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. เป็นทีมนำการพัฒนาคุณภาพ

() 2. เป็นทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพ

() 3. เป็นทีมพัฒนาคุณภาพ

() 4. อื่น (ระบุ).....

5. ประเภทของโรงพยาบาล

() 1. โรงพยาบาลศูนย์ จำนวนเตียง.....เตียง

() 2. โรงพยาบาลทั่วไป จำนวนเตียง.....เตียง

6. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล.....คน

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

- คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลของท่าน ที่เคยทำตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน
(30 กันยายน 2543) และ/หรือ เดิมคําลงในช่องว่าง
- คำอธิบาย กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 1. การพัฒนาองค์กร (OD) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ที่เกิดผลต่อระบบงานทั้งหมด เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพองค์กรให้ดีกว่าเดิม โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างคน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1). การรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหา 2). การวินิจฉัยปัญหา 3). การกำหนดยุทธวิธีหรือสิ่งสอดแทรก 4). การประเมินผล
 2. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ (Excellent Service Behavior หรือ ESB.) เป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ได้แก่ เทคนิคบริการ และพฤติกรรมบริการ โดยได้มีการอบรมมี 2 หลักสูตร คือ
 - 1). หลักสูตรการบริหารบุคคล เพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ ที่เน้นจิตวิทยา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสริมแรงทางบวก
 - 2). หลักสูตรการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ ที่เน้นความหมายของคุณภาพกับพฤติกรรมบริการ การเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการและมาตรฐานพฤติกรรมที่ดีของตนเอง
 3. กิจกรรม 3 S. เป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วย
 - 1). Smell หมายถึง การทำให้โรงพยาบาลมีกลิ่นไอสะอาด
 - 2). Smile หมายถึง การให้บริการที่ยิ้มแย้มแจ่มใส
 - 3). Surrounding หมายถึง การทำให้สิ่งแวดล้อมสวยงาม

กิจกรรม	การทำกิจกรรม				ขอบเขต		เหตุผลที่ทำ			สำหรับ ผู้วิจัย
	1.ไม่ เคยทำ	2.เคยทำแต่ ปัจจุบันไม่ ได้ดำเนินการ แล้ว	3.เคยทำ และปัจจุบัน ยังดำเนิน การอยู่	เริ่มทำ ปี พ.ศ.... ถึงปี พ.ศ....	1.ทำทั้งโรง พยาบาล	2.ทำบางหน่วย งาน/แผนก (ระบุ)	1.สมัคร ใจ	2.ทำตาม นโยบาย	3.อื่นๆ (ระบุ)	
1. การปฏิบัติตาม เกณฑ์ พบส.				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 5 ส. (5 S.)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.การพัฒนาพฤติ กรรมบริการ (ESB)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.กิจกรรมข้อเสนอ แนะ (Suggestion System)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>


กิจกรรม	การทำกิจกรรม				ขอบเขต		เหตุผลที่ทำ			สำหรับ ผู้วิจัย
	1.ไม่ เคยทำ	2.เคยทำแต่ ปัจจุบันไม่ ได้ดำเนิน การแล้ว	3.เคยทำ และปัจจุบัน ยังดำเนิน การอยู่	เริ่มทำ ปี พ.ศ.... ถึงปี พ.ศ...	1.ทำทั้งโรง พยาบาล	2.ทำบางหน่วย งาน/แผนก (ระบุ)	1.สมัคร ใจ	2.ทำตาม นโยบาย	3.อื่นๆ (ระบุ)	
5.การพัฒนาองค์กร (OD)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.กิจกรรม คิวซี (QC circle)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.การประกันคุณภาพ (QA)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. กิจกรรม 3 S. (smell smile surrounding)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

กิจกรรม	การทำการกิจกรรม				ขอบเขต		เหตุผลที่ทำ			สำหรับ ผู้วิจัย
	1.ไม่ เคยทำ	2.เคยทำแต่ ปัจจุบันไม่ ได้ดำเนิน การแล้ว	3.เคยทำ และปัจจุบัน ยังดำเนิน การอยู่	เริ่มทำ ปี พ.ศ.... ถึงปี พ.ศ...	1.ทำทั้งโร พยาบาล	2.ทำบางหน่วย งาน/แผนก (ระบุ)	1.สมัคร ใจ	2.ทำตาม นโยบาย	3.อื่นๆ (ระบุ)	
9. กิจกรรมพัฒนา บริการด้านหน้า				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. TQM/CQI				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Hospital Accreditation (HA)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. ISO 9002				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

กิจกรรม	การทำกิจกรรม				ขอบเขต		เหตุผลที่ทำ			สำหรับ ผู้วิจัย
	1.ไม่ เคยทำ	2.เคยทำแต่ ปัจจุบันไม่ ได้ดำเนิน การแล้ว	3.เคยทำ และปัจจุบัน ยังดำเนิน การอยู่	เริ่มทำ ปี พ.ศ.... ถึงปี พ.ศ...	1.ทำทั้งโรง พยาบาล	2.ทำบางหน่วย งาน/แผนก (ระบุ)	1.สมัคร ใจ	2.ทำตาม นโยบาย	3.อื่นๆ (ระบุ)	
13. ISO 14001				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. ISO Guide 25 สำหรับห้องปฏิบัติ การ				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

กิจกรรม	การทำกิจกรรม				ขอบเขต		เหตุผลที่ทำ		
	1.ไม่เคยทำ	2.เคยทำแต่ปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการแล้ว	3.เคยทำและปัจจุบันยังดำเนินการอยู่	เริ่มทำปี พ.ศ.... ถึงปี พ.ศ....	1.ทำทั้งโรงพยาบาล	2.ทำบางหน่วยงาน/แผนก (ระบุ)	1.สมัครใจ	2.ทำตามนโยบาย	3.อื่นๆ (ระบุ)
16. อื่นๆ (ระบุ)									
16.1
			
16.2
			
16.3
			
16.4
			
15.5.....			

สำหรับ
ผู้วิจัย

 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องใดช่องหนึ่งที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ยังไม่มี กระบวนการ (ปฏิบัติ)	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติ			
		เห็นผล ชัดเจน	เห็นผลเป็น บางส่วน	ยังไม่เห็น ผลงาน	
<p>♥ ความมุ่งมั่นในการพัฒนา</p> <p>ก. การนำองค์กร</p> <p>1. มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทำหน้าที่ประสานติดตามผลการพัฒนาคุณภาพทุกระดับ</p>					<input type="checkbox"/>
2. มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ ทุก 1-2 เดือน					<input type="checkbox"/>
3. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ					<input type="checkbox"/>
4. ผู้บริหารเข้าใจแนวคิดและให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานมากขึ้น					<input type="checkbox"/>
5. ผู้บริหารสามารถใช้ศักยภาพของคนในองค์กรในการพัฒนาคุณภาพได้					<input type="checkbox"/>
6. มีการเปลี่ยนแนวคิดมาเป็นการบริหารแบบมีส่วนร่วม					<input type="checkbox"/>
<p>ข. ทิศทางนโยบาย</p> <p>7. รพ. ท่านได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา</p>					<input type="checkbox"/>
8. รพ. ท่านมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน					<input type="checkbox"/>
9. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีการรับรู้และเข้าใจในบทบาทของตนต่อเป้าหมายร่วม					<input type="checkbox"/>

สำหรับ
ผู้วิจัย

ข้อคำถาม	ยังไม่มี กระบวนการ (ปฏิบัติ)	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติ		
		เห็นผล ชัดเจน	เห็นผลเป็น บางส่วน	ยังไม่เห็น ผลงาน
10. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาล				<input type="checkbox"/>
11. มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ งานและมีการปรับแผน/แก้ไขปัญหาในสิ่ง ที่ไม่ได้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้				<input type="checkbox"/>
♥ ทรัพยากรและการจัดการด้าน ทรัพยากร ก.การบริหารทรัพยากรและการประสาน บริการ				
12. เจ้าหน้าที่ในรพ. มีลักษณะการทำงาน เป็นทีม				<input type="checkbox"/>
13. รพ. ของท่านมีบรรยากาศในการทำงานดี ขึ้น				<input type="checkbox"/>
14. สามารถลดขั้นตอนบางอย่างที่ซ้ำซ้อนได้				<input type="checkbox"/>
15. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก ขึ้น				<input type="checkbox"/>
16. สามารถประหยัดงบประมาณของโรง พยาบาลได้				<input type="checkbox"/>
17. มีการจัดการความพอเพียงและใช้ ทรัพยากรในแต่ละหน่วยงานอย่างมีประ สิทธิภาพ				<input type="checkbox"/>
ข.การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล				
18. เจ้าหน้าที่ถูกกระตุ้นให้มีโอกาสใช้ความ คิดสร้างสรรค์มากขึ้น				<input type="checkbox"/>
19. เจ้าหน้าที่มีวิธีคิดอย่างเป็นระบบในการ แก้ปัญหามากขึ้น				<input type="checkbox"/>

ข้อคำถาม	ยังไม่มี กระบวนการ (ปฏิบัติ)	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติ			
		เห็นผล ชัดเจน	เห็นผลเป็น บางส่วน	ยังไม่เห็น ผลงาน	
20. เจ้าหน้าที่ที่มีความกระตือรือร้นและทำงานเป็นระบบมากขึ้น					<input type="checkbox"/>
21. เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพมากขึ้นและเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง					<input type="checkbox"/>
22. เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี					<input type="checkbox"/>
23. การพัฒนาคุณภาพทำให้รพ.ของท่านสามารถลดความขัดแย้งลงได้					<input type="checkbox"/>
24. มีการสร้างFacilitator เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน					<input type="checkbox"/>
25. เจ้าหน้าที่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพครอบคลุมทุกหน่วย					<input type="checkbox"/>
ค. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย					
26. มีการป้องกันอัคคีภัยเช่น มีการอบรมและซ้อมแผนอัคคีภัย					<input type="checkbox"/>
27. มีการทดสอบ/บำรุงรักษาระบบอัคคีภัยสม่ำเสมอ					<input type="checkbox"/>
28. มีการจัดระบบสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย					<input type="checkbox"/>
29. มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ					<input type="checkbox"/>
30. มีระบบกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ					<input type="checkbox"/>

ข้อคำถาม	ยังไม่มี กระบวนการ (ปฏิบัติ)	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติ		
		เห็นผล ชัดเจน	เห็นผลเป็น บางส่วน	ยังไม่เห็น ผลงาน
<u>ง.เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ</u>				
31. เครื่องมือและวัสดุได้รับการบำรุงรักษา และพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา				<input type="checkbox"/>
32. มีระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือที่ จำเป็นแก่หน่วยงานต่างๆอย่างเหมาะสม				<input type="checkbox"/>
33. สามารถลดการสูญเสียของวัสดุในโรง พยาบาลได้				<input type="checkbox"/>
<u>จ.ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล</u>				
34. รพ.ของท่านมีการใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานใน การตัดสินใจ				<input type="checkbox"/>
35. รพ.ท่านมีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการ พัฒนาคุณภาพ				<input type="checkbox"/>
36. มีการจัดระบบ/ควบคุมเอกสารคุณภาพ				<input type="checkbox"/>
37. มีการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบสาร สนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร บริการผู้ป่วย				<input type="checkbox"/>
♥ กระบวนการคุณภาพ				
<u>ก.กระบวนการคุณภาพทั่วไป</u>				
38. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดย CQI ระดับหน่วยงานและক্র่อมสายงาน				<input type="checkbox"/>
39. มีกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพและนำ เสนอผลงานกลุ่ม				<input type="checkbox"/>
40. มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่าง เหมาะสม และได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้				<input type="checkbox"/>
41. มีการกำหนดและใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้ วัดคุณภาพ				<input type="checkbox"/>
42. มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานที่ กำหนดไว้				<input type="checkbox"/>

ข้อความถาม	ยังไม่มี กระบวนการ (ปฏิบัติ)	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติ		
		เห็นผล ชัดเจน	เห็นผลเป็น บางส่วน	ยังไม่เห็น ผลงาน
<p>ข. กระบวนการคุณภาพด้านคลินิก</p> <p>43. มีการนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence base) มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>				<input type="checkbox"/>
44. มีการทบทวนคู่มือ/แนวทางและปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางนั้น				<input type="checkbox"/>
45. มีกิจกรรมการตรวจเยี่ยมภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทุก 3 – 4 เดือน				<input type="checkbox"/>
46. ปัญหาในการบริการผู้ป่วยหรืองานประจำวันได้รับการแก้ไขเร็วขึ้น				<input type="checkbox"/>
47. มีกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง/จัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยง				<input type="checkbox"/>
48. รพ.ของท่านมีมาตรการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น				<input type="checkbox"/>
49. รพ.ท่านสามารถตรวจสอบ/ค้นหาข้อบกพร่องจากการทำงานได้				<input type="checkbox"/>
<p>ค. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>50. มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>				<input type="checkbox"/>
51. เจ้าหน้าที่ตระหนักต่อนโยบายและมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล				<input type="checkbox"/>

ข้อคำถาม	ยังไม่มี กระบวนการ (ปฏิบัติ)	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติ		
		เห็นผล ชัดเจน	เห็นผลเป็น บางส่วน	ยังไม่เห็น ผลงาน
♥การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ก. <u>องค์กรแพทย์</u> 52. มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ที่ชัดเจน				<input type="checkbox"/>
53. แพทย์มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น				<input type="checkbox"/>
54. มีการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพทางการแพทย์				<input type="checkbox"/>
ข. <u>การบริหารการพยาบาล</u> 55. มีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาลในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ				<input type="checkbox"/>
56. มีการนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล				<input type="checkbox"/>
57. มีกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล				<input type="checkbox"/>
♥สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ก. <u>สิทธิผู้ป่วย</u> 58. รพ.ของท่านมีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัย				<input type="checkbox"/>
59. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตระหนักในสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัยมากขึ้น				<input type="checkbox"/>
60. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นกับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น				<input type="checkbox"/>

ข้อความคำถาม	ยังไม่มี กระบวนการ (ปฏิบัติ)	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติ		
		เห็นผล ชัดเจน	เห็นผลเป็น บางส่วน	ยังไม่เห็น ผลงาน
ข. จริยธรรมองค์กร				
61. มีการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ				<input type="checkbox"/>
62. มีการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่สถาน พยาบาลอื่น				<input type="checkbox"/>
♥การดูแลรักษาผู้ป่วย				
ก. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย				
63. รพ.ของท่านมีการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชา ชีพ (Multidisciplinary Team)				<input type="checkbox"/>
64. รพ.ของท่านมีการทำงานแบบคร่อมสาย งาน (Cross - Functional Team)				<input type="checkbox"/>
65. รพ.ของท่านส่วนใหญ่ทำงานเป็นทีมดี				<input type="checkbox"/>
66. มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ (Discharge plan) ในผู้ป่วยที่ต้องการการ ดูแลซับซ้อน				<input type="checkbox"/>
67. มีการร่วมกันเป็นทีมในการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง				<input type="checkbox"/>
ข. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและ ครอบครัว				
68. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม พร้อมก่อนการดูแลรักษา				<input type="checkbox"/>
69. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม พร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ				<input type="checkbox"/>

70. ความสำเร็จนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

คำชี้แจง ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลท่านคิดว่ามีปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้หรือไม่ โปรด
ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่มี
♣ ความมุ่งมั่นในการพัฒนา ก. การนำองค์กร						
1. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ						<input type="checkbox"/>
2. โครงสร้างการจัดองค์กรไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ						<input type="checkbox"/>
3. มีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร/หัวหน้างาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา						<input type="checkbox"/>
4. ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับทีมงาน						<input type="checkbox"/>
ข. ทิศทางนโยบาย 5. นโยบายการพัฒนาคุณภาพยังไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล						<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับปัญหาและอุปสรรค						
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่มี	
6. ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย							<input type="checkbox"/>
7. แผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาคุณภาพ ยังไม่ชัดเจน							<input type="checkbox"/>
8. ลักษณะการบริหารงานของโรงพยาบาล ไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพ							<input type="checkbox"/>
9. ความไม่ต่อเนื่องของการติดตามและ ประเมินผลภายในหน่วยงาน							<input type="checkbox"/>
๙ ทรัพยากรและการจัดการด้านทรัพยากร							
ก. <u>การบริหารทรัพยากรและประสานการ บริการ</u>							
10. มีข้อจำกัดด้านงบประมาณสนับสนุนการ พัฒนาคุณภาพ							<input type="checkbox"/>
11. การประสานงานด้านคุณภาพ ยังไม่ชัด เจน							<input type="checkbox"/>
12. การสื่อสารและการประสานงานระหว่าง หน่วยงานไม่ราบรื่น							<input type="checkbox"/>
13. ขาดการประสานงานจากโครงการทำให้ การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลยังไม่ มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร							<input type="checkbox"/>
ข. <u>การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล</u>							
14. นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลยังไม่ ชัดเจน							<input type="checkbox"/>
15. การพัฒนาบุคคลไม่ครอบคลุมและ เชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วย							<input type="checkbox"/>
16. บุคลากรไม่เพียงพอสำหรับทำกิจกรรม คุณภาพ							<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับปัญหาและอุปสรรค						
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่มี	
17. เป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและมีผลเสียต่อของงานประจำ							<input type="checkbox"/>
18. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ							<input type="checkbox"/>
19. เจ้าหน้าที่ยังให้ความร่วมมือน้อย							<input type="checkbox"/>
ง.การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย							
20. ยังมีปัญหาด้านการจัดการโครงสร้าง ภายภาพและสิ่งแวดล้อม เช่นระบบบำบัดน้ำเสีย การระบายอากาศ ความสะอาด เป็นต้น							<input type="checkbox"/>
21. ระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้าง ภายภาพและสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน							<input type="checkbox"/>
22. ยังไม่มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย							<input type="checkbox"/>
จ.เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ							
23. เครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ สำหรับการปฏิบัติการ							<input type="checkbox"/>
24. ขาดระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ							<input type="checkbox"/>
ฉ.ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล							
25. การสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน							<input type="checkbox"/>
26. ยังไม่มีระบบเชื่อมข้อมูลและสารสนเทศ ในโรงพยาบาลสำหรับงานบริหาร บริการและการพัฒนาคุณภาพ							<input type="checkbox"/>
27. ระบบสารสนเทศยังไม่เอื้อต่อการประสานงานคุณภาพ							<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่มี
♥ กระบวนการคุณภาพ						
<u>ก.กระบวนการคุณภาพทั่วไป</u>						
28. มีการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น						<input type="checkbox"/>
29. ยังไม่ระบบการป้องกัน/บริหารความเสี่ยง						<input type="checkbox"/>
30. มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการพัฒนาคุณภาพ						<input type="checkbox"/>
31. ยังขาดการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ						<input type="checkbox"/>
32. เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด และวิธีการพัฒนาคุณภาพ						<input type="checkbox"/>
33. เจ้าหน้าที่ยังขาดการนำความคิดสร้างสรรค์และการเรียนรู้ร่วมกันมาใช้						<input type="checkbox"/>
34. ขาดสิ่งจูงใจ/แรงบันดาลใจในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ						<input type="checkbox"/>
35. ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ						<input type="checkbox"/>
<u>ข.กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ</u>						
36. การกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน						<input type="checkbox"/>
37. ไม่มีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับนำไปปรับปรุง						<input type="checkbox"/>
38. Patient care team มีหลายรูปแบบทำให้เกิดความสับสน						<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่มี
ค. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 39. การกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังขาดความชัดเจน						<input type="checkbox"/>
40. ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เพียงพอในการทำหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล						<input type="checkbox"/>
♥ การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ก. องค์การแพทย์ 41. ยังมีปัญหาในการจัดตั้งองค์การแพทย์						<input type="checkbox"/>
42. แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร						<input type="checkbox"/>
ข. การบริหารการพยาบาล 43. โครงสร้างการบริหารการพยาบาลยังไม่ชัดเจน						<input type="checkbox"/>
44. ฝ่ายการพยาบาลให้ความอิสระในการทำงานลักษณะสหสาขาวิชาชีพน้อยเกินไป						<input type="checkbox"/>
ข. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 45. ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้อง เกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล						<input type="checkbox"/>
♥ การดูแลรักษาผู้ป่วย 46. ยังขาดการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย						<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ระดับปัญหาและอุปสรรค					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่มี
47. เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการมีจำนวนมาก						



48. ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆนอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นได้แก่

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....
- 7).....
- 8).....
- 9).....
- 10).....



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรรณดี ศุภวงศานนท์ เกิดวันที่ 27 กันยายน 2504 ที่อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรและนตุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ เมื่อ ปีพ.ศ.2532 และเข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2542 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งนักวิชาการควบคุมโรคโรค 7 วช งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี