

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒินคร

ภาคผนวก ก หนังสือราชการ

- ลำเนา -

ที่ ศธ ๐๕๔๘.๐๒/๑๑๕

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐

๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัย
เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย คำขอร้องวิทยานิพนธ์และเครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๑๕๖ ชุด

ด้วย นายมนัส สุนทรโชติ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ฉะเชิงเทรา” ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิจัย

สำนักงานประสานงานบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือเพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา สำนักงานประสานงานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

พัชรา ทิพยมหิษฐ์

(ดร.พัชรา ทิพยมหิษฐ์)

ผู้ประสานงานบัณฑิตศึกษา

สำนักงานประสานงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐, ๐-๓๘๕๑-๑๐๑๐ ต่อ ๕๑๘๑

โทรสาร ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐

- สำเนา -

ที่ ศธ ๐๕๔๘.๐๒/๑๑๕

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์

อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐

๒๒ มิถุนายน ๒๕๔๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการในการศึกษาและเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม “การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อการขอรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล : โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ฉะเชิงเทรา” จำนวน ๑๔๖ ชุด

ด้วย นายมนัส สุนทรโชติ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ได้รับอนุมัติ
ให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อการขอรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล : โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ฉะเชิงเทรา” ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการเก็บ
ข้อมูลเพื่อการวิจัย

สำนักงานประสานงานบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่าหน่วยงานของท่านเป็นหน่วยงาน
ที่น่าศึกษา จึงขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาและเก็บข้อมูลจากบุคลากรใน โรงพยาบาล
เพื่อการวิจัยของนักศึกษาในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา สำนักงานประสานงานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
ราชชนครินทร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ
โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

พัชรา ทิพยมหิษฐ์

(ดร.พัชรา ทิพยมหิษฐ์)

ผู้ประสานงานบัณฑิตศึกษา

สำนักงานประสานงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๕๓-๕๔๓๐, ๐-๓๘๕๑-๑๐๑๐ ต่อ ๕๑๘๑

โทรสาร ๐-๓๘๘๑-๐๓๓๗

คำสั่ง โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

ที่ /2546

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล HA

เพื่อให้การพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล HA ของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ชุดต่างๆ ดังนี้

1. คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพ (QST)

บทบาทหน้าที่

1) ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างทีมพี่เลี้ยงคุณภาพกับทีมนำของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

2) สนับสนุนและช่วยเหลือทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ, ทีมเอกสารคุณภาพ, ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ และฝ่าย/งานต่างๆ ในโรงพยาบาลในด้านวิชาการและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

3) รายงานผลการดำเนินงาน, ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ต่อทีมนำของโรงพยาบาล

4) ประสานงานด้านกิจกรรมคุณภาพกับหน่วยงานภายนอก

2. คณะกรรมการทีมพี่เลี้ยงคุณภาพ (Facilitator)

บทบาทหน้าที่

1) เป็นที่ปรึกษาด้านคุณภาพให้กับฝ่าย/งาน

2) ประสานงานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานของฝ่าย/งาน เสนอต่อคณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพ (QST)

3) รับผิดชอบด้านการจัดโครงสร้างและกิจกรรมคุณภาพ

4) สนับสนุนและกระตุ้นฝ่าย/งาน ให้ใช้กระบวนการกลุ่มและทำงานเป็นทีม

5) นำเสนอปัญหาที่พบในฝ่าย/งาน แก่คณะกรรมการประสานงานและพัฒนาคุณภาพประจำโรงพยาบาลฯ เพื่อหาแนวทางแก้ไข

6) เชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของฝ่าย/งานให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน

3. คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน

บทบาทหน้าที่

- 1) วางแผนการดำเนินงานการเยี่ยมสำรวจภายใน ตามขั้นตอน เช่น กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดทีม/คณะกรรมการ จัดทำแผน สื่อสารให้หน่วยงานรับทราบ
- 2) ดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน อย่างมีระบบและต่อเนื่องทุกขั้นตอน
- 3) บันทึกผลการเยี่ยมสำรวจภายใน ภายหลังจากการเยี่ยมสำรวจและรายงานผลข้อสรุปเสนอหน่วยงาน ตลอดจนรายงานประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลให้แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงส่งเสริมให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4. คณะกรรมการเอกสารระบบคุณภาพ

บทบาทหน้าที่

- 1) จัดพิมพ์เอกสารในระบบคุณภาพ
- 2) จัดทำดัชนีการจัดเก็บเอกสาร
- 3) จัดทำรายการเอกสารบัญชีแม่บท
- 4) จัดให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารระบบคุณภาพ
- 5) เก็บเอกสารและข้อมูลในรูปของกระดาษ และ/หรือ สื่อแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการเผยแพร่ต่อไป

5. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่

- 1) ประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่เป็นงานประจำวัน อันได้แก่การรายงานอุบัติการณ์, การบริหารค่าเรียกร้องค่าเสียหาย, การบริหารระบบดังนี้
 - (1) การรายงานอุบัติการณ์
 - ออกแบบดำเนินการรักษาระบบเพื่อให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ญาติ ได้รายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลหรือต่อโรงพยาบาล
 - (2) การบริหารค่าเรียกร้องค่าเสียหาย
 - ประเมินการเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้น , โอกาสที่จะถูกฟ้องร้องเพื่อนำเสนอขอผู้บังคับการระดับสูงและผู้รับประกัน
 - ร่วมในคณะกรรมการซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
 - (3) การบริหารระบบ
 - จัดให้มีสถิติเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ใน

โรงพยาบาล

- รักษาความลับของข้อมูล ซึ่งได้มาระหว่างการสืบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์
- รวบรวม ประเมิน และกระจายข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง
- จัดทำรายงานทุก 3 เดือน ให้แก่ผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหาร
- ทบทวนข้อเสนอแนะที่ได้รับจากหน่วยงานนอกและติดตามให้มีการ

ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม

- แนะนำให้มีการทบทวนนโยบายและSP เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ
- (4) การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก
- ทบทวนประสิทธิผลของระบบป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญในโรงพยาบาล
 - วางแผนและดำเนินการให้ฝึกอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงแก่เจ้าหน้าที่
 - ร่วมในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่

2) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

บทบาทหน้าที่

- (1) ทบทวนอุบัติการณ์ และการเรียกร้องค่าเสียหายที่สำคัญเพื่อค้นหาจุดอ่อน

ในระบบ

- (2) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาแนวโน้มหรือค้นหาความเสี่ยง

- (3) เสนอแนะแนวทางป้องกันหรือควบคุมความเสี่ยง

(4) อภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินงานและประสิทธิผลของกลไกป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่มีอยู่

(5) ร่วมกับผู้จัดการความเสี่ยงในการค้นหาความเสี่ยง ประเมินและดำเนินการแก้ไขป้องกัน

- (6) สร้างความตื่นตัวทั่วทั้งองค์กร เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

(7) จัดทำรายงานการบริหารความเสี่ยงทุก 3 เดือน เสนอผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหาร

(8) ดำเนินการศึกษาหรือจัดทำโครงการอื่นๆ ที่คณะกรรมการหรือผู้อำนวยการมอบหมาย

6. คณะกรรมการสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมองค์กร

บทบาทหน้าที่

- 1) กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักและเคารพในสิทธิผู้ป่วยทุกคน

2) กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยที่ต้องการดูแลเฉพาะอย่างเหมาะสม

3) จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ สำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของสังคม

7. คณะกรรมการทีมโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
บทบาทหน้าที่

1) วิเคราะห์สภาพโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาลในปัจจุบัน

2) เพื่อกำหนดแนวทางและปรับปรุงโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาล

3) เพื่อชี้แจงให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรับทราบ แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของโรงพยาบาลและนำไปปฏิบัติให้ถูกต้องตามที่กำหนดไว้

4) ติดตามประเมินผล การดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด

5) ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

8. คณะกรรมการทีมพัฒนาบุคลากร
บทบาทหน้าที่

1) วางแผนทรัพยากรบุคคล และจัดทำแผนทรัพยากรบุคคล

2) กำหนดหลักเกณฑ์ ในการสรรหา คัดเลือก บรรจุเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

3) วางแผนจัดการทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอและมีคุณภาพ

4) วางแผนและเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะให้แก่เจ้าหน้าที่

5) ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากร

บุคคล

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชบุรี

ภาคผนวก ข แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

แบบสอบถาม

**การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาล :
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา**

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและการมีส่วนร่วมของการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สภาพการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จำนวน 146 ข้อ
 - ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและ
เติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ หญิง ชาย
3. สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้ายหย่าร้างหรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน.....ปี
6. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
7. หน่วยงานหรือแผนกที่ท่านปฏิบัติงาน.....
8. การดำรงตำแหน่งในการพัฒนาคุณภาพ.....
9. การรับรู้ข่าวสารในการพัฒนาคุณภาพ
 น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด
10. ประสบการณ์ในการฝึกอบรม
 น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สภาพการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรของ
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จำนวน 146 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่เป็นความจริง และใส่เครื่องหมาย ✗
หน้าข้อความที่ไม่เป็นความจริง

มาตรฐานทั่วไป Gen 1 การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

-1. หน่วยงานมีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
-2. หน่วยงานมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
-3. หน่วยงานมีทีมงานในการพัฒนาคุณภาพ
-4. หน่วยงานมีตัวแทนได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
-5. หน่วยงานมีการวางแผนเพื่อกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน
-6. ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลของความคิดเห็นจากบุคลากรในหน่วยงานของท่าน
ในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล

-7. พันธกิจของหน่วยงานเกิดจากการเสนอแนะความคิดของบุคลากร
-8. ทุกคนในหน่วยงานมีสิทธิในการตรวจสอบพันธกิจ
-9. บุคลากรทุกคนรับทราบพันธกิจของหน่วยงาน
-10. หน่วยงานมีตัวแทนเข้าร่วมวางแผนการพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมนำหรือทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (PCT)
-11. หน่วยงานมีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน
-12. หน่วยงานมีข้อความที่แสดงถึงพันธกิจ
-13. หน่วยงานมีข้อความที่แสดงถึงวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล
-14. หน่วยงานมีข้อความที่แสดงปรัชญาของหน่วยงาน
-15. หน่วยงานมีข้อความที่แสดงถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน
-16. หน่วยงานมีแผนพัฒนาคุณภาพหรือแผนพัฒนาระบบงาน
-17. หน่วยงานมีข้อความที่แสดงขอบเขตของการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

มาตรฐานทั่วไป Gen 2 การจัดการองค์กรและการบริหาร

-18. หน่วยงานมีการจัดทำโครงสร้างขององค์กร
-19. ทุกคนในหน่วยงานรับทราบถึงโครงสร้างของหน่วยงาน
-20. หน่วยงานมีการติดแสดงโครงสร้างขององค์กรให้เห็นอย่างชัดเจน
-21. หน่วยงานมีการจัดทำบรรยายลักษณะงาน (Job description) ของบุคลากรในหน่วยงาน
-22. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงผังโครงสร้างของโรงพยาบาล
-23. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงผังโครงสร้างพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน
-24. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงลักษณะงาน (Job description) ของบุคลากร
-25. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงรายงานการประชุมภายในหน่วยงาน
-26. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงรายงานการประชุมระหว่างหน่วยงาน
-27. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงรายงานผลการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ
-28. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงรายงานเหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์พิเศษ

มาตรฐานทั่วไป Gen 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

-29. ท่านเคยวิเคราะห์ภาระงานที่ท่านได้รับมอบหมาย
-30. หน่วยงานเคยวิเคราะห์อัตรากำลังในหน่วยงานของท่าน
-31. หน่วยงานเคยทำการวิเคราะห์ความรู้ ความสามารถและทักษะของบุคลากร

-32. หน่วยงานจัดทำแผนการจัดอัตรากำลัง
-33. หน่วยงานจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงาน
-34. หน่วยงานประเมินผลการจัดอัตรากำลังจากผลการปฏิบัติงาน

มาตรฐานทั่วไป Gen 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล (ต่อ)

-35. หน่วยงานปรับปรุงและแก้ไขปัญหาการจัดอัตรากำลังเมื่อเกิดปัญหา
-36. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ
-37. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยหัวหน้างาน
-38. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยผู้ร่วมงาน
-39. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยผู้รับบริการ
-40. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยคณะกรรมการผู้ประเมิน
-41. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแบบ 360
-42. หน่วยงานแจ้งผลการประเมินเพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาและปรับปรุงตนเอง
-43. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุก 6 เดือน
-44. หน่วยงานมีระบบจัดสรรอัตรากำลังเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
-45. หน่วยงานมีระบบกำกับดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขาดความสามารถในการปฏิบัติงาน
-46. หน่วยงานมีเอกสารแสดงถึงการจัดอัตรากำลัง
-47. หน่วยงานมีการมอบหมายงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร
-48. หน่วยงานมีเอกสารแสดงการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

มาตรฐานทั่วไป Gen 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

-49. หน่วยงานมีการวางแผนการพัฒนาบุคลากร
-50. หน่วยงานมีการประเมินความต้องการของบุคลากร (Training need)
-51. หน่วยงานมีการวางแผนการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
-52. หน่วยงานมีแผนการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
-53. หน่วยงานมีการจัดทำแผนการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
-54. หน่วยงานมีแผนการฝึกอบรมบุคลากร
-55. หน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงานหลังการฝึกอบรม
-56. หน่วยงานมีมีแผนการศึกษาดูงานแก่บุคลากร
-57. หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมในการเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน เช่น การจัดบอร์ดวิชาการ

-58. หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมจริยธรรมและคุณธรรมแก่บุคลากร
-59. หน่วยงานมีการจัดทำเอกสารเกี่ยวกับแผนพัฒนาบุคลากร
-60. หน่วยงานมีรายงานการประเมินความต้องการ การพัฒนาบุคลากร (Training need)
-61. หน่วยงานมีคู่มือการปฐมนิเทศ
-62. หน่วยงานมีเอกสารคู่มือการฝึกอบรมบุคลากร

มาตรฐานทั่วไป Gen 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

-63. หน่วยงานมีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ
-64. หน่วยงานมีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual) และวิธีปฏิบัติ (Work Instruction)
-65. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง
-66. ท่านปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual) และวิธีปฏิบัติ (Work Instruction)
-67. หน่วยงานมีการประเมินผลของระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual) และวิธีปฏิบัติ (Work Instruction) โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อคุณภาพงาน
-68. หน่วยงานมีการทบทวนระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual) และวิธีปฏิบัติ (Work Instruction) ตามระยะเวลาที่กำหนดเมื่อจำเป็น
-69. หน่วยงานมีเอกสารแสดงถึงแผนพัฒนาคุณภาพ
-70. หน่วยงานมีเอกสารเรื่องแผนการรักษาผู้ป่วย (Care Map)
-71. หน่วยงานมีเอกสารเรื่องแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline)
-72. หน่วยงานมีเอกสารเรื่องระเบียบปฏิบัติ (Procedure Manual)
-73. หน่วยงานมีเอกสารเรื่องวิธีปฏิบัติ (Work Instruction)
-74. หน่วยงานมีเอกสารประกาศสิทธิของผู้ป่วย

มาตรฐานทั่วไป Gen 6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่

-75. หน่วยงานมีบุคลากรเข้าเป็นกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
-76. หน่วยงานมีบุคลากรเข้าเป็นกรรมการควบคุมความเสี่ยง
-77. หน่วยงานมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางกายภาพ
-78. หน่วยงานมีวางแผนในการป้องกันความเสี่ยงทางกายภาพ
-79. หน่วยงานมีการดำเนินการแก้ไขความเสี่ยงทางกายภาพ
-80. หน่วยงานมีประเมินผลการแก้ไขปัญหาความเสี่ยง
-81. หน่วยงานมีการแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบในการรักษาความสะอาดแก่บุคลากร

-82. หน่วยงานมีการปรับปรุงสถานที่ พื้นที่ใช้สอยในหน่วยงานให้ดีขึ้น
-83. หน่วยงานมีการจัดทำมาตรฐานความสะอาดและสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงาน
-84. หน่วยงานมีการประเมินผลการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน เช่น การประเมิน 5 ส.
-85. หน่วยงานมีการจัดทำแผนป้องกันอัคคีภัย
-86. หน่วยงานมีการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย
-87. หน่วยงานมีการประเมินการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย
-88. หน่วยงานมีการมีเอกสารหรือคู่มือการทำกิจกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น กิจกรรม 5 ส.
-89. หน่วยงานมีการรายงานผลการทำกิจกรรมการพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น กิจกรรม 5 ส.
-90. หน่วยงานมีเอกสารแสดงถึงแผนการป้องกันความเสี่ยง
-91. หน่วยงานมีเอกสารแสดงถึงรายงานผลการประเมินความเสี่ยง
-92. หน่วยงานมีเอกสารแสดงถึงแผนการป้องกันอัคคีภัย
-93. หน่วยงานมีเอกสารแสดงถึงรายงานผลการซ้อมแผนป้องกันอัคคีภัย
-94. หน่วยงานมีคู่มือ ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ
-95. หน่วยงานมีเอกสารแสดงถึงรายงานการเฝ้าระวังโรค
-96. หน่วยงานมีเอกสารแสดงสัญลักษณ์ ชื่อห้อง ป้ายบอกทาง ทิศทางของจุดบริการต่างๆ

มาตรฐานทั่วไป Gen 7 เครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก

-97. หน่วยงานมีแผนการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
-98. หน่วยงานมีการวิเคราะห์การใช้เครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
-99. หน่วยงานมีการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
-100. หน่วยงานมีแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือของหน่วยงาน
-101. หน่วยงานมีนสับุคคลากรเข้าร่วมในการกำหนดคุณลักษณะของเครื่องมือ อุปกรณ์กับหน่วยงานจัดซื้อ
-102. หน่วยงานมีระบบสำรองเครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นในหน่วยงาน
-103. หน่วยงานมีการอบรมบุคลากรที่ใช้เครื่องมือพิเศษ
-104. หน่วยงานมีการจัดระบบให้มีการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ
-105. หน่วยงานมีการประสานกับหน่วยงานอื่นเพื่อตรวจสอบ ตรวจสอบ ซ่อม เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ
-106. หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับเครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

-107. หน่วยงานมีการดำเนินการขออนุมัติงบประมาณในการซื้อเครื่องมือ เครื่องใช้และวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ
-108. หน่วยงานมีคู่มือการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์
-109. หน่วยงานมีเอกสารที่แสดงถึงแผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ เครื่องใช้
-110. หน่วยงานมีบันทึกประวัติการซ่อมบำรุงเครื่องมือ เครื่องใช้

มาตรฐานทั่วไป Gen 8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

-111. หน่วยงานมีบุคลากรเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบงาน
-112. หน่วยงานมีทีม PCT (Patient Care Team)
-113. หน่วยงานมีการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน
-114. หน่วยงานมีการจัดทำ Care Map
-115. หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบในการทำ Care Map
-116. หน่วยงานมีการนำ Care Map มาใช้
-117. หน่วยงานมีการประเมินการใช้ Care Map
-118. หน่วยงานมีการปรับปรุง แก้ไข Care Map
-119. หน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ
-120. หน่วยงานมีการประเมินการเตรียมความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ
-121. หน่วยงานมีระบบการให้สุศึกษาและข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ
-122. หน่วยงานมีการปรับปรุงระบบการให้สุศึกษาและข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ
-123. หน่วยงานมีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
-124. หน่วยงานมีการรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ
-125. หน่วยงานมีการทบทวนเวชระเบียน
-126. หน่วยงานมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan)
-127. หน่วยงานมีเอกสาร Care Map
-128. หน่วยงานมีเอกสารการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Plan)
-129. หน่วยงานมีเอกสารการสอนสุศึกษาหรือคู่มือความรู้เรื่องโรคต่างๆ แก่ผู้รับบริการ
-130. หน่วยงานมีรายงานผลการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ
-131. หน่วยงานมีรายงานประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
-132. หน่วยงานมีเอกสารการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ

มาตรฐานทั่วไป Gen 9 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

-133. หน่วยงานมีการดำเนินงานกิจกรรม 5 ส. อย่างสม่ำเสมอ
-134. หน่วยงานมีการทำกิจกรรม OD
-135. หน่วยงานมีการทำกิจกรรม ESB
-136. หน่วยงานมีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดในหน่วยงาน
-137. หน่วยงานมีชี้แจงเกณฑ์ตัวชี้วัดให้บุคลากรทราบ
-138. หน่วยงานมีการประเมินคุณภาพงานจากตัวชี้วัดคุณภาพ
-139. หน่วยงานมีการนำผลการประเมินคุณภาพงานมาปรับปรุง
-140. หน่วยงานมีการประชุมบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเพื่อหาทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
-141. หน่วยงานมีเอกสารแสดงแผนพัฒนาคุณภาพ
-142. หน่วยงานมีเอกสารการทำกิจกรรม 5 ส.
-143. หน่วยงานมีเอกสารในการทำกิจกรรม OD
-144. หน่วยงานมีเอกสารในการทำกิจกรรม ESB
-145. หน่วยงานมีเอกสารในการแสดงเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพงาน
-146. หน่วยงานมีเอกสารแสดงการทำ CQI

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การร่วมวางแผน					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาหาข้อมูล HA เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนของหน่วยงาน					
2. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมจัดทำแผนโครงการของหน่วยงาน					
3. ท่านได้ร่วมเสนอความคิดเห็นในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการของหน่วยงาน					

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4. ท่านเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการ					
5. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาหน่วยงาน					
6. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขวิธีปฏิบัติงาน ระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน					
7. ท่านเข้าร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน					
8. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณของกิจกรรมและโครงการของหน่วยงาน					
9. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมหรือโครงการของหน่วยงาน					
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปรับปรุงวิธีการดำเนินงานเพื่อให้กิจกรรมของหน่วยงานประสบความสำเร็จ					
การร่วมปฏิบัติตามแผน					
11. ท่านเข้าร่วมประชุมรับฟังขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล					
12. ท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลกับทีมพัฒนาคูณภาพ					
13. ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมคุณภาพขั้นพื้นฐานได้แก่ 5ส., การพัฒนาพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ, OD					
14. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินตนเองของหน่วยงาน					
15. ท่านมีส่วนร่วมแก้ไขพฤติกรรมบริการที่บกพร่องของหน่วยงาน					
16. ท่านได้อธิบายประโยชน์ในการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลให้ผู้ร่วมงานเข้าใจ					

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
17. ท่านมีส่วนร่วมอธิบายถึงวิธีปฏิบัติงานให้ผู้อื่นเข้าใจก่อนปฏิบัติงาน					
18. ท่านมีส่วนร่วมส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของหน่วยงาน					
19. ท่านมีส่วนร่วมปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดจากการปฏิบัติงาน					
20. ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล					
การร่วมปฏิบัติผล					
21. ท่านให้ความร่วมมือในการประเมินคุณภาพของหน่วยงานของท่าน					
22. ท่านให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอื่น					
23. ท่านเข้าร่วมประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกับทีมประเมินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล					
24. ท่านร่วมเสนอความคิดเห็นกับทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกี่ยวกับการปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ					
25. ท่านมีส่วนร่วมในการนำเสนอผลการประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล					
26. ท่านนำปัญหาและอุปสรรคจากผลการประเมินมาปรับปรุงการปฏิบัติงาน					
27. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินความรู้ของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล					
28. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน					

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
29. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานอื่น					
30. ท่านได้ร่วมประเมินผลการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล					

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล	นายมนัส สุนทรโชติ
วัน เดือน ปีเกิด	10 เมษายน พ.ศ. 2513
สถานที่เกิด	49/1 หมู่ที่ 1 ตำบลบางเตย อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา
ที่อยู่	บ้านเลขที่ 49/1 หมู่ที่ 1 ตำบลบางเตย อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
สถานที่ทำงาน	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบึงน้ำเปรี้ยว อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ. 2541