

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 92 แห่ง โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการวิเคราะห์จากแบบสอบถามที่มีตอบกลับมาจากโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 86 แห่ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับของแบบสอบถาม และข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 โรงพยาบาลข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

- 3.1 การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- 3.2 ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- 3.3 เหตุผลการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- 3.4 ระยะเวลาการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับประเภทโรงพยาบาล
- 3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเตียงกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- 3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- 3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/CQI กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- 3.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการเคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 4 ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ส่วนที่1 ข้อมูลการตอบกลับและข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามส่งไปยัง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง รวม 92 แห่งๆ ละ 1 ชุด ได้รับการตอบกลับ จำนวน 86 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 เป็นแบบสอบถามที่ได้รับตอบกลับ จากโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 94.0 และ จากโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 92.0

โรงพยาบาลที่ตอบกลับ ได้มีการจัดแบ่งจำนวนเตียงตาม Quartile และจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ Quartile ที่ 1 – 2 น้อยกว่า 395 เตียง และ Quartile ที่ 2 - 3 จำนวน 395 เตียง ขึ้นไป โดยโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 395 เตียง มีการตอบกลับ ร้อยละ 91.5 และโรงพยาบาล จำนวน 395 เตียง ขึ้นไป มีการตอบกลับ ร้อยละ 95.6 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาล ที่ตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 100.0) รองลงมา เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือ (ร้อยละ 95.0)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการตอบกลับแบบสอบถาม ตามประเภท จำนวนเตียง และสถานที่ตั้งโรงพยาบาล เพื่อประเมินความลำเอียง ในการตอบกลับแบบสอบถามของโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.661, 0.677$ และ 0.664 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การตอบกลับของแบบสอบถาม จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ข้อมูล	จำนวนทั้งหมด	การตอบกลับ	
		จำนวน	ร้อยละ
ประเภทโรงพยาบาล			
โรงพยาบาลศูนย์	25	23	92.0
โรงพยาบาลทั่วไป	67	63	94.0
รวม	92	86	93.5
		p-value ^F = 0.661	
จำนวนเตียง			
Quartile ที่ 1 - 2	47	43	91.5
น้อยกว่า 395 เตียง			
Quartile ที่ 3 - 4	50	43	95.6
395 เตียง ขึ้นไป			
รวม	92	86	93.5
		p-value ^F = 0.677	
สถานที่ตั้ง			
1. ภาคกลาง	34	31	91.2
2. ภาคเหนือ	20	19	95.0
3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19	19	100.0
4. ภาคใต้	19	17	89.5
รวม	92	86	93.48
		p-value ^F = 0.664	

F = Fisher 's exact test

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 86 คน จากโรงพยาบาลศูนย์ 23 คน และโรงพยาบาลทั่วไป 63 คน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 47.7) และแพทย์ที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 45.5) อยู่ในสายวิชาชีพแพทย์ เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือ พยาบาล (ร้อยละ 33.7) ส่วนใหญ่ ระยะเวลาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมเท่ากับ 4 ปี ($SD = 3.22$) และส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่โดย เป็นทั้งทีมนำ ทีมประสาน และทีมพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 27.9) ดังตารางที่ 4.2

เมื่อพิจารณาจำแนกผู้ตอบแบบสอบถาม ตามประเภทโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 47.8 และ 47.6 ตามลำดับ) อยู่ในสายงานวิชาชีพแพทย์ เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 47.8 และ 55.6 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 73.9 และ 55.6 ตามลำดับ) มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4 ปี เท่ากัน ($S.D. = 2.55$ และ 3.46 ตามลำดับ) สำหรับฐานะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนใหญ่ เป็นทั้งทีมนำและทีมประสาน (ร้อยละ 30.4) ส่วนในโรงพยาบาลทั่วไป มักจะเป็นทั้งทีมนำ ทีมประสานและทีมพัฒนาคุณภาพ เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 33.3) ดังตารางที่ 4.2

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะความแตกต่างของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ตำแหน่งปัจจุบัน สายวิชาชีพ ระยะเวลาที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.933, 0.440, 0.516$ และ 0.225 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)		โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)		รวมโรงพยาบาล (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งปัจจุบัน						
1. แพทย์ที่รับผิดชอบงาน ด้านพัฒนาคุณภาพ	10	43.5	29	46.0	39	45.3
2. ผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ	11	47.8	30	47.6	41	47.7
3. เป็นทั้ง 2 อย่าง	2	8.7	4	6.3	6	7.0
						p-value ^F = 0.933
สายวิชาชีพ						
1. แพทย์	11	47.8	35	55.6	46	53.5
2. พยาบาล	8	34.8	21	33.3	29	33.7
3. ทันตแพทย์ เภสัชกร และ นักวิชาการ	3	13.0	7	11.1	10	11.6
4. อื่นๆ	1	4.3	0	0.0	1	1.2
						p-value ^F = 0.440
ระยะเวลาที่มีส่วนร่วมใน การพัฒนาคุณภาพ						
1. น้อยกว่า 5 ปี	17	73.9	35	55.6	52	60.5
2. 5 – 10 ปี	5	21.7	21	33.3	26	30.2
3. 11 – 15 ปี	1	4.3	2	3.2	3	3.5
4. มากกว่า 15 ปี	0	0	1	1.6	1	1.2
5. ไม่มีข้อมูล	0	0	4	6.3	4	4.7
	Mean = 4.04		Mean = 4.39		Mean = 4.29	
	Median = 4.00		Median = 4.00		Median = 4.00	
	SD = 2.55		SD = 3.46		SD = 3.22	
	Min - Max = 1-11		Min-Max = 1-20		Min-Max = 1- 20	
						p-value ^F = 0.516

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์.		โรงพยาบาลทั่วไป		รวมโรงพยาบาล	
	(n=23)		(n=63)		(n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในการพัฒนา						
คุณภาพ						
1. เป็นทีมนำการพัฒนา คุณภาพ	2	8.7	11	17.5	13	15.1
2. เป็นทีมประสานงาน พัฒนาคุณภาพ	4	17.4	6	9.5	10	11.6
3. เป็นทีมพัฒนาคุณภาพ	0	0	1	1.6	1	1.2
4. เป็นทั้งทีมนำและทีม ประสานงาน	7	30.4	8	12.7	15	17.4
5. เป็นทีมประสานงานและทีม พัฒนาคุณภาพ	3	13.0	7	11.1	10	11.6
6. เป็นทั้งทีมนำ ทีมประสานงาน และทีมพัฒนาคุณภาพ	3	13.0	21	33.3	24	27.9
7. อื่นๆ	4	17.4	9	14.3	13	15.1
						p-value ^F = 0.225

F = Fisher 's exact test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

จำนวนเตียงโรงพยาบาลทั้งหมด ได้มีการจัดแบ่งจำนวนเตียงตาม Quartile คือ Quartile 1 น้อยกว่า 310 เตียง, Quartile ที่ 2 ตั้งแต่ 310 – 394 เตียง, Quartile ที่ 3 ตั้งแต่ 395 – 510 เตียง และ Quartile ที่ 4 มากกว่า 510 เตียง มีจำนวนเตียงเฉลี่ย 395 เตียง (SD=193.84, Min- Max = 82-1039) ในโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนใหญ่มีจำนวนเตียงมากกว่า 510 เตียง (ร้อยละ 78.3) จำนวนเตียงเฉลี่ย 678 เตียง (SD=179.68, Min-Max = 370-1039) ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนเตียง ตั้งแต่ 310-394 เตียง เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 34.9) จำนวนเตียงเฉลี่ยเท่ากับ 346 เตียง (SD=193.84, Min – Max = 82-549) ตามตารางที่ 4.3

จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล ได้มีการจัดแบ่งตาม Quartile คือ Quartile ที่ 1 น้อยกว่า 647 คน, Quartile ที่ 2 ตั้งแต่ 647-817 คน Quartile ที่ 3 ตั้งแต่ 818 – 1016 คน และ Quartile ที่ 4 มากกว่า 1016 คน ในจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด พบว่ามีจำนวนบุคลากรเฉลี่ย 818 (SD = 440.52, Min- Max =328-2453) โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนมากมีจำนวนบุคลากรมากกว่า 1016 คน (ร้อยละ 78.3) จำนวนบุคลากรเฉลี่ย 1500 คน (SD=470.36, Min – Max = 565-2453) โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากร ระหว่าง 647-817 คน (ร้อยละ 36.5) จำนวนบุคลากรเฉลี่ย 752 คน (SD =184.87, Min- Max =328-1100) ดังตารางที่ 4.3

การเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/CQI พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมด เคยเข้าร่วมโครงการ ดังกล่าว (ร้อยละ 4.7) โดยเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 4.3) และโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 4.8) ดังตารางที่ 4.3

การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมด เคยเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ร้อยละ 14.0 เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 26.1 และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 9.5 (ดังตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

	โรงพยาบาลศูนย์		โรงพยาบาลทั่วไป		รวมโรงพยาบาลทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเตียง						
Quartile ที่ 1. น้อยกว่า 310 เตียง	0	0	20	31.7	20	23.3
Quartile ที่ 2. 310 – 394 เตียง	1	4.3	22	34.9	23	26.7
Quartile ที่ 3. 395 - 510 เตียง	4	17.4	18	28.6	22	25.6
Quartile ที่ 4. มากกว่า 510 เตียง	18	78.3	3	4.8	21	24.4
รวม	23	100	63	100	86	100
	Mean = 674.7		Mean = 348.25		Mean = 435.56	
	Median = 678		Median = 346.0		Median = 395.0	
	SD = 179.68		SD = 105.34		SD = 193.84	
	Min-Max = 370 -1039		Min-Max = 82 - 549		Min-Max = 82-1039	
จำนวนบุคลากร						
Quartile ที่ 1. ต่ำกว่า 647 คน	1	4.3	19	30.2	20	23.3
Quartile ที่ 2. 647 - 817 คน	0	0.0	23	36.5	23	26.7
Quartile ที่ 3 818 – 1016 คน	4	17.4	18	28.6	22	25.6
Quartile ที่ 4 มากกว่า 1016 คน	18	78.3	3	4.8	21	24.4
รวม	23	100.0	63	100.0	86	100.0
	Mean = 1486.7		Mean = 735.48		Mean = 936.38	
	Median = 1500.0		Median = 752.0		Median = 818.50	
	SD = 470.36		SD = 184.87		SD = 440.52	
	Min-Max = 565 -2453		Min-Max = 328 - 1100		Min-Max = 328 -2453	
การเข้าร่วมโครงการนำ ร่องด้วยTQM/CQI	1	4.3	3	4.8	4	4.7
การเข้าร่วมโครงการ HA	6	26.1	6	9.5	12	14.0

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

3.1 การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ50) เคยผ่านการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาแล้วหลายประเภทกิจกรรม ได้แก่ พบส, 5 ส, การพัฒนาพฤติกรรมบริการ, กิจกรรมข้อเสนอแนะ, การพัฒนาองค์กร, การประกันคุณภาพ, 3 S, กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า, TQM/CQI, HA, ISO 9002, ISO Guide25 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 4.4)

เมื่อพิจารณาตามลักษณะของการทำกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เคยทำและปัจจุบันยังดำเนินการอยู่ คือ 5ส. ร้อยละ 96.5 รองลงมา คือ HA (Hospital Accreditation) ร้อยละ 95.3 (ตารางที่ 4.4)

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ที่โรงพยาบาล เคยทำเฉพาะในอดีตแต่ปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการมากที่สุด (ร้อยละ 30.2) คือ กิจกรรม 3 S (Smell Smile และSurrounding) รองลงมาคือ พบส. (โครงการพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค) ร้อยละ 26.7 (ตารางที่ 4.4)

ส่วนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่เคยทำ คือ ISO14001(ร้อยละ 98.8) โดยมีโรงพยาบาลที่เคยทำ เพียงแห่งเดียวเท่านั้น คือ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ตารางที่ 4.4)

นอกจากนี้โรงพยาบาล ได้ระบุกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอื่นๆเพิ่มเติม ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง, Truama Audit, Healthy workplace และ อบรมการวิจัย (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ) ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจำแนกตามประเภท
กิจกรรม (n=86)

ประเภทกิจกรรม	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ		
	ไม่เคยทำ	เคยทำแต่ปัจจุบันไม่ได้ ดำเนินการ	เคยทำและปัจจุบันยัง ดำเนินการอยู่
1. พบส.	0 (0.0)	23 (26.7)	63 (73.3)
2. 5 ส.	0 (0.0)	3 (3.5)	83 (96.5)
3 .การพัฒนาพฤติกรรม บริการ	3 (3.5)	11 (12.8)	72 (83.7)
4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ	27 (31.4)	7 (8.1)	52 (60.5)
5. การพัฒนาองค์กร	15 (17.4)	19 (22.1)	52 (60.5)
6. กิจกรรมควิซี	23 (26.7)	17 (19.8)	46 (53.5)
7. การประกันคุณภาพ	2 (2.3)	4 (4.7)	80 (93.0)
8. กิจกรรม 3 S	12 (14.0)	26 (30.2)	48 (55.8)
9. กิจกรรมพัฒนา บริการด้านหน้า	1 (1.2)	19 (22.1)	66 (76.7)
10. TQM/CQI	5 (5.8)	6 (7.0)	75 (87.2)
11. HA	3 (3.5)	1 (1.2)	82 (95.3)
12. ISO 9002	26 (30.2)	1 (1.2)	59 (68.6)
13. ISO 14001	85 (98.8)	0 (0.0)	1 (1.2)
14. ISO Guide 25	12 (14.0)	3 (3.5)	71 (82.6)
15. โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ	13 (15.1)	2 (2.3)	71 (82.6)
16. อื่นๆ	77 (89.5)	0 (0.0)	9 (10.5)

สำหรับข้อมูลที่จะนำเสนอต่อไปนี้จะมีการจัดกลุ่มใหม่ ตามการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยจัดกลุ่ม โรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยทำกิจกรรม (เคยทำแต่ปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการ และ ที่เคยทำและปัจจุบันยังดำเนินการอยู่) และกลุ่มที่ไม่เคยทำกิจกรรม ซึ่งจะใช้ในการวิเคราะห์ในหัวข้อต่อไป

3.2 ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ50) มักจะทำทั้งโรงพยาบาล คือ พบส. 5ส. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ กิจกรรมข้อเสนอแนะ การพัฒนาองค์กร 3S. TQM/CQI HA. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดย 5ส. เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาล ทำทั้งโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ93.0) ดังตารางที่ 4.5

กิจกรรมที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ50) มักจะทำเฉพาะบางหน่วย/แผนก คือ การประกันคุณภาพ, การพัฒนาบริการด้านหน้า, ISO 9002 และ ISO guide 25 โดยการประกันคุณภาพ เป็นกิจกรรมที่ โรงพยาบาลทำเฉพาะในบางหน่วย/แผนก มากที่สุด (ร้อยละ76.7) และยังพบว่า มีโรงพยาบาลบางส่วน ที่ไม่ได้ระบุขอบเขตของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง QC ที่โรงพยาบาล ไม่ได้ระบุขอบเขตที่ทำกิจกรรมมากที่สุด (จำนวน 8 แห่ง) ดังตารางที่ 4.5

เมื่อพิจารณาเฉพาะกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ที่โรงพยาบาลส่วนมาก(มากกว่าร้อยละ50) มักจะทำเฉพาะเป็นบางหน่วย/แผนก อันได้แก่ การประกันคุณภาพ, กิจกรรมการพัฒนาบริการด้านหน้า และ ISO guide 25 จะพบว่า โรงพยาบาลส่วนมาก มักจะทำกิจกรรมการประกันคุณภาพในกลุ่มงานพยาบาล (จำนวน 51 แห่ง) ทำ ISO guide 25 ในแผนกชั้นสูตร (จำนวน 53 แห่ง) ทำกิจกรรมการพัฒนาบริการด้านหน้า ในหน่วยงานที่เป็นบริการด้านหน้า เช่น ห้องบัตร ประชาสัมพันธ์ แผนกผู้ป่วยนอก (45แห่ง) และการทำกิจกรรม ISO 9002 ส่วนมากทำในแผนก/หน่วยบริการด้านหน้า เช่น ตึกอุบัติเหตุ และผู้ป่วยนอก (35แห่ง) อย่างไรก็ตาม ยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ระบุหน่วย/แผนกที่ทำกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมคิวซี ที่โรงพยาบาลไม่ระบุหน่วยงาน/แผนกที่ทำกิจกรรม มากที่สุด (ร้อยละ 12.7) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ) ของขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ จำแนกตามประเภทกิจกรรม (n=86)

ประเภทกิจกรรม	ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ			
	ทำทั้งโรงพยาบาล	ทำบางหน่วย/แผนก	ไม่ระบุ	ไม่เคยทำ
1. พบส.	6 (79.1)	12 (13.9)	6 (6.9)	0 (0.0)
2. 5 ส	80 (93.0)	4 (4.7)	2 (2.3)	0 (0.0)
3. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ	69 (80.2)	9 (10.5)	5 (5.8)	3 (3.5)
4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ	53 (61.6)	4 (4.6)	2 (2.3)	27 (31.4)
5. การพัฒนาองค์กร	63 (73.3)	5 (5.8)	3 (3.5)	15 (17.4)
6. กิจกรรมควิซี	21 (24.4)	34 (39.5)	8 (9.3)	23 (26.7)
7. การประกันคุณภาพ	15 (17.4)	66 (76.7)	3 (3.5)	2 (2.3)
8. กิจกรรม 3 S	57 (66.3)	10 (11.6)	7 (8.1)	12 (14.0)
9. กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า	25 (29.1)	54 (62.8)	6 (6.9)	1 (1.2)
10. TQM/CQI	66 (76.7)	14 (16.3)	7 (1.2)	5 (5.8)
11. HA	77 (89.5)	5 (5.8)	1 (1.2)	3 (3.5)
12. ISO 9002	8 (9.3)	52 (60.5)	0 (0.0)	26 (30.2)
13. ISO 14001	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	85 (98.8)
14. ISO Guide 25	0 (0.0)	69 (80.2)	5 (5.8)	12 (14.0)
15.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	53 (61.6)	17 (19.8)	3 (3.5)	13 (15.1)

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลทำเฉพาะบางหน่วยงาน/ จำแนกตามหน่วยงานที่ทำกิจกรรม

ประเภทกิจกรรม	หน่วยงานที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ								
	หน่วยบริการ ด้านหน้า	กลุ่มงาน พยาบาล	งานชั้นสูง และพยาธิ วิทยา	เภสัชกรรม	ฝ่ายส่งเสริม สุขภาพ,เวชกรรม สังคม,วิชาการ	สูติกรรม,กุมาร เวชกรรม,ศัลย กรรม,Icu	ทันตกรรม, โภชนาการ	การเงิน, พัสดุ	ไม่ระบุ
1. พบส.	0	4	4	0	0	0	0	0	4
8. 5 ส	0	1	0	0	0	0	0	0	3
9. พัฒนาพฤติกรรมบริการ	4	2	0	0	0	0	0	0	3
10. กิจกรรมข้อเสนอแนะ	1	0	1	1	0	0	0	0	1
11. การพัฒนาองค์กร	1	1	1	0	1	0	0	0	1
12. กิจกรรมคิวิซี	2	26	6	0	0	0	0	0	0
13. การประกันคุณภาพ	0	51	15	0	0	0	0	0	0
14. กิจกรรม 3 S	3	1	0	0	0	0	0	0	6
15. พัฒนาบริการด้านหน้า	45	0	8	0	0	0	0	0	0
16. TQM/CQI	0	5	1	1	1	2	0	1	3
11. HA	0	1	0	0	0	1	0	0	0
12. ISO 9002	35	2	9	10	0	4	1	2	0
13. ISO Guide 25	0	0	53	0	0	0	0	0	16
14.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	1	2	0	0	0	0	0	0	0

3.3 เหตุผลของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

เหตุผลที่โรงพยาบาลทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เมื่อพิจารณาตามประเภทกิจกรรม จะพบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 50 มีเหตุผลการทำมาจากความสมัครใจ คือ 5 ส. การพัฒนาองค์กร การพัฒนาพฤติกรรมบริการ และ HA โดย การพัฒนาองค์กร และ 5 ส. เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลทำด้วยความสมัครใจมากที่สุด ถึงร้อยละ 70.4 เท่ากัน ส่วนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 50 ได้ทำขึ้นตามนโยบาย คือ พบส. ประกันคุณภาพ และ 3 S. โดยกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้ทำตามนโยบาย มากที่สุด คือ พบส. (ร้อยละ 76.7) นอกจากนี้ ยังพบว่า โรงพยาบาลบางส่วนได้ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยมีเหตุผลที่ทำทั้งด้วยความสมัครใจและทำตามนโยบาย เช่น HA (ร้อยละ 18.6), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 17.4) เป็นต้น (ตารางที่ 4.7)

3.4 ระยะเวลาการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ที่มีการดำเนินการในช่วงระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา จะพบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 50) เพิ่งจะมีการนำใช้ในโรงพยาบาล ในระยะนี้ ได้แก่ HA , ISO 9002, ISO Guide 25 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการ มากที่สุด (ร้อยละ 73.3)

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ในระยะเวลา 4-6 ปี ผ่านมา จะพบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนมาก (มากกว่า ร้อยละ 50) ได้ดำเนินการในระยะนี้ ได้แก่ การพัฒนาพฤติกรรมบริการ และกิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า โดยการพัฒนาบริการด้านหน้า เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาล ดำเนินการ มากที่สุด (ร้อยละ 60.5) ดังตารางที่ 4.8

ส่วนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ในระยะเวลา 7- 9 ปี ที่ผ่านมา จะพบว่า โรงพยาบาลมีการดำเนินการ ในแต่ละประเภทของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลทั้งหมด โดยการประกันคุณภาพ เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลมีการดำเนินการมากที่สุด เพียงร้อยละ 19.8 เท่านั้น (ตารางที่ 4.8)

สำหรับกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.8) ได้เคยดำเนินการมานาน ตั้งแต่ 10 ปี คือ พบส. ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยนานที่สุด ถึง 15 ปี ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่มีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยที่สุด คือเพียง 1 ปี เท่านั้น (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.7 เหตุผลของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ จำแนกตามประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ประเภทกิจกรรม	สมัครใจทำ		ทำตามนโยบาย		ทั้งสมัครใจ&นโยบาย		อื่นๆ		ไม่ระบุ		ไม่เคยทำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. พบส.	9	10.5	66	76.7	8	9.3	0	0.0	3	3.5	0	0.0
2. 5 ส.	50	58.1	18	20.9	14	16.3	3	3.4	1	1.2	0	0.0
3. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ	49	56.9	19	22.1	11	12.8	3	3.4	1	1.2	3	3.5
4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ	41	47.7	11	12.8	6	6.9	1	1.2	0	0.0	27	31.4
5. การพัฒนาองค์กร	50	58.1	13	15.1	5	5.8	3	3.5	0	0.0	15	17.4
6. กิจกรรมวิชาชีพ	34	39.5	18	20.9	5	5.8	1	1.2	5	5.8	23	26.7
7. การประกันคุณภาพ	26	30.2	45	52.3	0	0.0	12	13.9	1	1.2	2	2.3
8. กิจกรรม 3 S	19	22.1	45	52.3	6	6.9	1	1.2	3	3.4	12	14.0
9. พัฒนาการบริการด้านหน้า	33	38.4	38	44.2	10	11.6	0	0.0	4	4.6	1	1.2
10. TQM/CQI	40	46.5	22	25.6	13	15.1	0	0.0	6	6.9	5	5.8
11. HA.	43	46.5	23	26.7	16	18.6	0	0.0	1	1.2	3	3.5
12. ISO 9002	27	31.4	21	24.4	8	9.3	1	1.2	3	3.4	26	30.2
13. ISO 14001	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	85	98.8
14. ISO Guide 25	24	27.9	36	41.9	13	15.1	0	0.0	1	1.2	12	14.0
15. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	21	24.4	35	40.7	15	17.4	0	0.0	2	2.3	13	15.1

ตารางที่ 4.8 การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจำแนกตามระยะเวลาที่ทำกิจกรรมและประเภทกิจกรรม (n=86)

ประเภทกิจกรรม	ระยะเวลาที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ												mean	median
	0-3 ปี		4-6 ปี		7-9 ปี		≥10 ปี		ไม่ระบุ		รวม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. พบส.	0	0.0	5	5.8	8	9.3	48	55.8	25	29.1	0	0.0	13.30	15
2. 5 ส.	25	29.1	42	48.8	6	6.9	1	1.2	12	13.9	0	0.0	5.05	5
3. พัฒนาพฤติกรรม บริการ	18	20.9	46	53.4	7	8.1	1	1.2	11	12.8	3	3.5	4.51	4
4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ	34	39.5	15	17.4	1	1.2	0	0.0	9	10.5	27	31.4	2.96	2
5. การพัฒนาองค์กร	17	19.8	37	43.0	10	11.6	0	0.0	7	8.1	15	17.4	4.56	5
6. กิจกรรมคิวิซี	8	9.3	20	23.3	8	9.3	15	17.4	12	13.9	23	26.7	7.92	6
7. การประกันคุณภาพ	19	22.1	27	31.4	17	19.8	5	5.8	16	18.6	2	2.3	5.59	5
8. กิจกรรม 3 S	6	6.9	29	33.7	16	18.6	2	2.3	21	24.4	12	14.0	6.19	6
9. พัฒนาบริการด้านหน้า	8	9.3	52	60.5	10	11.6	0	0.0	15	17.4	1	1.2	5.16	5
10. TQM/CQI	27	31.4	35	40.7	10	11.6	0	0.0	9	10.5	5	5.8	4.22	4
11. HA	56	65.1	19	22.1	0	0.0	0	0.0	8	9.3	3	3.5	2.72	3
12. ISO 9002	53	61.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	8.1	26	30.2	1.75	2
13. ISO 14001	1	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	85	98.8	-	-
14. ISO Guide 25	54	62.8	6	6.9	0	0.0	0	0.0	14	16.3	12	13.9	2.10	2
15. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	63	73.3	2	2.3	0	0.0	0	0.0	8	9.3	13	15.1	1.55	1

3.5 ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับประเภทโรงพยาบาล

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 เคยทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เกือบทุกประเภท มีเพียง ISO 14001 เพียงกิจกรรมเดียวที่ยังมีการดำเนินการเพียง ร้อยละ 1.2 โดยกิจกรรมที่โรงพยาบาล ได้ทำมากที่สุด และทำครอบคลุมทุกโรงพยาบาล คือ พบส และ 5 ส. รองลงมา คือ กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า ร้อยละ 98.8 (ตารางที่ 4.9)

เมื่อพิจารณาตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลศูนย์ ได้ดำเนินการจนครอบคลุมทุกแห่ง ได้แก่ กิจกรรม พบส., 5 ส, กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า และ HA (Hospital Accreditation) รองลงมา คือ การพัฒนาพฤติกรรมบริการ, การประกันคุณภาพ และ TQM/CQI ร้อยละ 95.7 เท่ากัน ส่วนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ ได้เคยดำเนินการและดำเนินการจนครอบคลุมทุกแห่ง คือ กิจกรรมพบส. และกิจกรรม 5 ส. รองลงมาคือ การประกันคุณภาพ และกิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า ร้อยละ 98.4 เท่ากัน (ตารางที่ 4.9)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีการทำกิจกรรม ISO 9002 ในสัดส่วนที่มากกว่า โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.036$) ส่วนการทำกิจกรรมประเภทอื่นๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันตามประเภทโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p's >0.05$) ดังนั้น การทำกิจกรรม ISO 9002 จึงมีความสัมพันธ์กับประเภทโรงพยาบาล (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับประเภทโรงพยาบาล

ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)	โรงพยาบาลทั่วไป (n =63)	รวม (n=86)	P -value
1. พบส.	23 (100.0)	63 (100.0)	86 (100.0)	na
2. 5 ส.	23 (100.0)	63 (100.0)	86 (100.0)	na
3. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ	22 (95.7)	61 (96.8)	83 (96.5)	1.000 ^F
4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ	14 (60.9)	45 (71.4)	59 (68.6)	0.433 ^F
5. การพัฒนาองค์กร	19 (82.6)	52 (82.5)	71 (82.6)	1.000 ^F
6. กิจกรรมคิวซี	16 (69.6)	47 (74.6)	63 (73.3)	0.640
7. การประกันคุณภาพ	22 (95.7)	62 (98.4)	84 (97.7)	0.466 ^F
8. กิจกรรม 3 S	21 (91.3)	53 (84.1)	74 (86.0)	0.502 ^F
9. กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า	23 (100)	62 (98.4)	85 (98.8)	1.000 ^F
10. TQM/CQI	22 (95.7)	59 (93.7)	81 (94.2)	1.000 ^F
11. HA	23 (100.0)	60 (95.2)	83 (95.3)	0.561
12. ISO 9002	20 (87.0)	40 (63.5)	60 (69.8)	0.036*
13. ISO 14001	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (1.2)	0.733 ^F
14. ISO Guide 25	18 (78.3)	56 (88.9)	74 (86.0)	0.324 ^F
15. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	18 (78.3)	55 (85.3)	73 (84.8)	0.320 ^F

หมายเหตุ * = มีนัยสำคัญทางสถิติ

F = Fisher 's Exact test

na = non-applicable

3.6 ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับจำนวนเตียงโรงพยาบาล

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เมื่อจำแนกตามจำนวนเตียงของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง น้อยกว่า 310 เตียงทุกแห่ง เคยทำกิจกรรม พบส., 5 ส., การพัฒนาพฤติกรรมบริการ และกิจกรรมการพัฒนาบริการด้านหน้า รองลงมาคือ การประกันคุณภาพ (ร้อยละ 95.0) ส่วนโรงพยาบาลที่มีขนาด ตั้งแต่ 310- 394 เตียง ทุกแห่งเคยทำกิจกรรม พบส., 5 ส., การประกันคุณภาพ และ HA รองลงมา คือ กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า, TQM/CQI, ร้อยละ 95.7 เท่ากัน สำหรับ โรงพยาบาลที่มีขนาด ตั้งแต่ 395 -510 เตียง เคยทำกิจกรรมพบส., 5ส , การพัฒนาพฤติกรรมบริการ, การประกันคุณภาพ, กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า และ TQM/CQI ทุกแห่ง รองลงมา คือ HA (ร้อยละ 95.5) ดังตารางที่ 4.10

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของแต่ละประเภท ตามจำนวนเตียงของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงต่างกันมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p's > 0.05$) ดังนั้น จำนวนเตียงของโรงพยาบาล จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (n =86)

ประเภทกิจกรรม	น้อยกว่า310 เตียง (n=20)		310 - 394 เตียง(n=23)		395-510 เตียง (n=22)		มากกว่า 510 เตียง (n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. พบส.	20	100.0	23	100.0	22	100.0	21	100.0	na
2. 5 ส.	20	100.0	23	100.0	22	100.0	21	100.0	na
3.การพัฒนาพฤติกรรมบริการ	20	100.0	21	93.1	22	100.0	20	95.2	0.558 ^F
4.กิจกรรมข้อเสนอแนะ	14	70.0	18	78.3	13	59.1	14	66.7	0.578 ^F
5.การพัฒนาองค์กร	17	85.0	17	73.9	19	86.4	18	85.7	0.695 ^F
6. กิจกรรมควิซี	14	70.0	17	73.9	18	81.8	14	66.7	0.705
7.การประกันคุณภาพ	19	95.0	23	100.0	22	100.0	20	95.2	0.357 ^F
8.กิจกรรม 3 S	16	80.0	20	87.0	20	90.9	18	85.7	0.775 ^F
9. กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า	20	100.0	22	95.7	22	100.0	21	100.0	na
10.TQM/CQI	17	85.0	22	95.7	22	100.0	20	95.2	0.193 ^F
11.HA	18	90.0	23	100.0	21	95.5	21	100.0	0.136 ^F
12.ISO 9002	14	70.0	16	69.6	12	54.5	18	85.7	0.176
13. ISO 14001	1	5.0	0	0.0	0	0.0	1	4.8	0.357 ^F
14. ISO Guide 25	17	85.0	21	91.3	20	90.9	16	76.2	.505 ^F
15.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	17	85	21	91.3	19	86.4	16	76.2	0.598 ^F

หมายเหตุ F= Fisher 's exact test

3.7 ความสัมพันธ์ของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับจำนวนบุคลากร

เมื่อจำแนก ตามจำนวนบุคลากร พบว่า โรงพยาบาลที่จำนวนบุคลากรน้อยกว่า 647 คน ทุกแห่ง เคยทำกิจกรรมทบทวน, 5 ส., การพัฒนาพฤติกรรมบริการ และ กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า ส่วน การประกันคุณภาพ เป็นกิจกรรมที่ทำมากเป็นอันดับรองมา (ร้อยละ 95.0)

โรงพยาบาลที่มีขนาดบุคลากร 647-817 คน เคยทำกิจกรรมทบทวน, 5ส. การประกันคุณภาพ และ HA ครอบคลุมทุกแห่ง รองลงมาคือ การพัฒนาพฤติกรรมบริการ, กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า และ TQM/CQI (ร้อยละ 95.7 เท่ากัน) ดังตารางที่ 4.11

โรงพยาบาลที่มีขนาดบุคลากร 818 -1016 คน เคยทำกิจกรรมทบทวน, 5 ส, การประกันคุณภาพ, กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า, TQM/CQI และ ISO guide 25 ครอบคลุมทุกแห่ง รองลงมาคือ การพัฒนาพฤติกรรมบริการ และ HA (ร้อยละ 95.5 เท่ากัน) ดังตารางที่ 4.11

โรงพยาบาลที่มีขนาดบุคลากร 1016 คน ขึ้นไป เคยผ่านการทำกิจกรรม ทบทวน, 5ส. กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า และ HA ครอบคลุมทุกแห่ง รองลงมา คือ กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า, การประกันคุณภาพ และ TQM/CQI (ร้อยละ 95.2 เท่ากัน) ตารางที่ 4.11

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ตามจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล พบว่า จำนวนบุคลากรที่ต่างกันมีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังนั้น จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ของจำนวนบุคลากร กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (n =86)

ประเภทกิจกรรม	น้อยกว่า 647 คน(n=20)		647 - 817 คน(n=23)		818-1016 คน(n=22)		มากกว่า 510 คน (n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. พบส.	20	100.0	23	100.0	22	100.0	21	100.0	na
2. 5 ส.	20	100.0	23	100.0	22	100.0	21	100.0	na
3.การพัฒนาพฤติกรรมบริการ	20	100.0	22	95.7	21	95.5	20	95.2	1.00 ^F
4.กิจกรรมข้อเสนอแนะ	13	65.0	20	87.0	13	59.1	13	61.9	0.166
5.การพัฒนาองค์กร	17	85.0	17	73.9	19	86.4	18	85.7	0.695 ^F
6. กิจกรรมวิชาชีพ	14	70.0	17	73.9	17	77.3	15	71.4	0.954
7.การประกันคุณภาพ	19	95.0	23	100.0	22	100.0	20	95.2	0.357 ^F
8.กิจกรรม 3 S	16	80.0	20	87.0	19	86.4	19	90.5	0.810 ^F
9. กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า	20	100.0	22	95.7	22	100.0	21	100.0	1.000 ^F
10.TQM/CQI	17	85.0	22	95.7	22	100.0	20	95.2	0.193 ^F
11.HA	18	90.0	23	100.0	21	95.5	21	100.0	0.136 ^F
12.ISO 9002	13	65.0	15	65.2	14	63.6	18	85.7	0.339
13. ISO 14001	1	5.0	0	0.0	0	0.0	1	4.8	0.357 ^F
14. ISO Guide 25	18	90.0	18	78.3	22	100.0	16	76.2	0.052 ^F
15.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	17	19.7	20	23.3	19	22.09	17	19.8	0.954 ^F

หมายเหตุ F= Fisher 's exact test

3.8 ความสัมพันธ์ของเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/CQI กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ที่เคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว 12 แห่ง เคยทำกิจกรรม พบส, 5ส.,การพัฒนาพฤติกรรมบริการการพัฒนาองค์กร, กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า ,TQM/CQI, HA. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกแห่ง ส่วนกิจกรรมที่โรงพยาบาลดังกล่าว ทำน้อยที่สุดคือ ISO 14001 ซึ่งมีเคยทำเพียงแห่งเดียวเท่านั้น คือ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ตารางที่ 4.12)

โรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/COI จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง ในจำนวนทั้งหมดนี้ เคยผ่านทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ 5 ส.,การพัฒนาองค์กร, คิวซี, การประกันคุณภาพ, กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า, TQM/CQI, HA และ ISO guide 25 ครบทุกแห่ง

สำหรับความสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/CQI กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนั้น ไม่ได้มีการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก จำนวนโรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการดังกล่าว มีจำนวน น้อยเกินไป ($n=12$ และ $n=4$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/CQI จำแนกตามประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ประเภทกิจกรรม	การเข้าร่วมโครงการ	
	HA (n=12)	TQM/CQI (n=4)
1. พบส.	12	4
2. 5 ส.	12	4
3. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ	12	4
4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ	8	3
5. การพัฒนาองค์กร	12	4
6. กิจกรรมคิวซี	11	4
7. การประกันคุณภาพ	11	4
8. กิจกรรม 3 S	11	3
9. กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า	12	4
10. TQM/CQI	12	4
11. HA	12	4
12. ISO 9002	9	3
13. ISO 14001	1	0
14. ISO Guide 25	8	4
15. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	12	3

ส่วนที่ 4 ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ในส่วนนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งแบ่งตามลักษณะโรงพยาบาลเป็น 2 ส่วน คือ

4.1 ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

4.2 ภาพรวมความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

โดยในแต่ละส่วนจะนำเสนอข้อมูลแยกออกเป็นความสำเร็จ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
- 2) ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร
- 3) ด้านกระบวนการคุณภาพ
- 4) ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพ
- 5) ด้านสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร
- 6) ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะนำเสนอต่อไป จะมีการใช้สัญลักษณ์แทนการสื่อความหมายต่างๆ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
0	ยังไม่มีกระบวนการ (การปฏิบัติ)
1	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติแต่ยังไม่เห็นผลงาน
2	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติและเห็นผลงานบางส่วน
3	มีกระบวนการ/การนำไปปฏิบัติและเห็นผลงานชัดเจน

4.1 ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ เกี่ยวกับการนำองค์กร พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มักจะมีกระบวนการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน ได้แก่ ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 65.2) ผู้บริหารสามารถใช้ศักยภาพของคนในองค์กรในการพัฒนาคุณภาพได้ (ร้อยละ 52.2) เกี่ยวกับทิศทางและนโยบาย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีกระบวนการและเห็นผลชัดเจน โดยที่โรงพยาบาลได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา (ร้อยละ 73.9) และ โรงพยาบาลมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน (ร้อยละ 65.2) ดังตารางที่ 4.13

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนา พบว่า ในส่วนการนำองค์กร โรงพยาบาลส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน โดยโรงพยาบาลมีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพทุก 1-2 เดือน (ร้อยละ 54.0) ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 50.8) และผู้บริหารเข้าใจแนวคิดและให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานมากขึ้น (ร้อยละ 4.0) รวมทั้งมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน โดยผู้บริหารสามารถใช้ศักยภาพของคนในองค์กรในการพัฒนาคุณภาพได้ (ร้อยละ 58.7) ในส่วนทิศทางนโยบาย โรงพยาบาลส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ 50) ได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา (ร้อยละ 69.8) และมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน (ร้อยละ 65.1) ดังตารางที่ 4.13

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลทั่วไป จะมีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนกว่าโรงพยาบาลศูนย์ โดยโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับทิศทางนโยบายเท่านั้น ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ทั้งเกี่ยวกับกับการนำองค์กร และทิศทางและนโยบายสำหรับในทิศทางและนโยบาย พบว่า ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนในกิจกรรมที่เหมือนกัน คือ การประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนาและการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 แสดงร้อยละความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	C	1	2	3	0	1	2	3
ก. การนำองค์กร								
1. มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ประสานติดตามผลการพัฒนาคุณภาพทุกระดับ	2 (8.7)		11 (47.8)	0 (43.5)	2 (3.2)	1 (1.6)	37 (58.7)	23 (36.5)
2. มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนา คุณภาพทุก 1-2 เดือน	1 (4.3)	2 (8.7)	10 (43.5)	10 (43.5)	3 (4.8)	4 (6.5)	22 (34.9)	34 (54.0)
3. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพ			15 (65.2)	8 (34.8)		1 (1.6)	30 (47.6)	32 (50.8)
4. ผู้บริหารเข้าใจแนวคิดและให้ความสำคัญกับกระบวนการ ทำงานมากขึ้น		3 (13.0)	9 (39.1)	11 (47.8)		2 (3.2)	27 (42.9)	34 (54.0)
5. ผู้บริหารสามารถใช้ศักยภาพของคนในองค์กรในการพัฒนา คุณภาพได้		4 (17.4)	12 (52.2)	7 (30.4)		5 (7.9)	37 (58.7)	21 (33.3)
6. มีการเปลี่ยนแนวคิดมาเป็นการบริหารแบบมีส่วนร่วม		4 (17.4)	14 (60.9)	5 (21.7)		6 (9.5)	31 (49.2)	26 (41.3)

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ (ต่อ)

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
ข. ทิศทางและนโยบาย								
7. รพ.ท่านได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา	1 (4.3)	1 (4.3)	4 (17.4)	17 (73.9)	3 (4.8)	3 (4.8)	13 (20.6)	44 (69.8)
8. รพ.ท่านมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน		2 (8.7)	6 (26.1)	15 (65.2)		2 (3.2)	20 (31.7)	41 (65.1)
9. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีการรับรู้และเข้าใจในบทบาทของตนต่อเป้าหมายร่วม		3 (13.0)	14 (60.9)	6 (26.1)	2 (3.2)	4 (6.3)	38 (60.3)	19 (30.2)
10. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล		4 (17.4)	9 (39.1)	10 (43.5)	1 (1.6)	7 (11.1)	24 (38.1)	31 (49.2)
11. มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานและมีการปรับแผน / แก้ไขปัญหาในสิ่งที่ไม่ได้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้	1 (4.3)	6 (26.1)	12 (52.2)	4 (17.4)	4 (6.3)	11 (17.5)	40 (63.5)	8 (12.7)

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ50) มีกระบวนการที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยโรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ56.5) และระบบสารสนเทศ ที่โรงพยาบาลมีการจัดระบบ/ควบคุมเอกสารคุณภาพ (ร้อยละ 52.2) สำหรับในส่วนอื่นๆ ส่วนมากจะมีกระบวนการที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น โดยเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรและการประสานบริการ พบว่าโรงพยาบาลผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ถึงร้อยละ 73.9 เกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี ถึงร้อยละ82.6 และในส่วนเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ เครื่องมือและวัสดุได้รับการบำรุงรักษาและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา (ร้อยละ 69.6) ดังตารางที่ 4.14

เมื่อพิจารณาภาพรวมความสำเร็จ ในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ของโรงพยาบาลศูนย์จะพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) จะมีความสำเร็จในระดับมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ที่โรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพเท่านั้น(ร้อยละ 56.5) และระบบสารสนเทศที่โรงพยาบาลมีการจัดระบบ/ควบคุมเอกสารคุณภาพ (ร้อยละ 52.2) ในส่วนอื่นๆ มักจะได้มีกระบวนการที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ในการบริหารทรัพยากรและการประสานบริการ ส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีลักษณะการทำงานเป็นทีม โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 73.0) ในส่วนการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล พบว่า ส่วนมากเจ้าหน้าที่มีความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพมากขึ้นและเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยเห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 76.2) ในส่วนการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ส่วนใหญ่พบว่ามีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน (ร้อยละ 63.5) ในส่วนเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ส่วนใหญ่ พบว่า เครื่องมือและวัสดุได้รับการบำรุงรักษาและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลาโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 66.7) ในส่วนระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนมากมีการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในกอบริการบริการผู้ป่วย โดยเห็นผลเป็นบางส่วน ร้อยละ 68.3 (ตารางที่ 4.14)

เมื่อพิจารณาในภาพรวมด้านทรัพยากรของโรงพยาบาลทั่วไป จะพบว่าโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 จะมีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียและระบบกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 63.5 และ 57.1 ตามลำดับ) ส่วนอื่นๆ พบว่า มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 แสดงร้อยละความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
ก. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ								
1. เจ้าหน้าที่ในรพ. ท่านมีลักษณะการทำงานเป็นทีม	1 (4.3)	1 (4.3)	15 (65.2)	6 (26.1)		2 (3.2)	46 (73.0)	15 (23.8)
2. รพ. ของท่านมีบรรยากาศในการทำงานดีขั้น	1 (4.3)	1 (4.3)	14 (60.9)	7 (30.4)		3 (4.8)	43 (68.3)	17 (27.0)
3. สามารถลดขั้นตอนบางอย่างที่ซ้ำซ้อนได้	1 (4.3)	3 (13.0)	13 (56.5)	6 (21.6)		6 (9.5)	41 (65.1)	16 (25.4)
4. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น	1 (4.3)	2 (8.7)	17 (73.9)	3 (13.0)	1 (1.6)	10 (15.9)	37 (58.7)	15 (23.8)
5. สามารถประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลได้	1 (4.3)	7 (30.4)	11 (47.8)	4 (17.4)		17 (27.0)	36 (57.1)	10 (15.9)
6. มีการจัดการความพอเพียงและใช้ ทรัพยากรในแต่ละหน่วย งานอย่างมีประสิทธิภาพ	1 (4.3)	5 (21.7)	12 (52.2)	5 (21.7)	1 (1.6)	20 (31.7)	35 (55.6)	7 (11.1)

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร(ต่อ)

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)				
	0	1	2	3	0	1	2	3	
ข. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล									
7. เจ้าหน้าที่ถูกกระตุ้นให้มีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น		3 (13.0)	12 (52.2)	8 (34.8)		4 (6.3)	40 (63.5)	19 (30.2)	
8. เจ้าหน้าที่มีวิธีคิดอย่างเป็นระบบในการแก้ปัญหามากขึ้น	2 (8.7)	2 (8.7)	13 (56.5)	6 (26.1)		6 (9.5)	40 (63.5)	17 (27.0)	
9. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นและทำงานเป็นระบบมากขึ้น	1 (4.3)	1 (4.3)	17 (73.9)	4 (17.4)		6 (9.5)	41 (65.1)	16 (25.4)	
10. เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพมากขึ้นและเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง			4 (17.4)	15 (65.2)	4 (17.4)		1 (1.6)	48 (76.2)	14 (22.2)
11. เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี				19 (82.6)	4 (17.4)		1 (1.6)	41 (65.1)	21 (33.3)
12. การพัฒนาคุณภาพทำให้รพ.ของท่านสามารถลดความขัดแย้งลงได้			4 (17.4)	13 (56.5)	6 (26.1)	1 (1.6)	10 (15.9)	36 (57.1)	16 (25.4)
13. มีการสร้าง Facilitator เพื่อเป็นผู้ประสานงานคุณภาพในหน่วยงาน	1 (4.3)	1 (4.3)	10 (43.5)	11 (47.8)	3 (4.8)	2 (3.2)	27 (42.9)	31 (49.2)	

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร(ต่อ)

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
14. เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพครอบคลุมทุกหน่วยงาน		4 (17.4)	9 (39.1)	10 (43.5)	1 (1.6)	3 (4.8)	35 (55.6)	24 (38.1)
ค. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย								
15. มีการป้องกันอัคคีภัย เช่น มีการอบรมและซ้อมแผนอัคคีภัย		3 (13.0)	11 (47.8)	9 (39.1)	5 (7.9)	9 (14.3)	22 (34.9)	27 (42.9)
16. มีการทดสอบ/บำรุงรักษาระบบอัคคีภัยสม่ำเสมอ	1 (4.3)	6 (26.1)	10 (43.5)	6 (26.1)	4 (6.5)	16 (25.4)	23 (36.5)	20 (31.7)
17. มีการจัดระบบสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย		5 (21.7)	9 (39.1)	9 (39.1)	1 (1.6)	1 (1.6)	39 (61.9)	22 (34.9)
18. *มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ		1 (4.3)	9 (39.1)	13 (56.5)		1 (1.6)	21 (33.3)	40 (63.5)
19. *มีระบบกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ	1 (4.3)	2 (8.7)	10 (43.5)	10 (43.5)		2 (3.2)	24 (38.1)	36 (57.1)

* โรงพยาบาลทั่วไป ไม่ระบุ 1 แห่ง

ตารางที่ 4.14 แสดงร้อยละความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร (ต่อ)

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)				
	0	1	2	3	0	1	2	3	
ง. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ									
20. เครื่องมือและวัสดุได้รับการบำรุงรักษาและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา		1 (4.3)	16 (69.6)	6 (26.1)		1 (1.6)	42 (66.7)	20 (31.7)	
21. มีระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นแก่หน่วยงานต่างๆอย่างเหมาะสม		3 (13.0)	12 (52.2)	8 (34.8)		5 (7.9)	35 (55.6)	23 (36.5)	
22. สามารถลดการสูญเสียของวัสดุในโรงพยาบาลได้		6 (26.1)	13 (56.5)	4 (17.4)		14 (22.2)	36 (57.1)	13 (20.6)	
จ. ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล									
23. รพ.ของท่านมีการใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ			4 (17.4)	14 (60.9)	5 (21.7)	1 (1.6)	7 (11.1)	41 (65.1)	14 (22.2)
24. รพ.ท่านมีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ			6 (26.1)	10 (43.5)	7 (30.4)	1 (1.6)	6 (9.5)	38 (60.3)	18 (28.6)
25. มีการจัดระบบ/ควบคุมเอกสารคุณภาพ	1 (4.3)	1 (4.3)	9 (39.1)	12 (52.2)	3 (4.8)	12 (19.0)	24 (38.1)	23 (36.5)	
26. มีการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหารบริการผู้ป่วย	2 (8.7)	1 (4.3)	13 (56.5)	6 (26.1)	2 (3.2)	10 (15.9)	43 (68.3)	8 (12.7)	

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ ด้านกระบวนการคุณภาพ พบว่า ในกระบวนการคุณภาพทั่วไป พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.6) มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมโดยมีการปฏิบัติและเห็นผลเป็นบางส่วน ในส่วนกระบวนการคุณภาพด้านคลินิก พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.9) สามารถตรวจสอบ/ค้นหาข้อบกพร่องจากการทำงานได้ โดยมีกระบวนการที่เห็นผลเป็นบางส่วน และในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนมาก(ร้อยละ 73.9) มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการปฏิบัติและเห็นผลชัดเจน (ตารางที่ 4.15)

เมื่อพิจารณาความสำเร็จในภาพรวมด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 จะมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 73.9 สำหรับในส่วนอื่น ๆ 仍有ความสำเร็จในระดับมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วนเท่านั้น (ตารางที่ 4.15)

ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ พบว่า ในกระบวนการคุณภาพทั่วไป ส่วนใหญ่ มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมและได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ โดยเห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 76.2) ในกระบวนการคุณภาพทางคลินิก ส่วนมากจะมีการทบทวนคู่มือ/แนวทางและทบทวนการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางนั้น โดยเห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 66.7) ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะมีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน (ร้อยละ 63.5) ดังตารางที่ 4.15

เมื่อพิจารณาความสำเร็จในภาพรวม ในด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 50) มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน ยกเว้นในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ถึงร้อยละ 63.5 (ตารางที่ 15)

ดังนั้น โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนมาก (มากกว่า ร้อยละ 50) จะมีความสำเร็จที่มีการปฏิบัติโดยเห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ร้อยละ 73.9 และ 63.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปด้านกระบวนการคุณภาพ

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
ก.กระบวนการคุณภาพทั่วไป								
1. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดย CQI ระดับหน่วยงานและক্রমসায়গান	3 (13.0)	1 (4.3)	10 (43.5)	9 (39.1)	2 (3.2)	6 (9.5)	41 (65.1)	13 (20.6)
2. มีกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพและนำเสนอผลงานกลุ่ม	1 (4.3)	2 (8.7)	10 (43.5)	10 (43.5)	3 (4.8)	7 (11.1)	37 (58.7)	15 (23.8)
3. มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมและได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้		1 (4.3)	16 (69.6)	6 (26.1)	1 (1.6)	3 (4.8)	48 (76.2)	11 (17.5)
4. มีการกำหนดและใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัดคุณภาพ	2 (8.7)	5 (21.7)	11 (47.8)	5 (8.1)	2 (3.2)	12 (19.0)	44 (69.8)	5 (7.9)
5. มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานที่กำหนดไว้	2 (8.7)	4 (17.4)	8 (34.8)	8 (34.8)	2 (3.2)	14 (22.2)	34 (54.0)	13 (20.6)
ข.กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ								
6. มีการนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence base) เป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย	1 (4.3)	4 (17.4)	12 (52.2)	6 (26.1)	2 (3.2)	13 (20.6)	38 (60.3)	9 (14.3)
7. มีการทบทวนคู่มือ/แนวทางและทบทวนการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทาง	1 (4.3)	5 (8.1)	13 (56.5)	4 (17.4)	1 (1.6)	10 (15.9)	42 (66.7)	10 (15.9)

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปด้านกระบวนการคุณภาพ

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
8. มีกิจกรรมการตรวจเยี่ยมภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทุก 3 – 4 เดือน	3 (13.0)	6 (26.1)	7 (30.4)	7 (30.4)	6 (9.5)	23 (36.5)	25 (39.7)	9 (14.3)
9. มีกลไกการปัญหาในการบริการผู้ป่วย หรืองานประจำวันได้รับการแก้ไขเร็วขึ้น	1 (4.3)	6 (26.1)	10 (26.1)	6 (26.1)	1 (1.6)	10 (15.9)	34 (52.4)	19 (30.2)
10. มีกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง/จัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยง	1 (4.3)	4 (17.4)	12 (52.2)	6 (26.1)	3 (4.8)	10 (15.9)	35 (55.6)	15 (23.8)
11. รพ.ของท่านมีมาตรการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น	1 (4.3)	6 (26.1)	11 (47.8)	5 (21.7)	2 (3.2)	14 (22.6)	33 (52.4)	14 (22.2)
12. รพ.ท่านสามารถตรวจสอบ/ค้นหาข้อบกพร่องจากการทำงานได้	1 (4.3)	3 (13.0)	14 (60.9)	5 (21.7)		12 (19.0)	39 (61.9)	12 (19.0)
ค.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล								
13. *มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล		1 (4.3)	4 (17.4)	17 (73.9)			23 (36.5)	40 (63.5)
14. เจ้าหน้าที่ตระหนักต่อนโยบายและมาตรการการติดเชื้อในโรงพยาบาล			13 (56.5)	10 (43.5)			36 (57.1)	27 (42.9)

* โรงพยาบาลศูนย์ไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ ด้านการรักษามาตรฐานและ จริยธรรมวิชาชีพ ในส่วนองค์กรแพทย์ ส่วนมาก พบว่า แพทย์ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น โดยมีกระบวนการและเห็นผลเป็นบางส่วน(ร้อยละ 69.6) ส่วนในการบริหารการพยาบาล พบว่า ส่วนมาก จะเห็นผลชัดเจน โดยมีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาล ในการรักษา มาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ (ร้อยละ65.2) การนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ52.2) และมีกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล (ร้อยละ60.9) ดังตารางที่ 4.16

เมื่อพิจารณาความสำเร็จในภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์ ของด้านการรักษามาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ พบว่า โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 50 ความสำเร็จในระดับการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในการบริหารพยาบาลทุกกิจกรรม ทั้งโดยมีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาล ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ (ร้อยละ65.2) การนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ52.2) และมีกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล (ร้อยละ60.9) ขณะที่ในองค์กรแพทย์ ความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในการจัดตั้งองค์กรแพทย์ (ร้อยละ 65.2) เท่านั้น ส่วนอื่นๆ ยังมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วน (ตารางที่ 4.16)

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการรักษามาตรฐานและ จริยธรรมวิชาชีพ พบว่า ในส่วนองค์กรแพทย์ ส่วนใหญ่ ได้มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน (ร้อยละ 63.5) ส่วนองค์กรพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนทุก กิจกรรม โดยมีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาล ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรม วิชาชีพ (ร้อยละ 66.7) การนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ60.3) และมีกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล ร้อยละ 60.3 เช่นเดียวกัน(ตารางที่ 4.16)

เมื่อพิจารณาความสำเร็จในภาพรวมของโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านการรักษามาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ50) ความสำเร็จในด้านการบริหารพยาบาล มากกว่าองค์กรแพทย์ กล่าวคือ การบริหารพยาบาลมีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนทุก กิจกรรม ส่วนองค์กรแพทย์ มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในการจัดตั้งองค์กรแพทย์(ร้อยละ 65.2) เท่านั้น ส่วนอื่นๆ ยังเห็นผลเป็นบางส่วน (ตารางที่ 4.16)

ดังนั้นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ 50) ความสำเร็จ ของด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพที่คล้ายคลึงกัน โดยที่โรงพยาบาลทั้ง 2 ประเภท มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในการบริหารพยาบาลมากกว่าองค์กรแพทย์ (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์ ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
ก.องค์กรแพทย์								
1. มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ที่ชัดเจน	3 (13.0)	3 (13.0)	2 (8.7)	15 (65.2)	2 (3.2)	10 (15.9)	11 (17.5)	40 (63.5)
2. แพทย์มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น			16 (69.6)	7 (30.4)	1 (1.6)	5 (7.9)	33 (52.4)	24 (38.1)
3. มีการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพทางการแพทย์	2 (8.7)	4 (17.4)	12 (52.2)	5 (21.7)		9 (14.3)	38 (60.3)	16 (25.4)
ข.การบริหารการพยาบาล								
4. มีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาลในการรักษามาตรฐานและ จริยธรรมวิชาชีพ		1 (4.3)	7 (30.4)	15 (65.2)		1 (1.6)	20 (31.7)	42 (66.7)
5. มีการนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล		1 (4.3)	10 (43.5)	12 (52.2)			26 (39.7)	38 (60.3)
6. มีกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล		1 (4.3)	8 (34.8)	14 (60.9)			25 (39.7)	38 (60.3)

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร พบว่า เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลส่วนใหญ่(ร้อยละ 65.2) ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นกับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น โดยได้มีการปฏิบัติและเห็นผลเป็นบางส่วน เกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.2) มีการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน (ตารางที่ 4.17)

เมื่อพิจารณาความสำเร็จของโรงพยาบาลศูนย์ ในด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร พบว่า ทั้งเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย และ เกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ50 มักจะมีความสำเร็จ โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วน (ตารางที่ 4.17)

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทั่วไป ในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 จะมีกระบวนการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน โดยที่โรงพยาบาลได้มีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัย (ร้อยละ 52.4) และมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน โดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตระหนักในสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัยมากขึ้น (ร้อยละ65.1) และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นกับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น (ร้อยละ 60.3) เกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น (ร้อยละ 52.4) การรักษาจริยธรรมวิชาชีพ ได้มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วนเท่านั้น (ตารางที่ 4.17)

เมื่อพิจารณาความสำเร็จในภาพรวมของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร พบว่า โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 50 จะมีกระบวนการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย โดยที่โรงพยาบาลได้มีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัย(ร้อยละ 52.4) และเกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร ในการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น (ร้อยละ 52.4)

ดังนั้น จะเห็นว่า โรงพยาบาลทั่วไปจะมีความสำเร็จในด้านด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร มากกว่าโรงพยาบาลศูนย์ โดยโรงพยาบาลทั่วไป มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนทั้งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ที่ได้มีการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น (ร้อยละ 52.4) และที่เกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร ที่มีการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น (ร้อยละ 52.4) ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ มีความสำเร็จที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปด้านสิทธิผู้ป่วยและ
จริยธรรมองค์กร

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
ก. สิทธิผู้ป่วย								
1. *รพ.ของท่านมีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและ ความปลอดภัย	2 (8.7)	2 (8.7)	8 (34.8)	10 (47.8)		1 (1.6)	29 (46.0)	33 (52.4)
2. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตระหนักในสิทธิผู้ป่วยและความ ปลอดภัยมากขึ้น	1 (4.3)	2 (8.7)	14 (60.9)	6 (26.1)		2 (3.2)	41 (65.1)	20 (31.7)
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นกับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น	1 (4.3)		15 (65.2)	7 (30.4)		4 (6.3)	38 (60.3)	21 (33.3)
ข. จริยธรรมองค์กร								
4. มีการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ		2 (8.7)	15 (65.2)	6 (26.1)		3 (4.8)	42 (66.7)	18 (28.6)
5. มีการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไป รับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น		2 (8.7)	12 (52.2)	9 (39.1)	1 (1.6)	10 (15.9)	19 (30.2)	33 (52.4)

* โรงพยาบาลทั่วไป ไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ยังไม่มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน แต่มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น โดยในส่วนที่เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลส่วนมาก มักจะทำงานเป็นทีมดี (ร้อยละ 60.9) ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า มีการดำเนินการที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งก่อนการ ดูแลรักษา และให้ได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ (ร้อยละ 65.2 เช่นเดียวกัน) ดังตารางที่ 18 เมื่อพิจารณาในภาพรวมของความสำเร็จด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า มากกว่า ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลศูนย์ มีความสำเร็จทั้งในส่วนของการทำงานเป็นทีม และการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วน เท่านั้น (ตารางที่ 4.18)

โรงพยาบาลทั่วไป พบว่า เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีการทำงานแบบ คร่อมสายงาน (Cross - Functional Team) โดยมีกระบวนการที่เห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 60.3) และในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ โดยมีกระบวนการที่เห็นผลบางส่วน (ร้อยละ 77.8) หากพิจารณาในภาพรวมด้านการดูแลผู้ป่วย จะพบว่า ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน โดยได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ ถึงร้อยละ 77.4 (ดังตารางที่ 4.18)

ดังนั้นจะเห็นว่า ความสำเร็จด้านการดูแลผู้ป่วย ของโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาล ทั่วไป ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มักมีการปฏิบัติและเห็นผลเป็นบางส่วน ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ จะมีความสำเร็จในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งก่อนการดูแลรักษา และได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 65.2 เท่ากัน เช่นเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไป ที่ส่วนใหญ่มีความสำเร็จ โดยที่ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ ถึงร้อยละ 77.8 (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 แสดงร้อยละความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย

ข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ (n=23)				โรงพยาบาลทั่วไป (n=63)			
	0	1	2	3	0	1	2	3
ก. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย								
1. รพ.ของท่านมีการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ (Multi-disciplinary Team)	3 (13.0)	2 (8.7)	11 (47.8)	7 (30.4)	1 (1.6)	15 (23.8)	34 (54.0)	13 (20.6)
2. รพ.ของท่านมีการทำงานแบบคร่อมสายงาน (Cross – Functional Team)	1 (4.3)	2 (8.7)	12 (52.2)	8 (34.8)	1 (1.6)	7 (11.1)	38 (60.3)	17 (27.0)
3. รพ.ของท่านส่วนใหญ่ทำงานเป็นทีมดี	2 (8.7)	1 (4.3)	14 (60.9)	6 (26.1)		8 (12.7)	35 (55.6)	20 (31.7)
4. มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ (Discharge plan) ในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลซับซ้อน	1 (4.3)	6 (26.1)	9 (39.1)	7 (30.4)		18 (28.6)	36 (57.1)	9 (14.3)
5. มีการร่วมกันเป็นทีมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	3 (13.0)	5 (21.7)	10 (43.5)	5 (21.7)	1 (1.6)	17 (27.0)	35 (55.6)	10 (15.9)
ข. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว								
6. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการดูแลรักษา	2 (8.7)	1 (4.3)	15 (65.2)	5 (21.7)	1 (1.6)	8 (12.7)	42 (66.7)	12 (19.0)
7. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ	1 (4.3)	3 (13.0)	15 (65.2)	4 (17.4)	1 (1.6)	4 (6.3)	49 (77.8)	9 (14.3)

ภาพรวมความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนา พบว่า ในส่วนการนำองค์กร โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน โดยโรงพยาบาลมีการรายงานการประชุมและรายงานความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ ทุก 1-2 เดือน (ร้อยละ 52.1) และผู้บริหารเข้าใจแนวคิดและให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานมากขึ้น (ร้อยละ 52.3) ในส่วนทิศทางและนโยบาย มีกระบวนการที่เห็นผลชัดเจน ที่โรงพยาบาลได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา (ร้อยละ 70.9) และโรงพยาบาลมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน(ร้อยละ 65.1) ดังตารางที่ 4.19

ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร พบว่า ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีกระบวนการ ที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ที่มีระบบบำบัดน้ำเสียและระบบกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 61.6 และ 53.5 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ยังพบว่า ส่วนใหญ่ ยังมีการปฏิบัติที่ยังเห็นผลเป็นบางส่วนเท่านั้น ได้แก่ การบริหารทรัพยากรและการประสานบริการ ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลมีการทำงานเป็นทีม เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 70.9) ในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.3) เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพมากขึ้นและเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย พบว่า มีการจัดระบบสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล และอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย มากที่สุด (ร้อยละ 55.8) เกี่ยวกับเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ พบว่า ส่วนมาก (ร้อยละ 67.4) เครื่องมือและวัสดุได้รับการบำรุงรักษาและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา และเกี่ยวกับระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล พบว่า มีการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร บริการผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 65.1 (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ)ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ (n = 86)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
ก. การนำองค์กร				
1. มีการจัดตั้งหน่วยงานหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทำหน้าที่ประสานติดตามผลการพัฒนาคุณภาพทุกระดับ	4 (4.7)	1 (1.2)	48 (55.8)	33 (38.4)
2. มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ ทุก 1-2 เดือน	4 (4.7)	6 (7.0)	32 (37.2)	44 (52.1)
3. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ		1 (1.2)	45 (52.3)	40 (46.5)
4. ผู้บริหารเข้าใจแนวคิดและให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานมากขึ้น		5 (5.8)	36 (41.9)	45 (52.3)
5. ผู้บริหารสามารถใช้ศักยภาพของคนในองค์กรในการพัฒนาคุณภาพได้		9 (10.5)	49 (57.0)	28 (32.6)
6. มีการเปลี่ยนแนวคิดมาเป็นการบริหารแบบมีส่วนร่วม		10 (11.6)	45 (52.3)	31 (36.0)
ข. ทิศทางนโยบาย				
7. รพ. ท่านได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา	4 (4.7)	4 (4.7)	17 (19.8)	61 (70.9)
8. รพ. ท่านมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน		4 (4.7)	26 (30.2)	56 (65.1)
9. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีการรับรู้และเข้าใจในบทบาทของตนต่อเป้าหมายร่วม	2 (2.3)	7 (8.1)	52 (60.5)	25 (29.1)
10. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล	1 (1.2)	11 (12.8)	33 (38.4)	41 (47.7)
11. มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานและมีการปรับแผน แก้ไขปัญหาในสิ่งที่ไม่ได้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้	5 (5.8)	17 (19.8)	52 (60.5)	12 (14.0)

ตารางที่ 20 แสดงร้อยละความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพของทั้งโรงพยาบาล
ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร (n = 86)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
ก.การบริหารทรัพยากรและการประสานบริการ				
1. เจ้าหน้าที่ในรพ.ท่านมีลักษณะการทำงานเป็นทีม	1 (1.2)	3 (3.5)	61 (70.9)	21 (24.4)
2. รพ.ของท่านมีบรรยากาศในการทำงานดีขึ้น	1 (1.2)	4 (4.7)	57 (66.3)	24 (27.9)
3. สามารถลดขั้นตอนบางอย่างที่ซ้ำซ้อนได้	1 (1.2)	9 (10.5)	53 (62.8)	22 (25.6)
4. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น	2 (2.3)	12 (14.0)	54 (62.8)	18 (20.9)
5. สามารถประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลได้	1 (1.2)	24 (27.9)	47 (54.7)	14 (16.3)
6. มีการจัดการความพอเพียงและใช้ ทรัพยากรในแต่ละ หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ	2 (2.3)	25 (29.1)	47 (54.7)	12 (14.0)
ข.การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล				
7. เจ้าหน้าที่ถูกกระตุ้นให้มีโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น		7 (8.1)	52 (60.5)	27 (31.4)
8. เจ้าหน้าที่มีวิธีคิดอย่างเป็นระบบในการ แก้ปัญหามากขึ้น	2 (2.3)	8 (9.3)	53 (61.6)	23 (26.7)
9. เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นและทำงานเป็นระบบมากขึ้น	1 (1.2)	7 (8.1)	58 (67.4)	20 (23.3)
10. เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพมากขึ้นและ เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง		5 (5.8)	63 (73.3)	18 (20.9)
11.เจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดี		1 (1.2)	60 (69.8)	25 (29.1)
12. การพัฒนาคุณภาพทำให้รพ.ของท่านสามารถลดความขัด แย้งลงได้	1 (1.2)	14 (16.3)	49 (57.0)	22 (25.6)
13. มีการสร้าง Facilitator เพื่อเป็นผู้ประสานงานคุณภาพใน หน่วยงาน	4 (4.7)	3 (3.5)	37 (43.0)	42 (48.8)

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพของ
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร (n = 86)
(ต่อ)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
14. เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพครอบคลุมทุกหน่วยงาน	1 (1.2)	7 (8.1)	44 (51.2)	34 (39.5)
ค. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย				
15. มีการป้องกันอัคคีภัย เช่น มีการอบรมและซ้อมแผน อัคคีภัย	5 (5.8)	12 (14.0)	33 (38.4)	36 (41.9)
16. มีการทดสอบ/บำรุงรักษาระบบอัคคีภัยสม่ำเสมอ	5 (5.8)	22 (25.6)	33 (38.4)	26 (30.2)
17. มีการจัดระบบสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและอำนวยความสะดวก สะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัย	1 (1.2)	6 (7.1)	48 (55.8)	31 (36.0)
18. *มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ		2 (2.3)	30 (34.9)	53 (61.6)
19. * มีระบบกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ	1 (1.2)	4 (4.7)	34 (39.5)	46 (53.5)
ง. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ				
20. เครื่องมือและวัสดุได้รับการบำรุงรักษาและพร้อมใช้งานได้ ตลอดเวลา		2 (2.3)	58 (67.4)	26 (30.2)
21. มีระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือที่จำเป็นแก่หน่วย งานต่างๆอย่างเหมาะสม		8 (9.3)	47 (54.7)	31 (36.0)
22. สามารถลดการสูญเสียของวัสดุในโรงพยาบาลได้		20 (23.3)	49 (57.0)	17 (19.8)
จ. ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล				
23. รพ.ของท่านมีการใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ	1 (1.2)	11 (12.8)	55 (64.0)	19 (22.1)
24. รพ.ท่านมีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนา คุณภาพ	1 (1.2)	12 (14.1)	48 (55.3)	25 (29.4)
25. *มีการจัดระบบ/ควบคุมเอกสารคุณภาพ	4 (4.7)	13 (15.1)	33 (38.4)	35 (40.7)
26. *มีการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อใช้ในการ บริหาร บริการผู้ป่วย	4 (4.7)	11 (12.8)	56 (65.1)	14 (16.2)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ด้านกระบวนการคุณภาพ ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในภาพรวมของโรงพยาบาล ศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) จะมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 66.3 ในส่วนอื่นๆจะพบว่า มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น เกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพทั่วไป ส่วนมากมีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมและได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 74.4) ในกระบวนการคุณภาพด้านคลินิก ส่วนใหญ่ ได้มีการ ทบทวนคู่มือ/แนวทางและได้มีปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางนั้น โดยเป็นการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 64.0) ดังตารางที่ 4.21

เมื่อพิจารณาความสำเร็จในด้านกระบวนการคุณภาพทั้งหมด จะพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนเฉพาะในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ในส่วนอื่นๆ มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นเพียงบางส่วน (ตารางที่ 4.21)

ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีกระบวนการที่เห็นผลชัดเจน โดยในส่วนขององค์กรแพทย์ มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ (ร้อยละ 64.0) ส่วนการบริหารองค์กรพยาบาล พบว่า มีความชัดเจนในทุกกิจกรรม ได้แก่ มีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาล ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ (ร้อยละ 66.3) มีกิจกรรมประกันคุณภาพ (ร้อยละ 60.5) และมีการนำมาตรฐานพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ (ร้อยละ 57.0) (ตารางที่ 4.22)

เมื่อพิจารณาความสำเร็จ ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพทั้งหมด จะพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนในบริหารการพยาบาลทั้งหมด และมีความสำเร็จที่เด่นชัดกว่าองค์กรแพทย์ ที่พบว่า มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เฉพาะการจัดตั้งองค์กรแพทย์เท่านั้น (ร้อยละ 64.0) ดังตารางที่ 4.22



ตารางที่ 4.21 แสดงร้อยละความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ (n = 86)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
ก.กระบวนการคุณภาพทั่วไป				
1. มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดย CQI หน่วยงานและ คร่อมสายงาน	5 (5.9)	7 (8.2)	51 (60.0)	22 (25.9)
2. มีกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพและนำเสนอผลงานกลุ่ม	4 (4.7)	9 (10.6)	47 (55.3)	25 (29.4)
3. มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมและได้ ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้	1 (1.2)	4 (4.7)	64 (74.4)	17 (19.8)
4. มีการกำหนดและใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัดคุณภาพ	4 (4.7)	17 (19.8)	55 (64.0)	10 (11.6)
5. มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานที่กำหนดไว้	4 (4.7)	18 (21.2)	42 (49.4)	21 (24.7)
ข.กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ				
6. มีการนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence base) เป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย	3 (3.5)	17 (20.0)	50 (58.8)	15 (17.6)
7. มีการทบทวนคู่มือ/แนวทางและทบทวนการปฏิบัติตามคู่มือ/ แนวทาง	2 (2.3)	15 (17.4)	55 (64.0)	14 (16.3)
8. มีกิจกรรมการตรวจเยี่ยมภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทุก 3 – 4 เดือน	9 (10.5)	29 (33.7)	32 (37.2)	16 (18.6)
9. มีกลไกการแก้ไขปัญหาในการบริการผู้ป่วยหรืองานประจำ วันได้รับการแก้ไขเร็วขึ้น	2 (2.3)	16 (18.6)	43 (50.0)	25 (29.1)
10. มีกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง/จัดทำแนวทางป้องกัน ความเสี่ยง	4 (4.7)	14 (16.3)	47 (54.7)	21 (24.4)
11. รพ.ท่านมีมาตรการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น	3 (3.5)	20 (23.3)	44 (51.2)	19 (22.1)
12. รพ.ท่านสามารถตรวจสอบ/ค้นหาข้อบกพร่องจากการทำงาน ได้	1 (1.2)	15 (17.4)	53 (61.6)	17 (19.8)

ตารางที่ 4.21 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ)ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของ
โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ (n = 86) (ต่อ)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
ค. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล				
13. มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล*		1 (1.2)	27 (31.4)	57 (66.3)
14. เจ้าหน้าที่ตระหนักต่อนโยบายและมาตรการการติดเชื้อใน โรงพยาบาล			49 (57.0)	37 (43.0)

ตารางที่ 4.22 จำนวนและ(ร้อยละ)ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวม
ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
(n = 86)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
ก. องค์กรแพทย์				
1. มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ที่ชัดเจน	1	13 (15.1)	13 (15.1)	55 (64.0)
2. แพทย์มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น	1 (1.2)	5 (5.8)	49 (57.0)	31 (36.0)
3. มีการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพทาง การแพทย์	2 (2.3)	13 (15.1)	50 (58.1)	21 (24.4)
ข. การบริหารการพยาบาล				
4. มีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาลใน การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ		2 (2.3)	27 (31.4)	57 (66.3)
5. มีกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล		1 (1.2)	33 (38.4)	52 (60.5)
6. มีการนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการ ปฏิบัติการพยาบาล		1 (1.2)	36 (41.9)	4 (57.0)

ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ความสำเร็จในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลส่วนใหญ่(ร้อยละ50.6) มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน โดยที่โรงพยาบาลมีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัย สำหรับความตระหนักของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลในสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัย และการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญกับผู้ป่วยและญาติ ยังมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน (ร้อยละ 64.0 และ 61.6 ตามลำดับ) ส่วนในด้านจริยธรรมองค์กร พบว่า ส่วนมาก (ร้อยละ 66.3) มีการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ โดยยังเป็นการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน (ตารางที่ 4.23)

เมื่อพิจารณาความสำเร็จในด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรทั้งหมด จะพบว่า โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มักมีความสำเร็จ โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน ยกเว้นในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัย โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ร้อยละ 50.6 (ตารางที่ 4.23)

ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ ยังมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน โดยเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลมีการทำงานแบบคร่อมสายงาน (Cross- Functionall Team) มากที่สุด (ร้อยละ 58.1) และในส่วนของเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนมากจะพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติถึงร้อยละ 74.4 (ตารางที่ 4.24)

หากพิจารณาความสำเร็จในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมด จะพบว่าโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลบางส่วนในทุกกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการเตรียมพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ ถึงร้อยละ 74.4 (ตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.23 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ)ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร (n =86)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
ก.สิทธิผู้ป่วย				
1. รพ.ของท่านมีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัย	2 (2.4)	3 (3.5)	37 (43.5)	43 (50.6)
2. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตระหนักในสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัยมากขึ้น	1 (1.2)	4 (4.7)	55 (64.0)	26 (30.2)
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นกับผู้ป่วยและญาติมากขึ้น	1 (1.2)	4 (4.7)	53 (61.6)	28 (32.6)
ข.จริยธรรมองค์กร				
4. มีการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ		5 (5.8)	57 (66.3)	24 (27.9)
5. มีการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น	1 (1.2)	12 (14.0)	31 (36.0)	42 (48.8)

ตารางที่ 4.24 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ)ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย (n = 86)

ข้อมูล	ความสำเร็จ			
	0	1	2	3
ก. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย				
1. รพ.ของท่านมีการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ (Multi- disciplinary Team)	4 (4.7)	17 (20.0)	44 (51.8)	20 (23.5)
2. รพ.ของท่านมีการทำงานแบบคร่อมสายงาน (Cross - Functional Team)	2 (2.4)	9 (10.6)	49 (57.6)	25 (29.4)
3. รพ.ของท่านส่วนใหญ่ทำงานเป็นทีมดี	2 (2.4)	9 (10.6)	48 (56.5)	26 (30.6)
4. มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ(Discharge plan) ในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลซับซ้อน	1 (1.2)	24 (28.2)	44 (51.8)	16 (18.8)
5. มีการร่วมกันเป็นทีมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง	4 (4.7)	22 (25.9)	44 (51.8)	15 (17.6)
ข. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว				
6. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการดูแลรักษา	3 (3.5)	9 (10.6)	56 (65.9)	17 (20.0)
7. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมในการกลับไปใช้ ชีวิตปกติ	2 (2.4)	7 (8.2)	63 (74.1)	13 (15.3)

ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ดังที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนใหญ่จะมีความสำเร็จโดยมีกระบวนการที่เห็นผลชัดเจน ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ในการบริหารการพยาบาล ได้แก่ มีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของงานพยาบาลในการรักษาและจริยธรรมวิชาชีพ, การนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และมีกิจกรรมประกันคุณภาพพยาบาล และในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาเกี่ยวกับทิศทางนโยบาย ได้แก่ การประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา และ การทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน ส่วนในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จะมีความสำเร็จที่เห็นผลชัดเจนเฉพาะระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนในด้านอื่นๆ จะมีความสำเร็จที่มีการปฏิบัติ โดยเห็นผลเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น

โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ มีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ที่เกี่ยวกับการนำองค์กร ได้แก่ มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ ทุก 1-2 เดือน, ผู้บริหารให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และผู้บริหารเข้าใจแนวคิดและให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานทำงานมากขึ้นเกี่ยวกับ ทิศทางนโยบาย ได้แก่ การประกาศนโยบายพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนา, มีการทบทวนวิสัยทัศน์พันธกิจของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกันและในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เกี่ยวกับการบริหารองค์กรพยาบาล ได้แก่ มีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของงานพยาบาลในการรักษาและจริยธรรมวิชาชีพ, การนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และมีกิจกรรมประกันคุณภาพพยาบาล (เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์) ในองค์กรแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่มีความชัดเจน ที่มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ส่วนในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการคุณภาพ และด้านสิทธิผู้ป่วยและ จริยธรรมองค์กร ยังมีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วนเท่านั้น

ความสำเร็จในภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งหมด พบว่า มีกระบวนการที่เห็นผลชัดเจน คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งในด้านทิศทางและนโยบาย ด้านกระบวนการคุณภาพ และด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ สำหรับในด้านอื่นๆ ยังมีความสำเร็จ โดยมีการปฏิบัติเป็นบางส่วน เช่นเดียวกัน

ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ อื่นๆ

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามได้ระบุความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติม จากคำถามปลายเปิด ซึ่งสามารถสรุปความสำเร็จ ออกเป็น 2 ด้าน คือ การพัฒนาคน และการพัฒนาระบบ

1. การพัฒนาคน ความสำเร็จที่เกิดขึ้น 3 อันดับแรก ดังนี้

- 1.1 มีความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และ ทีมพัฒนาคุณภาพ
- 1.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจวิธีการพัฒนาคุณภาพและสามารถนำไปปฏิบัติในการทำงานมากขึ้น
- 1.3 เกิดความตื่นตัวและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่และหน่วยงานดีขึ้น

2. การพัฒนาระบบ

- 2.1 ได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ISO9002:1994
- 2.2 ได้รับรางวัลชนะเลิศ, โล่เกียรติคุณ เช่น โรงพยาบาลปรับโฉมดีเด่น รพ.ส่งเสริมจริยธรรมดีเด่น
- 2.3 มีการปรับเพิ่มโครงสร้าง และตั้งกลุ่ม/ทีมคุณภาพ และ นำเสนอผลงานอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 4.25)

ตารางที่ 4.25 ความสำเร็จอื่นๆ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ความสำเร็จ	จำนวน
การพัฒนาคน	
1. ความมุ่งมั่นระดับของผู้บริหารสูงสุดและระดับกลางขององค์กรและทีมพัฒนาคุณภาพ	4
2. เกิดความตื่นตัวและความร่วมมือของบุคลากรของหน่วยงานดีขึ้น	3
3. บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจวิธีการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น	2
4. เจ้าหน้าที่เกิดความภูมิใจในการพัฒนาคุณภาพ	1
การพัฒนาระบบ	
1. ได้รับการรับรอง ISO 9002:1994	4
2. ได้รับรางวัลชนะเลิศ, โล่เกียรติคุณ เช่น โรงพยาบาลปรับโฉมดีเด่น รพ.สงเสริมจริยธรรมดีเด่น	3
3. มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง,ตั้งกลุ่ม/ทีมคุณภาพ และนำเสนอผลงานอย่างต่อเนื่อง	3
4. การกระจายอำนาจทางการบริหาร	2
5. มีระบบ SS และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง	1
6. มีการจัดทำเอกสารแนวทางการปฏิบัติงานของทุกหน่วยงานชัดเจน	1
7. มีการติดตามและประเมินผลคุณภาพงานของทุกหน่วยงาน	1
8. มีการกำหนดธรรมนูญคุณภาพของโรงพยาบาล	1
9. การสร้างบรรยากาศในบรรยากาศในรพ.ของการพัฒนาคุณภาพ	1
10. มีการปรับปรุงรูปแบบการประชุมคณะกรรมการบริหาร	1
11. มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรในลักษณะกลุ่มกิจกรรมคุณภาพ	1
12. วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน	1
13. มีการจัดตั้งศูนย์คุณภาพประสานงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล	1
14. การให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้น	1

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ในส่วนระดับปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จะนำเสนอต่อไปนี้ เพื่อให้การเปรียบเทียบข้อมูลมีความชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้มีการจัดกลุ่มระดับปัญหาขึ้นใหม่ จากเดิม 6 กลุ่ม ให้เหลือเพียง 3 กลุ่มดังนี้

ระดับปัญหาในแบบสอบถาม	ระดับปัญหาที่จัดกลุ่มใหม่
ไม่มี และ น้อยมาก	น้อยมาก
น้อย และปานกลาง	ปานกลาง
มาก และ มากที่สุด	มาก

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งตามลักษณะโรงพยาบาล เป็น 3 ส่วน คือ

- 5.1 ปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไป
- 5.2 ปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

5.1 ปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ กับโรงพยาบาลทั่วไป

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ในด้านความมุ่งมั่นการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ60) มีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับการนำองค์กร ทั้งในเรื่องโครงสร้างการจัดไม่เชื่อต่อการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ60.9) และกัปรับเปลี่ยนผู้บริหาร/หัวหน้างานทำให้ขาดความต่อเนื่อง ในการพัฒนา (ร้อยละ 60.9 เท่ากัน) ในส่วนทิศทางและนโยบาย มากกว่าร้อยละ30-60 ของโรงพยาบาล มักจะมีปัญหาในระดับมากถึงปานกลาง ซึ่งพบปัญหาเกี่ยวกับลักษณะการบริหารงานของโรงพยาบาล ไม่เชื่ออำนาจต่อการพัฒนาคุณภาพ และความไม่ต่อเนื่องของการติดตามและประเมินผลภายในหน่วยงาน มากที่สุด (ร้อยละ 47.8 เท่ากัน) และยังพบว่า มีปัญหาในระดับมากในความไม่ต่อเนื่องของ การติดตาม และประเมินผลภายในหน่วยงาน ถึงร้อยละ 43.5 (ตารางที่ 4.26)

เมื่อพิจารณาปัญหาและอุปสรรค ในภาพรวมในด้านความมุ่งมั่นการพัฒนาของโรงพยาบาล ศูนย์ จะพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 60) มักจะมีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับการนำองค์กรมากที่สุด ได้แก่ โครงสร้างองค์กรไม่เชื่อต่อการพัฒนาคุณภาพ และ มีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร/หัวหน้างานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 60.9 เท่ากัน) ดังตารางที่ 4.26

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไปในด้านความมุ่งมั่นการพัฒนา พบว่าโรงพยาบาล ร้อยละ30-60 ยังมีปัญหาในระดับปานกลาง ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับการนำองค์กร ที่โครงสร้างองค์กรยังไม่เชื่อต่อการพัฒนาคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 52.4 เกี่ยวกับทิศทางและนโยบายพบว่า มีปัญหาขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย มากที่สุด (ร้อยละ 65.11) ตารางที่ 4.26

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไปในด้านความมุ่งมั่นการพัฒนาในภาพรวม พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ60) มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางเกี่ยวกับทิศทางและนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ถึงร้อยละ 65.1 (ตารางที่ 4.26)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภาพรวมปัญหาและอุปสรรคในด้านความมุ่งมั่นการพัฒนาของ โรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไป จะพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 60) จะมีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับการนำองค์กรมากที่สุด ได้แก่ โครงสร้างองค์กรไม่เชื่อต่อการพัฒนาคุณภาพ และมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร/หัวหน้างาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพส่วนในโรงพยาบาลทั่วไป มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางเกี่ยวกับทิศทางและนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย (ตารางที่ 4.26)

ตารางที่ 4.26 จำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป(n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
ก. การนำองค์กร						
1. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	4 (17.4)	11 (47.8)	8 (34.8)	7 (11.1)	32 (50.8)	24 (38.1)
2. โครงสร้างการจัดองค์กรไม่เอื้อ ต่อการพัฒนาคุณภาพ	5 (21.7)	14 (60.9)	4 (17.4)	13 (20.6)	33 (52.4)	17 (27.0)
3. มีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร/หัวหน้างานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา	2 (8.7)	14 (60.9)	7 (30.4)	16 (25.4)	25 (39.7)	22 (34.9)
4. ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับทีมงาน	7 (30.4)	12 (52.2)	4 (17.4)	21 (33.3)	30 (47.6)	12 (19.0)
ข. ทิศทางและนโยบาย						
5. นโยบายการพัฒนาคุณภาพยังไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล	4 (17.4)	9 (39.1)	10 (43.5)	11 (17.5)	31 (49.2)	21 (33.3)

ตารางที่ 4.26 จำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนา (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์(n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป(n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
6. ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย	8 (34.8)	10 (43.5)	5 (21.7)	10 (15.9)	41 (65.1)	12 (19.0)
7. แผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาคุณภาพยังไม่ชัดเจน	7 (30.4)	8 (34.8)	8 (34.8)	16 (25.4)	33 (52.4)	14 (22.2)
8. ลักษณะการบริหารงานของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพ	6 (26.1)	11 (47.8)	6 (26.1)	17 (27.0)	33 (52.4)	13 (20.6)
*9. ความไม่ต่อเนื่องของการติดตามและประเมินผลภายในหน่วยงาน	10 (43.5)	11 (47.8)	2 (8.7)	26 (41.3)	30 (47.6)	6 (9.5)

หมายเหตุ * โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร พบว่า เกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรและประสานการบริการ ส่วนใหญ่ จะพบปัญหาการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่ราบรื่น (ร้อยละ 60.9) โดยเป็นปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 73.9) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ยังให้ความร่วมมือน้อย (ร้อยละ 69.6) โดยเป็นปัญหาระดับปานกลาง เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย พบว่า ยังมีปัญหาในด้านการจัดโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย การระบายอากาศ ความสะอาด เป็นต้น ถึงร้อยละ 65.2 โดยเป็นปัญหาระดับปานกลางเกี่ยวกับระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล จะมีปัญหาการสื่อสารที่ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 69.6) ซึ่งเป็นปัญหาในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.27)

เมื่อพิจารณาในภาพรวมปัญหาและอุปสรรค ของโรงพยาบาลศูนย์ ในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร จะพบว่า โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 60 มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 73.9) นอกจากนี้ยังมีปัญหาการพัฒนาบุคลากรไม่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 65.2) คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และมีผลเสียต่องานประจำ (ร้อยละ 60.9) และเจ้าหน้าที่ยังให้ความร่วมมือน้อย (ร้อยละ 69.6) โดยยังเป็นปัญหาในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.27)

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหายู่อระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาแต่ละส่วนจะพบว่า เกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรและประสานการบริการ ส่วนใหญ่มีปัญหาการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น ร้อยละ 71.3 ในเรื่องการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลส่วนใหญ่คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและมีผลเสียต่องานประจำ (ร้อยละ 73.0) ในเรื่องระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ การสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ร้อยละ 60.3 (ตารางที่ 4.27)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะพบว่าโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนมากจะมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 73.9) ขณะที่ในโรงพยาบาลทั่วไป มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับ เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ที่เครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.6) ดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ) ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป (n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
ก.การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ						
1. มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	4 (17.4)	9 (39.1)	10 (43.5)	10 (15.9)	33 (52.4)	20 (31.7)
2. การประสานงานด้านคุณภาพ ยังไม่ชัดเจน	6 (26.1)	12 (52.2)	5 (21.7)	15 (23.8)	40 (63.5)	8 (12.7)
3. การสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น	7 (30.4)	14 (60.9)	2 (8.7)	11 (17.5)	45 (71.4)	7 (11.1)
*4. ขาดการประสานงานจากโครงการทำให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร	6 (26.1)	11 (47.8)	6 (26.1)	18 (28.6)	38 (60.3)	6 (9.5)
5. นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลยังไม่ชัดเจน	6 (26.1)	12 (52.2)	5 (21.7)	18 (28.6)	36 (57.1)	9 (14.3)
6. การพัฒนาบุคคลไม่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วย	5 (21.7)	15 (65.2)	3 (13.0)	12 (19.0)	43 (68.3)	8 (12.7)

หมายเหตุ โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ 1 แห่ง

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป (n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
7. บุคลากรไม่เพียงพอสำหรับทำกิจกรรมคุณภาพ	10 (43.5)	9 (39.1)	4 (17.4)	18 (28.6)	37 (58.7)	8 (12.7)
8. เป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและมีผลเสียต่องานประจำ	5 (21.7)	14 (60.9)	4 (17.4)	6 (9.5)	46 (73.0)	11 (17.5)
9. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ	5 (21.7)	17 (73.9)	1 (4.3)	17 (27.0)	41 (65.1)	5 (7.9)
10. เจ้าหน้าที่ยังให้ความร่วมมือน้อย	6 (26.1)	16 (69.6)	1 (4.3)	14 (22.2)	41 (65.1)	8 (12.7)
ค. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย						
11. ยังมีปัญหาด้านการจัดการโครงสร้าง กาย ภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย การระบายอากาศ ความสะอาด เป็นต้น	3 (13.0)	15 (65.2)	5 (21.7)	10 (15.9)	38 (60.3)	15 (23.8)
12. ระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกาย ภาพและสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน	4 (17.4)	13 (56.5)	6 (26.1)	11 (17.5)	42 (66.7)	10 (15.9)
13. ยังไม่มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย	3 (13.0)	13 (56.5)	7 (30.4)	7 (11.1)	42 (66.7)	14 (22.2)

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากร และการจัดการทรัพยากร (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป (n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
ง.เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ						
14.เครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ	4 (17.4)	13 (56.5)	6 (26.1)	2 (3.2)	47 (74.6)	14 (22.2)
15. ขาดระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ	10 (43.5)	11 (47.8)	2 (8.7)	24 (38.1)	33 (52.4)	6 (9.5)
จ.ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล						
16. การสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน	5 (21.7)	16 (69.6)	2 (8.7)	18 (28.6)	38 (60.3)	7 (11.1)
16. ยังไม่มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศในโรงพยาบาล สำหรับงานบริหารบริการและการพัฒนาคุณภาพ	11 (47.8)	10 (43.5)	2 (8.7)	35 (55.6)	23 (36.5)	5 (7.9)
18. ระบบสารสนเทศยังไม่เอื้อต่อการประสานงานคุณภาพ	11 (47.8)	11 (47.8)	1 (4.3)	29 (46.0)	30 (47.6)	4 (6.3)

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ในด้านกระบวนการคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ ยังมีปัญหาอยู่มาก เกี่ยวกับการกระบวนการคุณภาพทั่วไป ในเรื่องขาดการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ ถึงร้อยละ 65.2 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ยังขาดการนำความคิดสร้างสรรค์และการเรียนรู้ร่วมกันมาใช้ ร้อยละ 60.9 และมีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น (ร้อยละ 65.2) และปัญหาเจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 60.9) ตามตารางที่ 4.28

ในส่วนกระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ พบว่า โรงพยาบาล ยังมีปัญหาอยู่มาก เกี่ยวกับการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับนำไปปรับปรุง (ร้อยละ 52.2) ส่วนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า มีปัญหาค่อนข้างน้อย ทั้งในเรื่องการกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเรื่องความรู้เจ้าหน้าที่ในการทำหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 52.2 เท่ากัน (ตารางที่ 4.28)

เมื่อพิจารณาภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ ในด้านกระบวนการคุณภาพ จะพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 60) มักจะมีปัญหามาก เกี่ยวกับการกระบวนการคุณภาพทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาที่โรงพยาบาลยังขาดการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ ถึงร้อยละ 65.2 และปัญหาเจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 60.9 (ตารางที่ 4.28)

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง โดยในส่วนที่เกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาเจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนา (ร้อยละ 77.8) ในส่วนที่เกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพทางคลินิกบริการ ส่วนใหญ่มีปัญหาในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 66.7) และในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาคาดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เพียงพอในการทำหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 71.4 (ตารางที่ 4.28)

เมื่อพิจารณาภาพรวมของปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านกระบวนการคุณภาพ พบว่า โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 60 มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกี่ยวกับการกระบวนการคุณภาพทั่วไป ที่เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ ถึงร้อยละ 77.8 และขาดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เพียงพอในการทำหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 71.4 (ตารางที่ 4.28)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภาพรวมของปัญหาและอุปสรรค ของโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านกระบวนการคุณภาพ จะพบว่าโรงพยาบาลศูนย์ส่วนมากจะมีปัญหาระดับมาก เกี่ยวกับการกระบวนการคุณภาพทั่วไป ที่โรงพยาบาลยังขาดการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ ถึงร้อยละ 65.2 ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางเท่านั้น (ตารางที่ 4.28)

ตารางที่ 4.28 จำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
ด้านกระบวนการคุณภาพ

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป (n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
ก.กระบวนการคุณภาพทั่วไป						
1. มีการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น	4 (17.4)	15 (65.2)	4 (17.4)	9 (14.3)	43 (68.3)	11 (17.5)
2. ยังไม่มีระบบการป้องกัน/บริหารความเสี่ยง	5 (21.7)	12 (52.2)	6 (26.1)	14 (22.2)	41 (65.1)	8 (12.7)
3. มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการพัฒนาคุณภาพ	7 (30.4)	12 (52.2)	11 (47.8)	6 (9.5)	38 (60.3)	19 (30.2)
4. ยังขาดการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ	15 (65.2)	7 (30.4)	1 (4.3)	25 (39.7)	34 (54.0)	4 (6.3)
5. เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ	7 (30.4)	14 (60.9)	2 (8.7)	13 (20.6)	49 (77.8)	1 (1.6)
6. เจ้าหน้าที่ยังขาดการนำความคิดสร้างสรรค์และการเรียนรู้ร่วมกันมาใช้	14 (60.9)	9 (39.1)		21 (33.3)	40 (63.5)	2 (3.2)

ตารางที่ 4.28 จำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
ด้านกระบวนการคุณภาพ (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป (n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
7. ขาดสิ่งจูงใจ/แรงบันดาลใจในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	13 (56.5)	8 (34.8)	2 (8.7)	28 (44.4)	29 (46.0)	6 (9.5)
8. ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ	9 (39.1)	10 (43.5)	4 (17.4)	23 (36.5)	35 (55.6)	5 (7.9)
ข. กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ						
9. การกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน	10 (43.5)	9 (39.1)	10 (43.5)	18 (28.6)	42 (66.7)	3 (4.8)
10. ไม่มีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับนำไปปรับปรุง	12 (52.2)	9 (39.1)	2 (8.7)	20 (31.7)	39 (61.9)	4 (6.3)
*11. Patient care team มีหลายรูปแบบทำให้เกิดความสับสน	7 (30.4)	10 (43.5)	6 (26.1)	13 (20.6)	39 (61.9)	10 (15.9)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ 1 แห่ง

ตารางที่ 4.28 จำนวนและ(ร้อยละ) ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
ด้านกระบวนการคุณภาพ (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป (n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
ค. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล						
13. การกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังขาดความชัดเจน	2 (8.7)	9 (39.1)	12 (52.2)	8 (12.7)	39 (61.9)	16 (25.4)
14. ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เพียงพอในการทำหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	1 (4.3)	10 (43.5)	12 (52.2)	6 (9.5)	45 (71.4)	12 (19.0)



ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลางเกี่ยวกับองค์กรพยาบาล ที่ยังมีโครงสร้างองค์กรการบริหารพยาบาลยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 60.9) ในส่วนที่เกี่ยวกับองค์กรแพทย์ พบว่า ยังมีปัญหาอยู่มากเกี่ยวกับแพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร (ร้อยละ 56.5) สำหรับด้านสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร พบว่า ยังมีปัญหายังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.5) ดังตารางที่ 4.29

เมื่อพิจารณาภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ จะพบว่า ปัญหาองค์กรแพทย์จะพบมากกว่า การบริหารการพยาบาล และยังมีปัญหาในระดับมาก ในการจัดตั้งองค์กรแพทย์ (ร้อยละ 30.4) และปัญหาที่แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ถึงร้อยละ 56.5 (ตารางที่ 4.29)

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ยังพบว่ามีการร้องเรียน/ฟ้องร้อง เกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 66.7 ในส่วนองค์กรแพทย์มักมีปัญหาแพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 50.8 ส่วนในการบริหารการพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหา ทั้งในด้านโครงสร้างการบริหารการพยาบาลที่ยังไม่ชัดเจน และฝ่ายการพยาบาลยังให้ความสำคัญในการทำงานลักษณะสหสาขาวิชาชีพน้อยเกินไป (ร้อยละ 49.2 เท่ากัน) ดังจากตารางที่ 4.29

เมื่อพิจารณาภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ จะพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) มีเป็นปัญหาระดับปานกลาง เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ที่ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 66.7 และมีปัญหาในระดับมากเกี่ยวกับองค์กรแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ ถึงร้อยละ 56.5 (ตารางที่ 4.29)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภาพรวมของปัญหาและอุปสรรค ของโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ พบว่าในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีปัญหาระดับปานกลางเกี่ยวกับองค์กรพยาบาล ที่ยังมีโครงสร้างองค์กรการบริหารพยาบาลยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 60.9) ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป มักจะมีเป็นปัญหาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ที่ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 66.7 และเมื่อเปรียบเทียบองค์กรแพทย์ กับการบริหารการพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์จะมีปัญหาองค์กรแพทย์ มากกว่าการบริหารการพยาบาล และเป็นปัญหาในระดับมากในการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ถึงร้อยละ 50.4 ปัญหาที่แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ถึงร้อยละ 56.5 ส่วนในโรงพยาบาลทั่วไป ยังมีปัญหาในระดับมากเกี่ยวกับองค์กรแพทย์ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์ (ตารางที่ 4.29)

ตารางที่ 4.29 จำนวนและ(ร้อยละ) ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาล ศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป ด้านการรักษามาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์ (n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป (n= 63)		
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	มาก	ปาน กลาง	น้อย
ก.องค์กรแพทย์						
1. ยังมีปัญหาในการจัดตั้งองค์กรแพทย์	7 (30.4)	6 (26.1)	10 (43.5)	11 (17.5)	30 (47.6)	22 (34.9)
2. แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร	13 (56.5)	9 (39.1)	1 (4.3)	23 (36.5)	32 (50.8)	8 (12.7)
ข.องค์กรพยาบาล						
*3. โครงสร้างการบริหารการพยาบาลยังไม่ชัดเจน	1 (4.3)	14 (60.9)	8 (34.8)	4 (6.3)	31 (49.2)	27 (42.9)
4. ฝ่ายการพยาบาลให้ความอิสระในการทำงานลักษณะ สหสาขาวิชาชีพน้อยเกินไป*	4 (17.4)	12 (52.2)	7 (30.4)	7 (11.1)	31 (49.2)	24 (38.1)
ค.สิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร						
5. ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้อง เกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล	8 (34.8)	12 (52.2)	3 (13.0)	10 (15.9)	42 (66.7)	11 (17.5)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ 1 แห่ง

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ30-60 มักจะมีปัญหาในระดับมาก ที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 56.5) รองลงมาคือ ยังขาดการทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 47.8) ซึ่งเป็นปัญหาระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.30)

เมื่อพิจารณาภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย จะพบว่า โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 30-60 จะมีปัญหาในระดับมาก ที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 56.5) ดังตารางที่ 4.30

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไปในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ30-60 มีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับขาดการทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการมีจำนวนมาก (ร้อยละ 58.7 เท่ากัน) ดังตารางที่ 4.30

เมื่อพิจารณาภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจะพบว่า โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ30-60 ส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาในระดับปานกลาง ทั้งปัญหาขาดการทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการมีจำนวนมาก (ร้อยละ 58.7 เท่ากัน) ดังตารางที่ 4.30

หากเปรียบเทียบภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย จะพบว่าโรงพยาบาลศูนย์มากกว่า ร้อยละ30 มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางถึงมาก ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่จะมีปัญหาที่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.30)

ตารางที่ 4.30 จำนวนและร้อยละ(ในวงเล็บ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย

ปัญหาและอุปสรรค	โรงพยาบาลศูนย์(n= 23)			โรงพยาบาลทั่วไป(n= 63)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
*1. ยังขาดการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย	9 (39.1)	11 (47.8)	3 (13.0)	18 (28.6)	37 (58.7)	7 (11.1)
2. เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการมีจำนวนมาก	13 (56.5)	10 (43.5)		17 (27.0)	37 (58.7)	9 (14.3)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพของภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ปัญหาและอุปสรรคในภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านความมุ่งมั่นการพัฒนา โรงพยาบาลส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ60) มีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง โดยในสวนการนำองค์กรมีปัญหาโครงสร้างองค์กรไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 54.7 และในสวนทิศทางและนโยบาย พบว่า มักจะมีปัญหาที่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย (ร้อยละ 59.3) ดังตารางที่ 4.31

เมื่อพิจารณาภาพรวมของด้านความมุ่งมั่นในพัฒนาทั้งหมด จะพบว่า โรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 30 จะมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง เกี่ยวกับทิศทางและนโยบาย โดยพบว่ามีปัญหาขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย มากที่สุด (ร้อยละ 59.3) ดังตารางที่ 4.31

ปัญหาและอุปสรรคในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในด้านทรัพยากรและการจัดการด้านทรัพยากร ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นปัญหาในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละสวน พบว่า ในการบริหารทรัพยากรและประสานการบริการ ส่วนมากมีปัญหาการสื่อสารและการประสานระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น (ร้อยละ 68.6) ในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลสวนใหญ่พบว่า เป็นปัญหาการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติและมีผลเสียต่องานประจำ (ร้อยละ 69.8) การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยสวนใหญ่ มักจะมีปัญหาทั้งเรื่องระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน (ร้อยละ 64.0) และยังมีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย (ร้อยละ 64.0 เท่ากัน) ในสวนเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ สวนมากมีเครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ (ร้อยละ 69.8) และในสวนระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล จะมีปัญหาในการสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน มากที่สุด (ร้อยละ 67.4) ดังตาราง ที่ 4.32

เมื่อพิจารณาด้านทรัพยากรและการจัดการด้านทรัพยากรทั้งหมดจะพบว่า โรงพยาบาลสวนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 60) มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางในทุกด้าน โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่ยังคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติและมีผลเสียต่องานประจำ (ร้อยละ 69.8) และปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ที่ยังมีความเห็นว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ ถึงร้อยละ 69.8 (ตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.31 จำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพใน ภาพรวม
ของทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
(n = 86)

ปัญหาและอุปสรรค	มาก	ปานกลาง	น้อย
ก. การนำองค์กร			
1. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	11 (12.8)	43 (50.0)	32 (37.2)
2. โครงสร้างการจัดองค์กรไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ	21 (24.4)	47 (54.7)	18 (20.9)
3. มีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร/หัวหน้างานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา	18 (20.9)	39 (45.3)	29 (33.7)
4. ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับทีมงาน	28 (32.6)	42 (48.8)	16 (18.6)
ข. ทิศทางและนโยบาย			
5. นโยบายการพัฒนาคุณภาพยังไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล	15 (17.4)	40 (46.5)	31 (36.0)
6. ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย	18 (20.9)	51 (59.3)	17 (19.8)
7. แผนยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาคุณภาพยังไม่ชัดเจน	23 (26.7)	41 (47.7)	22 (25.6)
8. ลักษณะการบริหารงานของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพ	23 (26.7)	44 (51.2)	19 (22.1)
*9. ความไม่ต่อเนื่องของการติดตามและประเมินผลภายในหน่วยงาน	36 (41.9)	41 (47.7)	8 (9.3)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ตารางที่ 4.32 จำนวนและ(ร้อยละ)ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านทรัพยากรและการจัดการด้านทรัพยากร (n = 86)

ปัญหาและอุปสรรค	มาก	ปานกลาง	น้อย
ก. การบริหารทรัพยากรและประสานการบริการ			
1. มีข้อจำกัดด้านงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	14 (16.3)	42 (18.8)	30 (34.9)
2. การประสานงานด้านคุณภาพยังไม่ชัดเจน	21 (24.4)	52 (60.5)	13 (15.1)
3. การสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น	18 (20.9)	59 (68.6)	9 (10.5)
*4. ขาดการประสานงานจากโครงการทำให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร	24 (27.9)	49 (57.0)	12 (14.0)
ข. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล			
5. นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลยังไม่ชัดเจน	24 (27.9)	48 (55.8)	14 (16.3)
6. การพัฒนาบุคคลไม่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วย	11 (12.8)	58 (67.4)	11 (12.8)
7. บุคลากรไม่เพียงพอสำหรับทำกิจกรรมคุณภาพ	28 (32.6)	46 (53.5)	12 (14.0)
8. เป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและมีผลเสียต่อของงานประจำ	11 (12.8)	60 (69.8)	15 (17.4)
9. เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ	22 (25.6)	58 (68.4)	6 (7.0)
10. เจ้าหน้าที่ยังให้ความร่วมมือน้อย	20 (23.3)	57 (66.3)	9 (10.5)
ค. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย			
11. ยังมีปัญหาด้านการจัดการโครงสร้าง กาย ภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย การระบายอากาศ ความสะอาดเป็นต้น	13 (15.1)	53 (61.6)	20 (23.3)
12 ระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกาย ภาพและสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน	15 (17.4)	55 (64.0)	16 (18.6)

ตารางที่ 4.32 จำนวนและ(ร้อยละ) ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพใน
ภาพรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปด้านทรัพยากรและการจัดการ
ด้านทรัพยากร (n = 86) (ต่อ)

ปัญหาและอุปสรรค	มาก	ปานกลาง	น้อย
13. ยังไม่มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย	10 (11.6)	55 (64.0)	21 (24.4)
ง. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ			
14. เครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ	6 (7.0)	60 (69.8)	20 (23.3)
15. ขาดระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ	34 (39.5)	44 (51.2)	8 (9.3)
16. การสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน	23 (26.7)	54 (62.8)	9 (10.5)
17. ยังไม่มีระบบเชื่อมข้อมูลและสารสนเทศในโรงพยาบาลสำหรับ งานบริหารบริการและการพัฒนาคุณภาพ	46 (53.5)	33 (38.4)	7 (8.1)
18. ระบบสารสนเทศยังไม่เอื้อต่อการประสานงานคุณภาพ	40 (46.5)	41 (47.7)	5 (5.8)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ปัญหาและอุปสรรคในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ พบว่า ส่วนมากจะมีปัญหาในระดับปานกลาง โดยในส่วนกระบวนการคุณภาพทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 73.3) ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ยังขาดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เพียงพอในการทำหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 64.0) ดังตารางที่ 4.33

เมื่อพิจารณาภาพรวม ในด้านกระบวนการคุณภาพทั้งหมด จะพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางในด้านกระบวนการคุณภาพ โดยมีปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 73.3) มีการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น (ร้อยละ 67.4) และยังไม่มียุทธศาสตร์ป้องกัน/บริหารความเสี่ยง ร้อยละ 61.6 นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลบางส่วน ยังมีปัญหาในระดับมาก ที่ขาดแรงจูงใจ/แรงบันดาลใจในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 47.7 (ตารางที่ 4.33)

ปัญหาด้านการรักษามาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ ในภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับองค์กรแพทย์ พบว่า แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร (ร้อยละ 47.7) ในการบริหารการพยาบาลยังมีปัญหาเกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารการพยาบาลยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 52.3) และในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กรที่ยังมีปัญหาคาร้งเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 62.8 (ตารางที่ 4.34)

เมื่อพิจารณาในภาพรวมปัญหาด้านการรักษามาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพทั้งหมด พบว่า โรงพยาบาลมักจะมีปัญหาในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร ที่ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 62.8 โดยเป็นปัญหาในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.34)

ปัญหาและอุปสรรคด้านการดูแลผู้ป่วย ในภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า มากกว่าร้อยละ 30-60 ยังมีปัญหาในระดับปานกลางและมาก โดยพบว่ายังขาดการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 55.8) ใกล้เคียงกับปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการมีจำนวนมาก (ร้อยละ 54.7) ดังตารางที่ 4.35

ตารางที่ 4.33 แสดงจำนวน และ(ร้อยละ)ของภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านกระบวนการคุณภาพ (n= 86)

ปัญหาและอุปสรรค	มาก	ปานกลาง	น้อย
ก. กระบวนการคุณภาพ			
1. มีการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น	13 (15.1)	58 (67.4)	1 (17.4)
2. ยังไม่ระบบการป้องกัน/บริหารความเสี่ยง	19 (21.2)	53 (61.6)	14 (16.3)
3. มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการพัฒนาคุณภาพ	6 (7.0)	50 (58.1)	30 (34.9)
4. ยังขาดการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ	40 (46.5)	41 (47.7)	5 (5.8)
5. เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ	20 (23.3)	63 (73.3)	3 (3.5)
6. เจ้าหน้าที่ยังขาดการนำความคิดสร้างสรรค์และการเรียนรู้ร่วมกันมาใช้	35 (40.7)	49 (57.0)	2 (2.3)
7. ขาดสิ่งจูงใจ/แรงบันดาลใจในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	41 (47.7)	37 (43.0)	8 (9.3)
8. ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ	32 (37.2)	45 (52.3)	9 (10.5)
ข. กระบวนการคุณภาพทางคลินิก			
9. การกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน	28 (32.6)	51 (59.3)	7 (8.1)
10. ไม่มีการทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับนำไปปรับปรุง	32 (37.2)	48 (55.8)	6 (7.0)
*11.Patient care team มีหลายรูปแบบทำให้เกิดความสับสน	20 (23.3)	49 (57.0)	16 (18.6)
ค. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล			
12. การกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลยังขาดความชัดเจน	10 (11.6)	48 (55.8)	28 (32.6)
13. ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เพียงพอในการทำหน้าที่ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	7 (8.1)	55 (64.0)	24 (27.9)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ตารางที่ 4.34 แสดงร้อยละภาพรวมปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในภาพรวม
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
(n= 86)

ปัญหาและอุปสรรค	มาก	ปานกลาง	น้อย
ก. องค์กรแพทย์			
1. ยังมีปัญหาในการจัดตั้งองค์กรแพทย์	18 (20.9)	36 (41.9)	32 (37.2)
2. แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร	36 (41.9)	41 (47.7)	9 (10.5)
ข. การบริหารการพยาบาล			
*3. โครงสร้างการบริหารการพยาบาลยังไม่ชัดเจน	5 (5.8)	45 (52.3)	35 (40.7)
4. ฝ่ายการพยาบาลให้ความอิสระในการทำงานลักษณะสหสาขาวิชาชีพน้อยเกินไป*	11 (12.8)	43 (50.0)	31 (36.0)
ค. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร			
5. ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้อง เกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล	18 (20.9)	54 (62.8)	14 (16.3)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

ตารางที่ 4.35 จำนวนและ(ร้อยละ) ของปัญหาและอุปสรรคของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
ในภาพรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย (n= 86)

ปัญหาและอุปสรรค	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ยังขาดการทำงานเป็นที่ระหว่งวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย*	27 (31.4)	48 (55.8)	10 (11.6)
2. เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายเนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการมีจำนวนมาก	30 (34.9)	47 (54.7)	9 (10.5)

* โรงพยาบาลทั่วไปไม่ระบุ จำนวน 1 แห่ง

จากปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และในภาพรวมของโรงพยาบาลดั่งที่กล่าวทั้งหมด อาจจะมีอุปสรรคได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 60) มีปัญหาในระดับมาก ในด้านกระบวนการคุณภาพที่ยังขาดการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ เจ้าหน้าที่ยังขาดการนำความคิดสร้างสรรค์และการเรียนรู้ร่วมกันมาใช้ รวมทั้งมีปัญหาระดับปานกลางในด้านการบริหารทรัพยากรและการจัดการด้านทรัพยากรเกี่ยวกับการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น (ร้อยละ60.9) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ได้แก่ การพัฒนาบุคคลไม่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ65.2) ปัญหาการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานและมีผลเสียต่องานประจำ (ร้อยละ 60.9) เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ (73.9) และเจ้าหน้าที่ยังให้ความร่วมมือน้อย (ร้อยละ 69.6) ในส่วนเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ พบว่า มีปัญหาการสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน (ร้อยละ69.6) ในด้านกระบวนการคุณภาพ มีการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (ร้อยละ 65.2) และเจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ60.9) ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เกี่ยวกับองค์กรพยาบาล ที่โครงสร้างการพยาบาลยังไม่ชัดเจน (ร้อยละ 60.9) ส่วนในด้านอื่นๆ ส่วนมากยังมีปัญหาค่อนข้างน้อย

2.โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) มักจะมีปัญหาในระดับปานกลาง ทั้งในด้านการบริหารและการจัดการด้านทรัพยากร และด้านกระบวนการคุณภาพ ส่วนในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ที่ยังมีการร้องเรียนฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 66.7 ส่วนในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย แม้ว่าจะพบปัญหาในโรงพยาบาลน้อยกว่า ร้อยละ 60 แต่ก็ยังมีปัญหาขาดการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติได้ทุกราย เนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการเป็นจำนวนมาก ถึงร้อยละ 58.7 เท่ากัน

3.โรงพยาบาลในภาพรวมทั้งหมด ส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 60) มักจะมีปัญหาในระดับปานกลางโดย พบว่า โรงพยาบาลมีปัญหามากที่สุด ในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร เกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่ยังคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติและมีผลเสียต่องานประจำ และเกี่ยวกับเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ที่พบว่า เครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ (ร้อยละ 69.8 เท่ากัน) อย่างไรก็ตามมีโรงพยาบาลบางส่วน (มากกว่า ร้อยละ 30) ที่ยังมีปัญหาอยู่มาก ทั้งในด้านความมุ่งมั่นในพัฒนาคุณภาพเกี่ยวกับการนำองค์กร ที่ยังขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับทีมงาน ร้อยละ 32.6 เกี่ยวกับทิศทางและนโยบาย ที่มีความไม่ต่อเนื่องของการติดตามและประเมินผลภายในหน่วยงาน (ร้อยละ41.9) ในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร พบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่บุคลากรยังไม่เพียงพอสำหรับทำกิจกรรมคุณภาพ (ร้อยละ 32.6) เกี่ยวกับเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ ที่ยังขาดการ

บำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 39.5) ยังไม่มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศในการบริหาร การบริการ และการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 53.5) และระบบสารสนเทศยังไม่เอื้อต่อการประสานงานคุณภาพ (ร้อยละ 46.5) ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เกี่ยวกับองค์การแพทย์ โดยแพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร (ร้อยละ 41.9) และในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่พบว่ายังขาดการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย เนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 31.4 และ 34.9 ตามลำดับ)

ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ

ปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพ ที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปได้เสนอเพิ่มเติม พอดีสรุปปัญหาและอุปสรรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกดังนี้

การพัฒนาคน

1. ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย ไม่เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพไม่เปลี่ยนแปลงแนวคิดและบทบาทไม่ชัดเจน
2. ทีมบริหารขาดความมุ่งมั่นและมีส่วนร่วมเท่าที่ควร
3. ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญ/กำลังใจและแรงจูงใจในการทำงานคุณภาพ (ตารางที่ 36)

การพัฒนาระบบ

1. ขาดการติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของระดับกระทรวง
2. โครงสร้างองค์กรพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน
3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลากหลายทำให้เกิดความสับสน (ตารางที่ 4.36)

ตารางที่ 4.36 ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ปัญหา	จำนวน
การพัฒนาคน	
1. ระดับผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย ไม่เข้าใจแนวคิดและบทบาทไม่ชัดเจน	7
2. ทีมบริหารขาดความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วม	5
3. ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญ/กำลังใจและแรงจูงใจในการทำงานคุณภาพ	4
4. เจ้าหน้าที่มีงานประจำ/ภาระงานมาก มีเวลาให้งานคุณภาพน้อย	3
5. ขาดวิทยากรที่จะช่วยอบรม/แนะนำเรื่องการพัฒนาคุณภาพเนื่องจากมีจำนวนน้อย	3
6. Facilitator ขาดความเข้าใจและมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ	3

ตารางที่ 4.36 ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล
ทั่วไป (ต่อ)

ปัญหา	จำนวน
8. ขาดงบประมาณสนับสนุน	3
9. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลากหลายทำให้เกิดความสับสน	3
10. เจ้าหน้าที่ขาดความมุ่งมั่นและไม่ปฏิบัติอย่างจริงจัง	2
11. บุคลากรยังขาดความรู้ในการพัฒนาคุณภาพอย่างแท้จริง	2
12. บุคลากรยังขาดจิตสำนึก/ไม่เห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ	2
13. ผลตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น	1
14. เจ้าหน้าที่มีความแหวะแวงและไม่มั่นคงในการปฏิบัติงาน	1
15. ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบที่ทำงานเต็มเวลา	1
16. บุคลากรรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย	1
17. การให้ความร่วมมือในบางกลุ่มวิชาชีพยังน้อยไปยากต่อการประสานแนวราบ	1
18. ขาดทีมประสานงานที่เน้นที่มีประสิทธิภาพ	1
19. ผู้ประสานงานมีน้อยและไม่มี Authority	1
20. นโยบายมีการความแตกต่างตามการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายของผู้บริหาร	1
21. ระดับแกนนำไม่ค่อยสนใจ	1
22. แนวทางการพัฒนาคุณภาพยังสับสนไม่รู้จะเริ่มอย่างไร	1
การพัฒนาระบบ	
1. ขาดการติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของระดับกระทรวง	4
2. โครงสร้างองค์กรพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน	3
3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลากหลายทำให้เกิดความสับสน	2
4. เจ้าหน้าที่ยังยึดติดกับวัฒนธรรมเดิม	1
5. ขาดการสนับสนุน/แนะนำจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	1
6. ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ	1

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม มีโรงพยาบาลที่ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในประเด็นต่างๆ ซึ่งอาจสรุปได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับนโยบาย ส่วนใหญ่เป็นการเสนอแนะเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายที่ควรกำหนดให้ชัดเจนทั้งระดับกระทรวง องค์กร และหน่วยงาน โดยเป็นนโยบายที่ปรับเปลี่ยนแนวคิดและการทำงานใหม่แก่ผู้บริหารนโยบาย เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลมีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งควรกำหนดให้มีระบบพี่เลี้ยง /ที่ปรึกษา หรือ ทีมสนับสนุน เพื่อชี้แนะ และให้คำแนะนำ แนวทางการพัฒนาคุณภาพ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งควรมีทีมพิเศษจากส่วนกลางมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ โดยลงถึงระดับปฏิบัติจริงๆ

2. ระดับโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เสนอแนะเกี่ยวกับ การปรับโครงสร้าง/องค์กรให้สะดวกต่อการพัฒนาคุณภาพ โดยให้มีศูนย์หรือหน่วยพัฒนาคุณภาพควรเป็นหน่วยงานอิสระ และมีเจ้าหน้าที่ทำงานประจำเต็มเวลารวมทั้งควรที่จะกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนด้วย รองลงมาคือ ผู้บริหารโรงพยาบาล จะต้องให้ความสำคัญ มีความมุ่งมั่นและให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง

3. ระดับปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพและเจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล โดยมีการทำงานเป็นทีม

นอกจากนี้ยังมี ข้อเสนอแนะอื่นๆ คือ ควรมีงบประมาณ เอกสาร /คู่มือ สนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (ตารางที่ 4.37)

ตารางที่ 4.37 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ข้อเสนอแนะ	จำนวน
ระดับนโยบาย	
1. ควรมีระบบพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาประจำโรงพยาบาลแต่ละแห่ง	5
2. จัดทีมพิเศษจากส่วนกลาง ด้านการพัฒนาคุณภาพมาเยี่ยมถึงระดับปฏิบัติ	5
3. ควรสนับสนุนวิทยากร/ผู้รู้ จะได้มีการพัฒนาคุณภาพที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	5
4. ควรมีการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางให้ชัดเจนและปรับเปลี่ยนแนวคิดผู้บริหาร	2
5. ควรมีทีมสนับสนุนชี้แนะ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพ	2
6. ควรมีนโยบายที่ชัดเจน ทั้งระดับกระทรวง องค์กร และหน่วยงาน	1
7. สถาบันควรมีการสนับสนุนและแนะนำ โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	1
8. มีการให้แรงจูงใจสำหรับผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาล ที่ทำงานคุณภาพสำเร็จ	1

ตารางที่ 4.37 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน
ระดับโรงพยาบาล	
1. ทีมบริหารต้องให้ความสำคัญ ความร่วมมือและมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง	5
2. หน่วยพัฒนาคุณภาพควรเป็นหน่วยงานอิสระและมีเจ้าหน้าที่ประจำ	4
3. แต่ละหน่วยงานควรกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ	4
4. ควรมีระบบการตรวจสอบคุณภาพ ติดตามดูผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3
5. ควรมีศูนย์คุณภาพ(ศูนย์ประสานงาน) และเจ้าหน้าที่ทำงานเต็มเวลา	2
6. ควรมีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ	1
7. การกระตุ้นจากองค์กรภายนอกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	1
8. ควรมีระบบการควบคุมเอกสารและข้อมูล	1
9. ควรมีระบบการตรวจสอบภายในและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง	1
ระดับปฏิบัติการ (เจ้าหน้าที่)	
1. เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ	2
2. เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล	1
3. ควรเน้นให้มีการพัฒนาเป็นทีม	1
อื่นๆ	
1. ควรมีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน	3
2. ควรสนับสนุนเอกสาร/คู่มือในการพัฒนาคุณภาพ	1