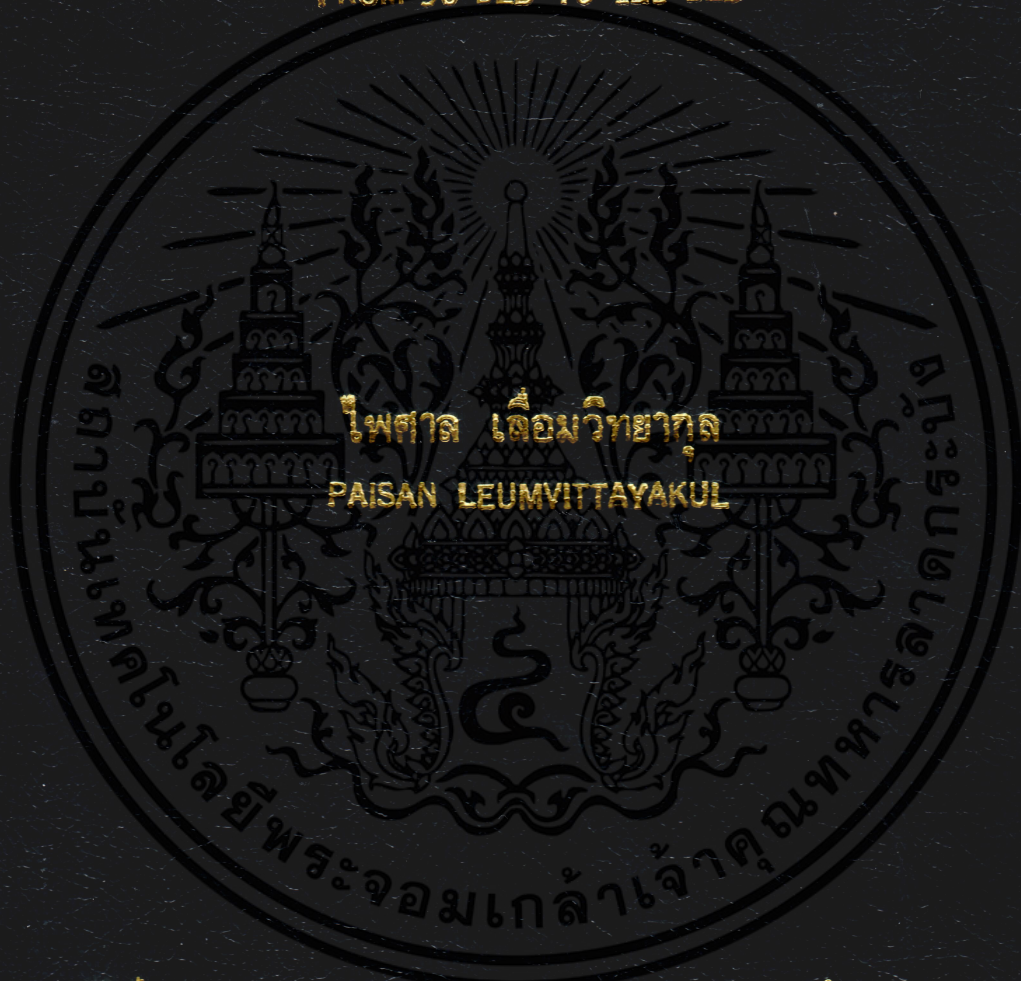


การศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชน
ขนาด 90 เตียงเป็น 120 เตียง

THE STUDY OF HOSPITAL EXPANSION
FROM 90 BED TO 120 BED



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

พ.ศ. 2544

ISBN 974-648-056-1

การศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชน
ขนาด 90 เตียงเป็น 120 เตียง

THE STUDY OF HOSPITAL EXPANSION FROM 90 BED TO 120 BED



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาสถาปัตยกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
พ.ศ. 2544
ISBN 974-648-056-1

เล่ม.....
ทะเบียน.....
เดือน, ปี 24 เ.ย. 2544

b.....
i.....

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่พิมพ์ขึ้นไว้สำหรับกรใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมีเหตุดเบแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

THE STUDY OF HOSPITAL EXPANSION FROM 90 BED TO 120 BED



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENT FOR THE DEGREE OF
MASTER OF INDUSTRIAL EDUCATION IN ARCHITECTURE
SCHOOL OF GRADUATE STUDIES

KING MONGKUT'S INSTITUTE OF TECHNOLOGY LADKRABANG

2001

ISBN 974-648-056-1

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



COPYRIGHT 2001

SCHOOL OF GRADUATE STUDIES

KING MONGKUT'S INSTITUTE OF TECHNOLOGY LADKRABANG

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรง

พยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง เป็น 120
เตียง

ชื่อนักศึกษา

นายไพศาล เลื่อมวิทยากุล

รหัสประจำตัว

38063005

ปริญญา

ครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต

สาขาวิชา

สถาปัตยกรรม

พ.ศ.

2544

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์สมพล ดำรงเสถียร

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร.มาลัย จีร์วัฒนเกษตร์

ร้อยเอกวิบูลย์ สัตยวงศ์ทิพย์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงทั่วประเทศจำนวน 10 โรงพยาบาล จาก 11 โรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 โรงพยาบาล ทำการตอบแบบสอบถามจากสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง , อายุมากกว่า 40 ปี - 50 ปี , วุฒิระดับปริญญาตรี , สถานภาพพยาบาล , ประสบการณ์มากกว่า 20 ปีขึ้นไป

- เตียงคนไข้พิเศษขนาด 1 เตียง / ห้องจำนวน 10 เตียง
- เตียงคนไข้พิเศษขนาด 2 - 4 เตียง / ห้องจำนวน 10 เตียง
- เตียงคนไข้ปกติขนาด 30 เตียง / ห้อง
- ผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ) จำนวน 6 ห้อง
- บริการทันตกรรม จำนวน 4 เตียง
- รังสีวิทยา (X-RAY) จำนวน 2 ห้อง
- ห้องผ่าตัด จำนวน 2 ห้อง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ห้อง ICU จำนวน 8 เตียง
- ห้อง ENDOSCOPY จำนวน 1 ห้อง
- ห้องพยาธิและคลังโลหิต จำนวน 1 ห้อง
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 หน่วย
- เตียงคลอดธรรมชาติ จำนวน 2 เตียง
- เตียงคลอดติดเชื้อ จำนวน 1 เตียง
- พนักงานบริหาร , วิชาการ จำนวน 1 ห้อง
- สวัสดิการ จำนวน 1 หน่วย
- เวชระเบียน จำนวน 1 ห้อง
- คริว – อาหาร จำนวน 1 หน่วย
- ชักฟอก จำนวน 1 หน่วย
- พัสดุกกลาง จำนวน 1 หน่วย
- เกสัชกรรม จำนวน 1 หน่วย
- ปราศจากเชื้อกลาง จำนวน 1 หน่วย
- แม่บ้าน จำนวน 1 หน่วย
- ซ่อมบำรุง จำนวน 1 หน่วย
- แหล่งกำเนิดพลังงาน จำนวน 1 หน่วย
- ตู้เก็บศพ จำนวน 2 ตู้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย พบว่าในการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน การขยายขนาดในแต่ละครั้งนั้นทุกส่วนมีการขยายขนาดตามความต้องการจริงในปัจจุบัน ยกเว้นส่วนสนับสนุนกลับคงสภาพเดิมไว้ ทั้งนี้เป็นส่วนรองรับงานทุก ๆ ส่วนของโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าการที่โรงพยาบาลจะมีการขยายขนาดในแต่ละครั้งควรที่จะให้ความสำคัญกับทุก ๆ ส่วน เพื่อก่อให้เกิดความสมดุลในการให้บริการ

Thesis Title	The study of hospital expansion from 90 bed to 120 bed
Student	Mr. Paisan Leumvittayakul
Student ID.	38063005
Degree	Master of Industrial Education
Programme	Architecture
Year	2001
Thesis Advisor	Mr. Sompol Dumrongstian
Thesis Co-advisor	Associate Professor Dr. Malai Jerawatanakaset Associate Professor Captain Waranyu Satwongthip

ABSTRACT

The objective of this research is to study of hospital expression from 90 bed to 120 bed by using 10 of 11 community hospital (120 bed) all over county as a sampling group. This research used questionair as a tool collected existing data and used percentage to analyse these data. The result from this research can sumarized as follow ,

From 10 hospital , most of person answered questionairs were women age between 40 – 50 yrs.old , had bacheler degree and working as a nurse with experiance more than 20 yrs.

- 1 unit / vip ward single bed
- 10 unit / vip ward 2-4 bed
- 30 unit / ward
- 6 unit / out-patient
- 4 unit / dental
- 2 unit / x-ray
- 2 unit / operating room
- 8 unit / intensive care unit

- 1 unit / endoscopy
- 1 unit / pathology
- 1 unit / physical – therapy
- 2 unit / normal delivery
- 1 unit / abnormal delivery
- 1 unit / administration office
- 1 unit / general office
- 1 unit / medical record
- 1 unit / dietary
- 1 unit / laundry
- 1 unit / central storage
- 1 unit / pharmacy
- 1 unit / central sterilized supply
- 1 unit / house keeping
- 1 unit / maintenance workshops
- 1 unit / mechanical
- 2 unit / mortuary

From the research , the expansion from 90 bed to 120 bed were expand for all Units following existing needs except for supported unit that remain the same size. Than , the recommendation from this research is to expand all units to balance and support clients efficiently.

กิตติกรรมประกาศ

ตัวข้าพเจ้าไม่เคยคิดเลยว่า ตัวเองจะมายืนอยู่ ณ จุดตรงที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ มีหลายเรื่องผ่านเข้ามาในชีวิต จนไม่รู้ว่าอนาคตจะเป็นอย่างไรต่อไป ได้แต่หวังว่าเมื่อไรจะ...หยุด

ไพศาล เลื่อนมวิทยากุล



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	I
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	III
กิตติกรรมประกาศ.....	V
สารบัญ.....	VI
สารบัญตาราง.....	IX
สารบัญภาพ.....	XI
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.3 กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการทำวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544).....	7
2.2 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544).....	8
2.2.1 สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540-2544).....	8
2.2.2 ภาพรวมของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544).....	9
2.2.3 รายละเอียดของแผนงานโครงการจำแนกตามสาขา.....	10
2.3 นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ฉบับที่ 8 (2540-2544).....	11
2.3.1 งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ.....	11
2.3.2 ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันด้านสาธารณสุข.....	14
2.3.3 สถานการณ์และมติการจัดการทรัพยากรสาธารณสุข เมื่อสิ้นสุด.....	15
แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539)	
2.3.4 แผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่.....	20
2.4 แผนกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข.....	24
ฉบับที่ 8 (2540-2544)	

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
2.5 เกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข.....	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
3.2.1 การสร้างเครื่องมือ.....	37
3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	38
3.3 การเก็บรายงานข้อมูล.....	39
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
3.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	39
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัย.....	40
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	40
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันของโรงพยาบาล.....	42
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเสนอแนะหรือเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	85
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	85
5.1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	85
5.1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	85
5.1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	86
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	92
5.3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้.....	92
5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป.....	93
5.4 การนำเสนอแนวทางในการออกแบบจากความสัมพันธ์ของ.....	93
องค์ประกอบหลักของโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง	

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก	
เอกสารทางราชการที่ใช้ในการวิจัย.....	104
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ตัวอย่างภายในอาคาร.....	124
ประวัติผู้เขียน.....	128



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการด้าน สาธารณสุข ฉบับที่ 7	3
1.2 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน แยกรายการเมื่อสิ้นแผนพัฒนาการ ด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 7	3
2.1 แสดงจำนวนสถานื่อนามัยระหว่าง พ.ศ. 2527-2539	16
2.2 แสดงจำนวนสถานื่อนามัย ประชากรต่อสถานื่อนามัยและอัตรากำลังสถานื่อนามัย	17
2.3 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาทางด้าน สาธารณสุข ฉบับที่ 7	18
2.4 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน แยกรายภาคเมื่อสิ้นแผนพัฒนา สาธารณสุข ฉบับที่ 7	18
2.5 จำนวน รพช. ต่อประชากรในอำเภอที่ไม่มี รพศ./รพท. ปี 2534-2539	19
2.6 การคำนวณหาจำนวนเตียงผู้ป่วยใน ของสถานบริการสาธารณสุขในกลุ่มเครือข่าย	31
2.7 เกณฑ์มาตรฐานพื้นที่ใช้สอยของโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาล 90 เตียง)	32
2.8 แสดงรายการ/จำนวน FACILITIES ที่สำคัญในโรงพยาบาลชุมชน	33
2.9 แสดงจำนวนประชากรต่อเตียง จำนวนประชากรต่อ สอ., อัตราการครองเตียงและ จำนวนผู้ป่วย สอ. ในปี 2534 จำแนกตามภาค	34
2.10 แสดงเป้าหมาย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ตามแผน พัฒนาการด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 8	35
3.1 แสดงรายชื่อประชากรกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง	36
3.2 แสดงรายชื่อประชากร กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง(ต่อ)	37
4.1 แสดงค่าความถี่และร้อยละข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานะภาพโดย ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน	41
4.2 แสดงความถี่และร้อยละของเตียงคนไข้พิเศษขนาด 1 เตียง/ห้องตามสภาพการใช้งาน จริงในปัจจุบัน	44
4.3 แสดงความถี่และร้อยละของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 2-4 เตียง/ห้อง ตามสภาพการใช้งาน จริงในปัจจุบัน	46
4.4 แสดงความถี่และร้อยละของเตียงคนไข้ปกติ ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน	48

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.5 แสดงความถี่และร้อยละของผู้ป่วยนอกทั่วไป(ห้องตรวจ) ตามสภาพการใช้งานจริง.....	50
ในปัจจุบัน	
4.6 แสดงความถี่และร้อยละของบริการทันตกรรมตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	52
4.7 แสดงความถี่และร้อยละของรังสีวิทยา (X-RAY) ตามสภาพการใช้งานปัจจุบัน.....	54
4.8 แสดงความถี่และร้อยละของห้องผ่าตัดตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	56
4.9 แสดงความถี่และร้อยละของห้อง ICU ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	58
4.10 แสดงความถี่และร้อยละของห้อง ENDOSERY ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	60
4.11 แสดงความถี่และร้อยละของพยาธิวิทยา คลังโลหิต ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	61
4.12 แสดงความถี่และร้อยละของเวชศาสตร์ฟื้นฟูตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	62
4.13 แสดงความถี่และร้อยละของเตียงคลอดธรรมดาตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	63
4.14 แสดงความถี่และร้อยละของเตียงคลอดติดเชื้อตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	65
4.15 แสดงความถี่และร้อยละของพนักงานบริการ,วิชาการตามสภาพการ ใช้งานจริงใน.....	67
ปัจจุบัน	
4.16 แสดงความถี่และร้อยละของห้องประชุมตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	68
4.17 แสดงความถี่และร้อยละของสวัสดิการตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	70
4.18 แสดงความถี่และร้อยละของเวชระเบียนตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	71
4.19 แสดงความถี่และร้อยละของครัว-อาหารตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	73
4.20 แสดงความถี่และร้อยละของผงซักฟอกตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	74
4.21 แสดงความถี่และร้อยละของพัสดุกกลางตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	75
4.22 แสดงความถี่และร้อยละของเภสัชกรรมตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	76
4.23 แสดงความถี่และร้อยละของหน่วยปราศจากเชื้อกลางตามสภาพการ ใช้งานจริงใน.....	78
ปัจจุบัน	
4.24 แสดงความถี่และร้อยละของแม่บ้านตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	79
4.25 แสดงความถี่และร้อยละของซ่อมบำรุงตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	80
4.26 แสดงความถี่และร้อยละของแหล่งกำเนิดพลังงานตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	81
4.27 แสดงความถี่และร้อยละของตู้เก็บศพตามสภาพการ ใช้งานจริงในปัจจุบัน.....	83

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 การแบ่งงานภายในโรงพยาบาล 10 – 120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง)	13
4.1 แสดงค่าร้อยละของของเพศ.....	42
4.2 แสดงค่าร้อยละของอายุ.....	42
4.3 แสดงค่าร้อยละของวุฒิทางการศึกษา.....	43
4.4 แสดงค่าร้อยละของสถานภาพโดยตำแหน่ง.....	43
4.5 แสดงค่าร้อยละของประสบการณ์ในการทำงาน.....	43
4.6 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษขนาด 1 เตียง / ห้อง.....	45
4.7 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 1 เตียง / ห้อง.....	45
4.8 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 1 เตียง / ห้อง.....	45
4.9 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 2 – 4 เตียง / ห้อง.....	46
4.10 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 2 – 4 เตียง / ห้อง.....	47
4.11 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 2 – 4 เตียง / ห้อง.....	47
4.12 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้ปกติ.....	49
4.13 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้ปกติ.....	49
4.14 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงคนไข้ปกติ.....	49
4.15 แสดงค่าร้อยละของความต้องการของเตียงผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ).....	50
4.16 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงผู้ป่วยนอก (ห้องตรวจ).....	51
4.17 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงผู้ป่วยนอก (ห้องตรวจ).....	51
4.18 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของบริการทันตกรรม.....	52
4.19 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของบริการทันตกรรม.....	53
4.20 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของบริการทันตกรรม.....	53
4.21 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของรังสีวิทยา (X – Ray).....	55
4.22 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของรังสีวิทยา (X - Ray).....	55
4.23 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของห้องผ่าตัด.....	57
4.24 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของห้องผ่าตัด.....	57
4.25 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของห้อง ICU.....	59
4.26 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของห้อง ICU.....	59
4.27 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของพยาธิวิทยา คลังโลหิต.....	61
4.28 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของพยาธิวิทยา คลังโลหิต.....	61

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับกรใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
4.29 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเวชศาสตร์ฟื้นฟู.....	62
4.30 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคลอดธรรมดา.....	64
4.31 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคลอดธรรมดา.....	64
4.32 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงคลอดธรรมดา.....	64
4.33 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคลอดติดเชื้อ.....	66
4.34 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคลอดติดเชื้อ.....	66
4.35 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงคลอดติดเชื้อ.....	66
4.36 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของพนักงานบริการ.....	67
4.37 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของพนักงานบริการ.....	67
4.38 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของห้องประชุม.....	69
4.39 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของห้องประชุม.....	69
4.40 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของห้องประชุม.....	69
4.41 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของสวัสดิการ.....	70
4.42 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเวชทะเบียน.....	71
4.43 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเวชทะเบียน.....	72
4.44 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเวชทะเบียน.....	72
4.45 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของครัว - อาหาร.....	73
4.46 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของซักฟอก.....	74
4.47 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของพัสดุกกลาง.....	75
4.48 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเภสัชกรรม.....	77
4.49 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเภสัชกรรม.....	77
4.50 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของปราศจากเชื้อกลาง.....	78
4.51 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของแม่บ้าน.....	79
4.52 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของซ่อมบำรุง.....	80
4.53 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของแหล่งกำเนิดพลังงาน.....	82
4.54 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของแหล่งกำเนิดพลังงานไฟฟ้า.....	82
4.55 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของผู้เก็บศพ.....	84
4.56 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของผู้เก็บศพ.....	84

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการพัฒนาประเทศนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) เป็นต้นไป จะมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดทิศทางและกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เน้น พัฒนาเศรษฐกิจเป็นจุดมุ่งหมายหลักในการพัฒนาทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทาง การพัฒนา “ เพราะคนเป็นปัจจัยในการชี้ความสำเร็จของการพัฒนาทุกเรื่อง คนเป็น ผู้ กำหนดทิศทาง การพัฒนาและคนเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา ดังนั้น การพัฒนาเศรษฐกิจจึงมีบทบาทเป็นเพียงเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้คนมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” (กระทรวงสาธารณสุข ; 2540 : 5)

แต่จากการพัฒนาประเทศในระบะที่ผ่านมา มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและประชาชนที่ประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม มีสัดส่วน ที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในวิถีการดำเนินชีวิตและสถานะสุขภาพ พฤติ กรรมอนามัย โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาท หน้าที่ให้บริการสาธารณสุขและกิจกรรมใด ๆ ของสังคมในการกระทำเพื่อให้คนมารับ บริการ เกิดความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจตามเป้าหมายที่รับมา งานบริการสาธารณสุข ต้องมีกิจกรรมอย่างน้อย 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา พยาบาลและการฟื้นฟู (วิฑูร แสงสินแก้ว , 2540 - 2544 : 6)

ในสถานการณ์ปัจจุบันด้านสาธารณสุข ได้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งร่างกายและจิตใจให้เปลี่ยนแปลงสู่การบรรลุภาวะ สุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาวโดย มีการแก้ไขปัญหา หรือดำเนินการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐาน ตามสภาวะการณ์ที่เป็น อยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีขึ้นในอนาคตวิธีการหนึ่งที่ได้กำหนดไว้ในการพัฒนา คือ การเพิ่ม ประสิทธิภาพและการยกระดับคุณภาพในการบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งนี้จะเน้นการยก ระดับความสามารถในการให้บริการสถานอนามัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการเพิ่มประสิทธิภาพและขนาด (จำนวนเตียง) ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีสถิติอัตราการครองเตียงสูง (วรียา สินธุเสก , 2540 : 13) และ จากการศึกษการเปรียบเทียบกับกรกระจายตัวทรัพยากรที่มีอยู่ระหว่างภูมิภาคและในเขต กรุงเทพมหานครแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ อยู่มาก จาก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ข้อมูลสำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข (2537) พบว่า เขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนเตียงทั้งภาครัฐและเอกชน ในอัตราส่วน 1 : 219 คน ในขณะที่ทั้งประเทศมีอัตราเฉลี่ยจำนวนเตียงต่อประชาชนเท่ากับ 1 : 540 คน และหากวิเคราะห์ลึกลงไปในระดับภูมิภาคยังพบความเหลื่อมล้ำ ในระหว่างพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราเฉลี่ยจำนวนเตียงต่อจำนวนประชากร 1 : 1,012 คน ทำให้ในปัจจุบันการบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมียังไม่เพียงพอ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งอยู่ห่างไกล โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งดังกล่าว และโรงพยาบาลชุมชนยังต้องทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง ในระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ใกล้เคียง ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านอาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ อัตรากำลังโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จึงมีขีดความสามารถให้บริการได้เฉพาะในระดับปฐมภูมิ กองสาธารณสุขภูมิภาคจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนา โครงการบริการในระดับทุติยภูมิ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 - 120 เตียง ที่มีความเหมาะสมทางด้านศักยภาพของชุมชน ความพร้อมทั้งในด้านสถานที่และการให้บริการ ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ที่สามารถให้บริการในระดับทุติยภูมิ โดยคงไว้ซึ่งการให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อยู่ใกล้เคียง (กองสาธารณสุขภูมิภาค , 2540 : 83) จากแนวทางดังตารางที่ 1.1,1.2 แสดงขนาดและจำนวนเตียง จากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 มีนโยบายขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียงในปี 2537 จำนวน 8 แห่ง ทั่วประเทศ และจากการสำรวจข้อมูลรวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ทั่วประเทศยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการกำหนดขนาดพื้นที่ใช้สอย ในการขยายขนาดจำนวนของเตียงนอกจากเกณฑ์มาตรฐานในการกำหนดขนาดพื้นที่ใช้สอยของโรงพยาบาลขนาด 60 และ 90 เตียงเท่านั้น

ตารางที่ 1.1 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการ
ด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)

ขนาดโรงพยาบาลชุมชน	จำนวน (แห่ง)	รวม (เตียง)	ร้อยละของเตียง ทั้งหมด
10	96	960	3.8
30	453	13,590	52.6
60	406	6,360	24.6
90	44	3,960	15.3
120	8	960	3.7
รวม	707	25,830	100.0

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ. 2537

ตารางที่ 1.2 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน แยกรายการเมื่อสิ้นแผน
พัฒนาการด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539)

ขนาดโร พยาบาลชุมชน	ภาคเหนือ (แห่ง)	ภาคกลาง (แห่ง)	ภาคตะวัน ออกเฉียง เหนือ(แห่ง)	ภาคใต้ (แห่ง)	รวม (แห่ง)
10	29	24	14	29	96
30	95	165	111	82	453
60	30	45	20	11	106
90	13	17	11	3	44
120	3	3	1	1	8
รวม	170	254	157	126	707

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ. 2537

จากการประเมินสถานการณ์ข้างต้นรวมถึงข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนการสา
ธารณสุข แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชนต่อประชากร
ในแต่ละภูมิภาค ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย ให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์
กลางการส่งต่อ และพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในอนาคต ซึ่งผลจาก
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การศึกษาในข้างต้นจึงทำให้ผู้ดำเนินการวิจัย ใคร่ศึกษาแนวทางการขยายขนาดของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงเป็น 120 เตียง โดยศึกษาโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จำนวน 11 โรงพยาบาล

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการใช้งานจริงของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ใน 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ส่วนพัสดุผู้ป่วยใน , ส่วนพัสดุผู้ป่วยนอก , ส่วนวินิจฉัยรักษา , ส่วนบริหาร , ส่วนสนับสนุน
2. เพื่อนำเสนอแนวทางในการออกแบบจากความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง

1.3 กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง และเกณฑ์โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง นำมากำหนดเป็นกรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 5 ด้าน (กงแบบแผนกระทรวงสาธารณสุข , 2537) คือ

1. ส่วนพัสดุผู้ป่วยใน
2. ส่วนพัสดุผู้ป่วยนอก
3. ส่วนวินิจฉัยรักษา
4. ส่วนบริหาร
5. ส่วนสนับสนุน

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 โรงพยาบาล

- 1.) โรงพยาบาลโคกสำโรง
- 2.) โรงพยาบาลพนัสนิคม
- 3.) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
- 4.) โรงพยาบาลบัวใหญ่
- 5.) โรงพยาบาลปากช่องนานา
- 6.) โรงพยาบาลนางรอง

- 7.) โรงพยาบาลสวรรคโลก
- 8.) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี
- 9.) โรงพยาบาลทุ่งสง
- 10.) โรงพยาบาลชุมแพ
- 11.) โรงพยาบาลอรัญประเทศ

1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ทั่วประเทศ
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้จากหัวหน้างานในแต่ละส่วนของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างและการสอบถามโดยการสัมภาษณ์ โดยยึดโรงพยาบาลด่านขุนทดเป็นกรณีศึกษา
3. แนวทางในการออกแบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลัก โดยยึดโรงพยาบาล

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการทำวิจัย

แนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชน หมายถึง ศึกษาถึงแนวทางการปรับเปลี่ยนขนาดของโรงพยาบาลชุมชนจากขนาดจำนวนเตียงหนึ่งไปสู่อีกจำนวนเตียงหนึ่งเป็นเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

งานสาธารณสุข หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ในการกระทำเพื่อให้คนที่มารับบริการเกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตามเป้าหมายที่มารับบริการงานบริการ สาธารณสุข ต้องมีกิจกรรมหลักอย่างน้อย 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู

งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ คือระบบการบริการสาธารณสุขของรัฐระบบหนึ่ง ที่จัดขึ้นโดยการจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นประจำอำเภอ ทุกอำเภอทั่วประเทศ ปัจจุบันเรียกโรงพยาบาลประจำอำเภอนี้ว่า โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึงสถานพยาบาลที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 30 ถึง 180 เตียง

เกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 องค์ประกอบ คือ

1. ส่วนพักผู้ป่วยใน เตียงคนไข้พิเศษ 1 เตียง / ห้อง , เตียงคนไข้พิเศษ 2 – 4 เตียง / ห้อง , เตียงคนไข้ปกติเตียง / ห้อง
2. ส่วนพักผู้ป่วยนอก , ผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้อง

ตรวจ) , ผู้ป่วยทั่วไป (ห้องตรวจ / Tread) , บริการทันตกรรม , 3. ส่วนวินิจฉัยรักษา รังสีวินิจฉัย (X – Ray) , ห้องผ่าตัด , ห้อง I C U , ห้อง Endoscopy , พยาธิวิทยาคลินิกและคลังโลหิต , เวชศาสตร์ฟื้นฟู , เตี้ยงคลอด ธรรมดา , ติดเชื้อ 4. ส่วนบริหาร , สำนักงาน , วิชาการ , ประชุม , สวัสดิการ , เวชทะเบียน 5. ส่วนสนับสนุน ครุฑ , อาหาร , ซักฟอก , พัสดุกกลาง , หน่วยปราศจากเชื้อกลาง , เกสซ์กรรม , แม่บ้าน , ซ่อมบำรุง , แหล่งกำเนิดพลังงาน , ตู้เก็บศพ

หลักการออกแบบโรงพยาบาล หมายถึง ข้อกำหนดพื้นฐานในการออกแบบโรงพยาบาลของกรอบแบบแผน กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์มาตรฐานพื้นที่ใช้สอยของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง หมายถึงมาตรฐานที่ใช้ในการขยายโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็น 90 เตียง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและค้นคว้าเอกสารตลอดจนการวิจัยต่าง ๆ ผู้วิจัยได้รวบรวมเสนอสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย และทฤษฎีจำแนกเป็นหัวข้อสำคัญดังต่อไปนี้

2.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544

2.2 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544

2.2.1 สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)

2.2.2 ภาพรวมของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)

2.2.3 รายละเอียดแผนงาน โครงการจำแนกตามสาขา

2.3 นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)

2.3.1 งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

2.3.2 ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันด้านสาธารณสุข

2.3.3 สถานการณ์และปัญหาการจัดการทรัพยากรสาธารณสุข เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539)

2.3.4 แผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่

2.4 แผนกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)

2.5 เกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข

2.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 – 2544)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 8 (2540 – 2544) เป็นแผนที่ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 มีการเน้นการพัฒนาสาธารณสุขให้สามารถสร้างศักยภาพของคน โดยคำนึงถึงการเชื่อมองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยของคน จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุข ดังนี้

2.1.1 เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทศนคติที่ดี เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว

2.1.2 เพื่อให้การเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคที่อันเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและโรคที่ป้องกันได้ลดลง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- 2.1.3 เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพและสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพ แบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะ อย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ
- 2.1.4 เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย โดยมีองค์ความรู้ และพฤติกรรมในการเลือก ใช้ และบริโภคที่เหมาะสม
- 2.1.5 เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครอง ให้มีคุณภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดี และ ปลอดภัยแก่วิถีการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพ
- 2.1.6 เพื่อให้องค์กรชุมชนสามารถดูแลรับผิดชอบ สุขภาพอนามัยของคนในชุมชนได้ อย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ
- 2.1.7 เพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงมีครรภ์และ เด็กได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
- 2.1.8 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า
- 2.1.9 เพื่อให้คนไทยเป็นผู้ที่สามารถนำภูมิปัญญาด้านสาธารณสุข ไปใช้ประโยชน์ได้ ทุกระดับและเป็นผู้นำด้านสุขภาพในภูมิภาคนี้

2.2 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 -2544 ในช่วง แผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544)

- 2.2.1 สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8(พ.ศ.2540 -2544)
- การพัฒนาประเทศในระยะที่ผ่านมา ทำให้เกิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจ อาชีพในภาคอุตสาหกรรมที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในวิถีการดำเนินชีวิต สถานะสุขภาพ พฤติกรรมอนามัยและรูปแบบความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศโดยรวม
 - ความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศมีทรัพยากรสำหรับ พัฒนาการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นโดยภาครัฐได้จัดบริการแก่ประชาชนทั้งใน ระดับสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป
 - เป้าหมายการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทำให้การกระจายทรัพยากร สาธารณสุขมีอัตราส่วนที่ดีขึ้นดังนี้

เตียง	: ประชากร จาก 1 : 540 เป็น 1 : 500
แพทย์	: ประชากร จาก 1 : 4,165 เป็น 1 : 3,300
ทันตแพทย์	: ประชากร จาก 1 : 19,677 เป็น 1 : 5,200
พยาบาลวิชาชีพ	: ประชากร จาก 1 : 1,150 เป็น 1 : 900

ร้อยละ 80.00 ของสถานพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 20.00 เป็น ร้อยละ 100.00

2.2.2 ภาพรวมของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540 – 2544)

- สถานการณ์ของประเทศในภาพรวม อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงระยะ 4 – 5 ปี ผ่านมาการพัฒนาประเทศโดยการใช้แผนพัฒนาอุตสาหกรรมเป็นหลัก เป็นตัวบ่งชี้ถึงทิศทางการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ จากความเป็นเกษตรกรรมเข้าสู่ความเป็นภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น
- สถานการณ์ด้านระบบสาธารณสุข ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของคนไทยมีหน่วยงานรับผิดชอบเป็นจำนวนมากและหลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจและโรงพยาบาลเอกชน แต่บทบาทและหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะส่วนภูมิภาคซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่เป็นของประเทศของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับสถานการณ์ด้านสถานบริการที่ดำเนินการโดยภาครัฐนั้น ประกอบด้วยสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทบวงกรมอื่น ครอบคลุมครบทุกจังหวัดทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลของหน่วยงานอื่น ในระดับอำเภอยังมีโรงพยาบาลชุมชน 708 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.60 ของอำเภอทั่วประเทศ และมีศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครและเทศบาลรวม 278 แห่ง ส่วนในระดับตำบลมีสถานีอนามัย 9,239 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.40 ของตำบลทั้งหมดในส่วนภูมิภาค และในระดับหมู่บ้านได้จัดให้มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในหมู่บ้านที่ชายแดนและห่างไกล จำนวน 521 แห่ง นอกจากนี้ยังมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนกระจายอยู่ใน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ชนบทจำนวน 61,432 แห่ง และในเขตเมืองอีกจำนวน 808 แห่ง มีการกระจายของส่วนสถานบริการเอกชนและร้านขายยาอยู่ทั่วไปทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค แม้ว่ารัฐจะเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามา มีบทบาทในการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเสรี แต่ก็พบว่าเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกรุงเทพมหานครและภูมิภาคต่าง ๆ สถานพยาบาลของภาคเอกชนยังคงกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร / ปริมณฑลและเขตเมืองใหญ่

- สถานการณ์การกระจายทรัพยากร อัตราส่วนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากรและอัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร ทำไม่เท่าเทียมกันระหว่างกรุงเทพมหานครและภูมิภาค เป็นเรื่องชี้ให้เห็นความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรอย่างชัดเจน เช่น กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนเตียงต่อประชากรประมาณ 1 : 219 และมีแพทย์ 1 คน ต่อประชากรประมาณ 940 คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของประเทศมีเตียง 1 เตียง ต่อประชากรประมาณ 540 และแพทย์ 1 คนต่อประชากรประมาณ 4,165 คน และในภาคที่มีทรัพยากรด้านสาธารณสุขน้อยที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีเตียง 1 เตียงต่อประชากรมากกว่า 1,012 คน และแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 10,885 คน ถึงแม้ว่าในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาได้มีการเพิ่มจำนวนแพทย์ในส่วนภูมิภาคต่ออัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ลดลงถึงเท่าตัวแต่ความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคอื่น ๆ และระหว่างภูมิภาคกับกรุงเทพมหานครก็ยังคงมีอยู่

2.2.3 รายละเอียดแผนงาน โครงการจำแนกตามสาขา

สาขาบริการสาธารณสุข ได้เน้นในแนวทางพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายสถานบริการครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ อย่างกว้างขวางโดยมุ่งเน้นเพื่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน แต่สภาพปัญหาการกระจายทรัพยากร ในช่วงระยะ 10 ปี ที่ผ่านมายังพบว่ามีความแตกต่างเหลื่อมล้ำกันระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ อยู่มาก ในปี 2537 ในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวน 1 เตียงต่อประชากร 219 คน ในขณะที่ทั้งประเทศมีอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ 1 เตียงต่อประชากร 540 คน หากวิเคราะห์ลึกลงไป

ยังพบว่าพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วน 1 ต่อประชากร 1,012 คน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ อาจก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำมากยิ่งขึ้นได้ในอนาคต

2.3 นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ฉบับที่ 8(พ.ศ. 2540 – 2544)

ได้วางนโยบายการพัฒนาชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ งานบริการสาธารณสุข หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ของสังคมในการกระทำเพื่อให้คนที่มารับบริการเกิดความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ตามเป้าหมายที่มารับบริการ งานบริการสาธารณสุขต้องมีกิจกรรมหลักอย่างน้อย 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ก็คือ ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐระบบหนึ่ง ที่จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นประจำอำเภอทุกอำเภอทั่วประเทศ ปัจจุบันเรียกโรงพยาบาลประจำอำเภอนี้ว่า โรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำจำกัดความโรงพยาบาลชุมชนไว้ว่า เป็นการบริการสาธารณสุข ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 150 เตียง ลงมา เป็นศูนย์บริการวิชาการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ และมีหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นสถานีนามัยประจำตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทในเขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาลซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 10,000 คน เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน และอยู่ในสายการสนับสนุนทรัพยากรของกองสาธารณสุขภูมิภาคสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาดต่าง ๆ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

- การ จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง
- ควรจัดตั้งในอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่มีประชากรไม่เกินกว่า 30,000 คน
- ควรจัดตั้งในตำบลที่เป็นที่ตั้งของที่ว่ากรอำเภอหรือกิ่งอำเภอหรือตำบลอื่นที่เหมาะสม เช่น เป็นชุมทาง สามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอหรือกิ่งอำเภอได้สะดวกและไม่ห่างจากที่ว่าการอำเภอมากนัก
- จำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลไม่ควรต่ำกว่า 5,000 คน

- จัดตั้งเพื่อสนับสนุนโครงการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยราชการอื่น เช่น โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชุมชนบางกลุ่ม โครงการปรับปรุงตัวอำเภอตัวอย่าง และโครงการพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น
- ประชาชนในท้องถิ่นต้องการและสนับสนุนในการจัดตั้งและดำเนินการโรงพยาบาล
- ควรมีสั่งสาธารณสุขูปโภคโดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟฟ้าและประปา สำหรับอำเภอที่ควรยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง หรือขนาด 60 เตียง ในอนาคตควรจัดให้มีที่ดินไว้ประมาณ 15 ไร่ หรือ 25 ไร่ ตามลำดับ

การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

- ควรจัดตั้งในอำเภอที่มีประชากรไม่ต่ำกว่า 50,000 คน หรือมีประชากรมารับบริการได้โดยสะดวกไม่ต่ำกว่า 50,000 คน
- ควรจัดตั้งในตำบลที่เป็นที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วประมาณ 40 กิโลเมตร หรือระยะทางที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางโดยพาหนะประจำท้องถิ่น (รถยนต์หรือเรือยนต์) เกินกว่า 2 ชั่วโมง ที่ตั้งโรงพยาบาลควรเป็นชุมทางสามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอนั้นและอำเภอใกล้เคียงโดยสะดวก
- จำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลไม่ควรต่ำกว่า 10,000 คน
- ควรปรับปรุงและขยายศูนย์การแพทย์และอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงเป็นอันดับแรก
- ประชากรในท้องถิ่นต้องการและสนับสนุนในการจัดตั้งและดำเนินการ
- ควรมีสั่งสาธารณสุขูปโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟฟ้าและประปา
- มีที่ดินสำหรับปลูกสร้างไม่น้อยกว่า 15 ไร่ ยกเว้นอำเภอที่ควรขยายจำนวนโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไป ควรจัดให้มีที่ดินไว้ประมาณ 25 ไร่

การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชน > 60 เตียง

- ควรจัดตั้งในอำเภอที่มีประชาชนไม่ต่ำกว่า 100,000คน หรือมีประชากรมารับบริการได้โดยสะดวกไม่ต่ำกว่า 100,000 คน
- ควรจัดตั้งอยู่ในตำบลที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว 40 กิโลเมตร หรือเป็นระยะทางที่ต้องใช้เวลาเดินทางโดยพาหนะประจำท้องถิ่น (

รถยนต์หรือเรือยนต์) เกินกว่า 2 ชั่วโมง ที่ตั้งโรงพยาบาลควรเป็นชุมทางสามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอ นั้นและอำเภอใกล้เคียงได้สะดวก

- จำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลเกินกว่า 100,000 คนขึ้นไป
- ควรปรับปรุงขยายมาจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
- ประชาชนในท้องถิ่นต้องการและสนับสนุนในการจัดตั้งและดำเนินการ
- ที่ตั้งโรงพยาบาลชุมชนควรมีสิ่งสาธารณูปโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟฟ้าและน้ำประปา
- ที่ดินสำหรับปลูกสร้างไม่น้อยกว่า 25 ไร่

ประกอบกับโรงพยาบาลชุมชนมีโครงสร้างและอัตรากำลัง ตามแผนอัตรากำลัง 3 ปี รอบปีที่ 2 โดยมีการแบ่งองค์กรภายในเป็น 7 ฝ่ายและ 1 งาน ส่วนในรอบปีที่ 3 แบ่งเป็น 2 กลุ่มงาน 5 ฝ่าย ตามการแบ่งรายละเอียดของงานแสดงแผนภูมิการแบ่งงาน ที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด

แผนภูมิการแบ่งงานภายในโรงพยาบาล 10 – 120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง)



ภาพที่ 2.1 แสดงแผนภูมิการแบ่งงานภายในโรงพยาบาล 10 – 20 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง)

2.3.2 การประเมินสถานะการณ์ปัจจุบันด้านสาธารณสุข จากนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 ได้เน้นการพัฒนาทางด้านคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้เปลี่ยนแปลงไปสู่การบรรลุสภาวะ สุขภาพดีทั่วหน้าในระยะยาว โดยให้มีการแก้ไขปัญหาหรือดำเนินการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานตามสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และที่จะมีขึ้นในอนาคต ซึ่งกลวิธีหนึ่งที่กำหนดไว้ในการพัฒนา คือ การเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยเน้นการยกระดับ ความสามารถในการให้บริการของสถานอนามัย ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นในด้านการรักษาพยาบาล เพื่อประสิทธิภาพและขนาด (จำนวนเตียง) ของโรงพยาบาลชุมชนมีสถิติอัตราการครองเตียงสูง บัดนี้การดำเนินงานตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ใกล้จะสิ้นสุดลง ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมแนวทางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแผน ฯ 8 อย่างมีประสิทธิภาพจึงควรที่จะได้มีการดำเนินงานในช่วงแผน ฯ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) มาวิเคราะห์ในประเด็นสำคัญ ดังนี้ การเข้าถึงการบริการของประชาชน , การกระจายทรัพยากรและประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร , คุณภาพการสาธารณสุข , ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- การเข้าถึงของประชาชนเป็นข้อบ่งชี้ในเรื่องการเข้าถึงบริการเบื้องต้นด้านระยะเวลาหรือระยะทาง และเป็น Primary Care สำหรับ Secondary Care ที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยใน จากการคำนวณคาดการณ์ว่า ในปี 2539 อัตราการครองเตียงรายนอกของโรงพยาบาลชุมชนอยู่ 80-90 % รายละเอียดดังตารางที่ ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าจำนวนเตียงที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยในได้เพียงพอ หากไม่มีปัจจัยอื่นมากระทบสถานะสุขภาพอย่างรวดเร็วและรุนแรง
- การกระจายประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร จักต้องอาศัยปัจจัยการผลิตที่สำคัญสองประเภทได้แก่ 1. ทุน (Capital) คือ อาคาร สิ่งก่อสร้าง จำนวนเตียง และ 2. แรงงาน (Labour) คือ แพทย์ พยาบาล เภสัช และบุคลากรทางสาธารณสุข กองสาธารณสุขส่วนภูมิภาคได้จัดสรรทรัพยากร ซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตประเภททุนได้แก่ สถานบริการส่วนภูมิภาค โดยเมื่อสิ้นปี 2539 คาดว่าจะมีจำนวนเตียงโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ 24,000 เตียง เพราะเมื่อนำมาคำนวณประชากรต่อเตียง เพื่อดูการกระจายตัวของทรัพยากร โดยจำแนกตามภาค พบว่า ภาคกลาง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

มีประชากรต่อเตียงต่ำที่สุด คือ 888 คน , ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรต่อเตียงสูงที่สุดคือ 1,823 คนต่อเตียง ซึ่งแสดงให้เห็นความแตกต่างของการกระจายทรัพยากร

- คุณภาพงานบริการสาธารณสุข จากการประเมินผลงานเชิงคุณภาพเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากผลงานเชิงปริมาณ เฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพงานบริการสาธารณสุข เนื่องจากการจัดบริการสาธารณสุขและการพัฒนางานเกิดจากการดำเนินงานของสายงานกิจกรรม/โครงการ การประเมินคุณภาพงานบริการสาธารณสุขในที่นี้จะประเมินที่ผลกระทบบางงาน/โครงการต่าง ๆ ต่อสถานะสุขภาพประชาชนโดยใช้ตัวชี้วัด สถานะสุขภาพ

2.3.3 สถานการณ์และปัญหาการจัดการทรัพยากรสาธารณสุข เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เอกสารสรุปย่อฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลพื้นฐานกว้าง ๆ เพื่อให้เห็นสถานการณ์และปัญหาการจัดการทรัพยากรสาธารณสุข เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ต่อไป

- การกระจายของสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ

สถานบริการระดับตำบล สถานื่อนามัยได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วจาก 8,007 แห่งเมื่อต้นแผนพัฒนาฉบับที่ 7 เป็น 9,239 แห่งในปี 2539 ครอบคลุมตำบลทั้งสิ้น 7,158 ตำบล (ตารางที่ 2.1) โดยครอบคลุมตำบลที่ไม่ใช่ที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 99.63 จากจำนวน 6,372 ตำบล มีตำบลที่มีสถานื่อนามัยมากกว่า 1 แห่ง 2,021 ตำบล สัดส่วนความพึงพอใจ 1 สถานื่อนามัยต่อประชากร 4,340 คน (ตารางที่ 2.2) โดยสถานื่อนามัยในภาคอีสานต้อง รับผิดชอบประชากรสูงสุด 5,114 คน รองลงมาคือ ภาคเหนือ โดยภาคกลางและภาคใต้รับผิดชอบเพียง 3,730 และ 3,721 คนตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังสูงกว่าเป้าหมาย 3,000 คน ต่อสถานื่อนามัยที่วางไว้

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนสถานื่อนามัยระหว่าง พ.ศ. 2527 - 2539

พ.ศ.	จำนวนสถานื่อนามัย
2527	7,043
2533	7,873
2534	8,007
2535	8,053
2536	8,393
2537	8,703
2538	9,010
2539	9,239

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค

ในด้านโครงสร้างของสถานื่อนามัย มีการก่อสร้างสถานื่อนามัย 220 ตารางเมตร จำนวน 1,380 แห่ง สถานื่อนามัยทั่วไปขนาด 150 ตารางเมตร ทดแทนจำนวน 1,600 แห่ง ต่อเติม สถานื่อนามัยเดิมเป็นสถานื่อนามัยทั่วไป 750 แห่ง รวมเป็น 2,350 แห่ง คงเหลือเป็นสถานื่อนามัยขนาด 70 ตารางเมตรจำนวน 5,509 แห่ง นอกจากนี้ยังมีสถานบริการสาธารณสุขอีก 456 แห่ง ด้านอัตรากำลังพบว่ามีเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ตาม จ.18 ทั่วประเทศ 8,336 คน เฉลี่ย 3.06 คน ต่อสถานื่อนามัย 1 แห่ง สถานะเงินบำรุงของสถานื่อนามัยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยแห่งละ 3.4 หมื่นบาท ในปี พ.ศ. 2532 เป็นเฉลี่ยแห่งละ 4.2 หมื่นบาทในปี พ.ศ. 2537

ตารางที่ 2.2 แสดงจำนวนสถานื่อนามัย ประชากรต่อสถานื่อนามัยและอัตรากำลังสถานื่อนามัย

ภาค (แห่ง)	จำนวนสถานื่อนามัย (แห่ง)	ประชากรต่อ สอ. (คน : แห่ง)	อัตรากำลัง (สอ. : คน / แห่ง)
กลาง	2,396	3,730	0.46
เหนือ	2,039	4,277	0.54
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,127	5,114	1.40
ใต้	1,448	3,721	0.66
รวม	9,010	4,340	3.06

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค

หมายเหตุ : ประชากร ณ. ธันวาคม 2537 จำนวนสถานื่อนามัยเมื่อสิ้นปี 2538 เนื่องจากปี พ.ศ. 2539 ในระหว่างดำเนินการจัดสรร

- สถานบริการระดับอำเภอ ด้านโครงสร้างของสถานบริการระดับอำเภอ ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 7 ได้มีการเพิ่มเติมจำนวนทั้งสิ้น 10,210 เตียง (แผน 5 ปี 9,910 เตียง) จนถึงปัจจุบันมีโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 707 แห่ง เป็นขนาด 10 เตียง 96 แห่ง, 30 เตียง 453 แห่ง, 60 เตียง 106 แห่ง, 90 เตียง 44 แห่งและ 120 เตียง 8 แห่ง (ตารางที่ 2.3) รวมเป็นจำนวนเตียงทั้งสิ้น 25,830 เตียง กระจายอยู่ในภาคต่าง ๆ (ตารางที่ 2.4) โดยยังมีอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 45 อำเภอ / กิ่งอำเภอ มีอำเภอที่มี รพช. 2 แห่ง อำเภอที่มี รพช. 3 แห่ง 2 อำเภอ และมี รพช. อยู่ในเขตที่มี รพช./รพท. อยู่แล้ว 5 แห่ง

ตารางที่ 2.3 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อสิ้นแผนพัฒนาการด้าน
สาธารณสุขฉบับที่ 7

ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน	จำนวน (แห่ง)	รวม (เตียง)	ร้อยละของเตียงทั้งหมด
10	96	960	3.80
30	453	13,590	52.60
60	106	6,360	24.60
90	44	3,960	15.30
120	8	960	3.70
รวม	707	25,830	100.00

ที่มา : กองสาธารณสุขส่วนภูมิภาค

คิดจำนวนอำเภอ 737 อำเภอ (หักลบอำเภอที่มี รพศ. / รพท.)

ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชน 45 อำเภอ / กิ่งอำเภอ

มีอำเภอที่มี รพช. 2 แห่ง 7 อำเภอ อำเภอที่มี รพช. 3 แห่ง 2 อำเภอ มี รพช. อยู่ในเขต

ที่มี รพศ. / รพท. แล้ว 5 แห่ง

ตารางที่ 2.4 แสดงขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชน แยกรายภาคเมื่อสิ้นแผน
พัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7

ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน	ภาคกลาง (แห่ง)	ภาคเหนือ (แห่ง)	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (แห่ง)	ภาคใต้ (แห่ง)	รวม (แห่ง)
10	29	24	14	29	96
30	95	165	111	82	453
60	30	45	20	11	106
90	13	17	11	3	44
120	3	3	1	1	8
รวม	170	254	157	126	707

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 2.5 จำนวนเตียง รพช. ต่อประชากรในอำเภอที่ไม่มี รพช. / รพท. ปี 2534 – 2539

ปีพ.ศ. / ภาค	จำนวนประชากร ในอำเภอที่ไม่มี รพช./รพท.	จำนวนเตียง	เตียงต่อประชากร 10,000 คน	ประชากร / เตียง	
2534	รวม	37,978,563	14,370	3.78	2,643
	กลาง	8,561,928	3,520	4.11	2,432
	อีสาน	16,360,218	5,310	3.25	3,081
	เหนือ	8,178,384	3,260	3.99	2,509
	ใต้	4,878,033	2,280	4.67	2,139
2535	รวม	38,824,895	15,740	4.05	2,467
	กลาง	8,754,810	3,910	4.47	2,239
	อีสาน	16,492,092	5,650	3.43	2,919
	เหนือ	8,247,119	3,600	4.37	2,291
	ใต้	5,330,874	2,580	4.84	2,066
2536	รวม	39,353,838	17,580	4.47	2,239
	กลาง	8,621,923	4,270	4.77	2,097
	อีสาน	16,364,625	6,630	4.05	2,463
	เหนือ	8,621,923	3,950	4.58	2,183
	ใต้	5,412,697	2,730	5.04	1,983
2537	รวม	39,786,731	19,790	4.97	2,010
	กลาง	9,053,094	4,990	5.51	1,814
	อีสาน	16,544,636	7,480	4.52	2,212
	เหนือ	8,716,764	4,380	5.02	1,990
	ใต้	5,472,237	2,940	5.37	1,861
2538	รวม	40,666,853	21,930	5.39	1,854
	กลาง	9,255,357	5,360	5.79	1,726
	อีสาน	16,910,620	8,490	5.02	1,992
	เหนือ	8,909,588	4,940	5.54	1,804
	ใต้	5,593,288	3,140	5.61	1,781
2539	รวม	39,725,523	25,840	6.50	1,537
	กลาง	8,777,104	6,470	7.37	1,357
	อีสาน	16,851,910	9,780	5.80	1,723
	เหนือ	8,679,285	5,780	6.66	1,502
	ใต้	5,417,224	3,810	7.03	1,422

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.3.4 แผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมของประเทศ ทำให้สภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งแบบแผนการเจ็บป่วย ซึ่งมีได้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นเป็นปกติ แต่ยังมีมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซ้ำซ้อนที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล และการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น เอดส์ อุบัติเหตุ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) จึงได้เน้นการเสริมสร้างศักยภาพและการพัฒนาคุณภาพของการบริการให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในปัจจุบันการบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมียังขาดแคลนอยู่มาก เนื่องจาก รพศ./รพท. จะมีเพียงหนึ่งแห่ง ในแต่ละจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ประกอบกับโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งอยู่ห่างไกลจาก รพศ. / รพท. และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังต้องทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง ในระบบส่งต่อให้กับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อยู่ใกล้เคียง แต่เนื่องจากข้อจำกัดทาง ด้านอาคารสถานที่ ทรัพยากรที่อัตรากำลังโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะมีขีดความสามารถให้บริการได้เฉพาะในระดับปฐมภูมิ กองสาธารณสุขภูมิภาคจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาโครงข่ายการบริการในระดับทุติยภูมิ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 - 120 เตียง ที่มีความเหมาะสมและความพร้อมทั้งในด้านสถานที่ตั้งและการให้บริการ ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่สามารถให้บริการในระดับทุติยภูมิ โดยคงไว้ซึ่งการให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อยู่ใกล้เคียง โดยยึดหลักการพัฒนาเชิงคุณภาพได้ความจำกัดด้านกำลังคน วัตถุประสงค์การพัฒนา เพื่อพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ให้สามารถจัดบริการในระดับทุติยภูมิ โดยคงไว้ซึ่งการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางระบบส่งต่อและเป็นแม่ข่ายในด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อยู่ใกล้เคียง

- พัฒนาระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชน ให้เกิดความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ
- พัฒนาระบบบริการที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับของประชาชน
- พัฒนาให้โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ให้เป็นศูนย์กลางทางวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์ และสาธารณสุขของชุมชน

กรอบแนวความคิด

- มีความสามารถและศักยภาพในการให้บริการในระดับทุติยภูมิ - ตติยภูมิ
- คงไว้ซึ่งจุดเด่นในการให้บริการด้านส่งเสริมคุณภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ
- มีความเหมาะสมทางสถานที่ตั้งและเป็นศูนย์กลางเครือข่ายบริการ บริหารและวิชาการของโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง
- มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการภายใต้ข้อจำกัดด้านกำลังคน
- มีการลงทุนที่คุ้มค่า (Return on Investment) และสามารถพึ่งตนเอง
- มีการพัฒนาด้านต่างๆ ในรูปแบบใหม่ (New Public Innovation) โดยเน้นคุณภาพการให้บริการเป็นหลัก
- มีการสนับสนุนทรัพยากรภายใต้กองสาธารณสุขภูมิภาค
- มีระบบประเมินผลและตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการพัฒนากลยุทธ์การพัฒนาก
- ด้านการพัฒนาศักยภาพระยะเริ่มต้นสนับสนุนให้มีการจ้างแพทย์เฉพาะทางในพื้นที่มาให้บริการในบางวันและเวลา พร้อมทั้งสนับสนุนครุภัณฑ์ส่งแพทย์ประจำโรงพยาบาลไปอบรมหลักสูตรระยะสั้นตามความจำเป็นและเหมาะสมสนับสนุนทุนพยาบาลเป็นกรณีพิเศษ เมื่อการให้บริการมีเสถียรภาพแล้ว จึงสนับสนุนด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาลที่มีความพร้อมอยู่แล้วก็ให้สนับสนุนโครงสร้างพื้นฐาน
- ด้านโครงสร้างพื้นฐาน อาคารและสิ่งก่อสร้างจะสนับสนุนอาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุอาคารผู้ป่วยใน ซึ่งมีทั้งพิเศษและสามัญและอาคารสนับสนุนที่จำเป็น อาคารและสิ่งก่อสร้างที่ให้การสนับสนุนจะเป็นอาคารทรงสูงและมีการวางแผนอาคารที่เชื่อมต่อกันได้ เพื่อประโยชน์ในการใช้สอย ประหยัดเนื้อที่ก่อสร้างและสะดวกในการใช้สาธารณูปโภคร่วมกันระหว่างอาคาร เช่น ลิฟต์ทางเชื่อม การปรับปรุงอาคารสถานที่ เช่น ทางเชื่อม ฯลฯ จะสนับสนุนภายหลังการก่อสร้างอาคารต่าง ๆ แล้วเสร็จ ครุภัณฑ์จะสนับสนุนครุภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ ประจำตึก และครุภัณฑ์การแพทย์เฉพาะทาง เพื่อสนับสนุนการให้บริการในระดับทุติยภูมิจนถึงตติยภูมิ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

- ด้านการบริหารจัดการกิจการของโรงพยาบาล (Hospital Management) สนับสนุนให้มีการสร้างระบบการให้บริการจัดการด้านต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการของโรงพยาบาล และการให้บริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพแก่ประชาชนเช่น
 - ระบบมูลนิธิ
 - ระบบการเช่า / ซื้อ บริการจากภาคเอกชน
 - ระบบการบริหารงานร่วม ระหว่างภาครัฐและเอกชน
 - ระบบ LAN
 - ระบบการบริหารจัดการ ในรูปของเครือข่ายสถานบริการ
 - โรงพยาบาลหลักของระบบประกันสังคม
- ด้านวิชาการ สนับสนุนการศึกษาและอบรม ด้งานภายในและต่างประเทศ เน้นการเป็นผู้นำด้านวิชาการ และการบริหารวิชาการ ระหว่างสถานบริการในเครือข่าย
- ด้านบริการ สนับสนุนให้บริการในระดับทุติยภูมิจนถึงตติยภูมิ โดยคงไว้ซึ่งการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยให้บริการในเขตรับผิดชอบ และการเป็นศูนย์กลางให้กับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อยู่ใกล้เคียง เน้นการให้บริการตามสภาพปัญหาเร่งด่วนเฉพาะพื้นที่
- ด้านอัตรากำลัง สนับสนุนนวัตกรรม ด้านการบริหารจัดการและการบริการ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ เพื่อลดค่าใช้จ่ายบุคลากรและการเพิ่มอัตรากำลังโดยไม่จำเป็น จัดทำกรอบอัตรากำลังสำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ที่เน้นการเพิ่มอัตรากำลังเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ

หลักเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่

เกณฑ์หลัก ตั้งอยู่ในอำเภอที่เป็นศูนย์กลางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการคมนาคมของอำเภออื่น ๆ โดยรอบ (อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 อำเภอ) และเหมาะสมเป็น รพช. ที่จะรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ

- ตั้งอยู่ในอำเภอที่มีความต้องการการบริการในระดับทุติยภูมิ แต่มีความยากลำบากในการส่งต่อผู้ป่วย

- มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบ (ที่มีอยู่จริง) ในอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลชุมชน ไม่ต่ำกว่า 100,000 คน รวมกับอำเภอใกล้เคียง (ระยะทางโดยรอบโรงพยาบาล รัศมี 25 กิโลเมตร) ไม่ต่ำกว่า 200,000 คน

เกณฑ์รอง

- ห่างจากโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ไม่น้อยกว่า 50 กิโลเมตร
- มีสาขาของธนาคารพาณิชย์ไม่ต่ำกว่า 3 – 5 ธนาคาร
- มีแพทย์เฉพาะทางประจำต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 สาขาหลัก ประจำมาไม่น้อยกว่า 2 ปี
- เป้าหมาย โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 – 120 เตียง จำนวน 30 แห่ง
- แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม / เป้าหมาย / งบประมาณ / รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย
- ที่มาของงบประมาณ งบประมาณจากแผนงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เงินบำรุงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เงินบริจาค
- ผู้รับผิดชอบโครงการ
 - คณะทำงานพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ กองสาธารณสุขภูมิภาค
 - คณะทำงานพัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่
- การประเมินผล
 - การประเมินความสัมฤทธิ์ ในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในโครงการ
 - ประเมินความเหมาะสมด้านสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ อัตรากำลัง ความพร้อมและศักยภาพ ในการให้บริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิ และงานด้านส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ
 - ประเมินประสิทธิภาพระบบการบริหารจัดการ
 - ประเมินความเป็นผู้นำด้านวิชาการ และการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระดับอำเภอ
 - ประเมินประสิทธิภาพ ระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และสถานบริการที่อยู่ใกล้เคียง

2.4 แผนกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 -2544) การบรรยายพิเศษเรื่อง การประเมินผลโรงพยาบาลชุมชนเมื่อสิ้นแผน ฯ 7 และทิศทางกลยุทธ์ในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ในแผน ฯ 8 โดยนายแพทย์สุภาชัย เจียมจรัสผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค นายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

นายแพทย์สุภาชัย เจียมจรัส ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค

ในการทำแผน ฯ 7 เมื่อ 5 ปีที่แล้วนั้น โรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสน้อยที่จะมา กำหนดชะตาชีวิตของตัวเอง เราไม่มีโอกาสที่จะเลือกทางเดินได้ นอกจากส่วนกลางกำหนด ออกไปว่าคุณจะต้องยกฐานะแล้วก็จบสิ้นกัน แล้วก็ให้เงินมา แล้วก็ทำงานกันไป การที่ กระทรวงได้กำหนดแนวทางแบบ Top Down เช่นนั้น ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างในช่วง แผนพัฒนา สาธารณสุข ฉบับที่ 7 ที่ผ่านมา กองสาธารณสุขภูมิภาคโดยผู้อำนวยการ กองที่ผ่านมามีหลายท่าน ได้ทำการศึกษาเรื่องนี้ตลอดมา จนกระทั่งยุคที่ผมเป็นผู้บริหาร ก็ จำเป็นแล้วที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง คงจะใช้ระบบ Top Down จากส่วนกลางออกมา ไม่ได้ เราคงต้องใช้วิชาการ ใช้ปัญหา ใช้กลยุทธ์หลาย ๆ อย่างที่จะทำการพัฒนาโรงพยาบาลของเรา ในภาวะที่มีการจำกัดของทรัพยากรบุคคล เรื่องเงินคิดว่าไม่เป็นปัญหาใน การทำงาน จากนี้ไปจนตลอดแผน เพราะว่าฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเรา ทาง สำนักนโยบายและแผนพัฒนาสาธารณสุขได้ประสานและทำนายอย่างถูกต้อง คาดว่า งบประมาณของประเทศไทยในปี 2540 จะตกที่ 980,000 ล้านบาท การทำนายด้านเศรษฐกิจ ศาสตร์ของกระทรวงค่อนข้างจะแม่นยำมาก ตรงนี้คิดว่าไม่เป็นปัญหาอุปสรรค เช่นเดียวกับ ที่เรทำนายว่า กำลังคนนั้นจะเป็นปัญหาที่ใหญ่หลวง การที่จะปล่อยว่ามีใครยาวสาวได้ สาวเอาคงไม่ได้ ปัญหาใหญ่จึงอยู่ที่เรื่องคน ภายใต้ทรัพยากรบุคคลที่จำกัด เราจะทำอะไร กับอนาคตของประเทศไทยเรา

นายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

ก่อนที่เราจะดูโรงพยาบาลชุมชน เรามีตัวเลขซึ่งพวกเราก็คงจะทราบ ว่า ในแผน ฯ 7 จากปีที่ผ่านมา เรามีตำบลต่าง ๆ มากมายและเราก็ Up ด้วยความรวดเร็ว บางตำบลมี สถานีอนามัยถึง 6 แห่ง บ้างตำบลมีสถานีอนามัย 5 แห่ง 4 แห่ง อำเภอบางอำเภอก็มี โรงพยาบาลชุมชนถึง 2 แห่ง ทรัพยากรเหล่านี้ได้เกิดขึ้น และเหตุการณ์เหล่านี้ได้เกิดขึ้น สถานีอนามัยเปลี่ยนเป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ เราเริ่มทศวรรษสถานีอนามัยไป หลังจาก

มติคณะรัฐมนตรีผูกมัดงบประมาณ 6 ปี เริ่มเปลี่ยนจาก 70 ตร.ม. เป็น 220 ตร.ม. และก็เป็นรุ่นใหม่ 150 ทางเหมือนกัน ตัวเล็กกับตัวใหญ่ ตัวใหญ่คือ 3 เท่า บางที่เช่นเดิม คนเพิ่มขึ้นจาก 2.6 คน เป็น 3.3 คน ตัวเลขเมื่อสิ้นปี 2537 ก่อนสิ้นแผนฯ 7 2 ปี ตรงนี้คือ Hardware ที่เรามองเห็น

ชาวบ้านยอมรับการบริการมากขึ้นหรือเปล่า O.P.D. ตรงนี้ เราเพิ่มปริมาณ 43% Area ของประชากรเฉลี่ยดีขึ้นมาจาก 5700 เหลือ 4800 เงินบำรุงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 23% นี่เป็นตัวเลขเฉลี่ยสุทธิเพิ่มขึ้น ถึงมีบัตรทุกอย่างสารพัดขึ้น เพิ่มขึ้นทั้งนั้น ฐานะลำช้าขึ้น แต่ว่าสัดส่วนการส่งต่อน้อยลง แสดงว่าชาวบ้าน By Pass มากขึ้น ไม่ได้หมายความว่า มีประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลดีขึ้น แปลได้ 2 นัย เพราะฉะนั้น System ของเรา ที่ภูมิไฉนกันหา ว่าเรามี Structure ต่าง ๆ สมบูรณ์ ก็เป็นเรื่องจะต้องมาตอบให้ละเอียดกว่านี้

จำนวนเตียงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป 92 แห่ง บวก 3 แห่ง ที่เกิดใหม่ใน 3 จังหวัดแล้ว จำนวนเตียงเขาเพิ่มขึ้นน้อยมาก ยอดรวมเมื่อปี 2537 = 34,000 เตียง โรงพยาบาลชุมชนที่เรามีอำเภอขณะนี้ 700 กว่าอำเภอ และไม่มีอยู่ประมาณ 30 - 40 กว่าอำเภอ มหาไทยแตกลูกไปเรื่อย ปีละ 10 ปีละ 20 โดยเฉลี่ยปีละ 20 เราจะออกแข่งกับเขาใหม่ นี่คือคำถามในอนาคต โรงพยาบาลชุมชนขณะนี้เรามี 21,000 เตียง เมื่อสิ้นสุดปี 2537 พอสิ้นสุดแผนฯ ถึง 1 ตุลาคม ปี 2539 ซึ่งเริ่มต้นแผนเราจะมีถึง 5,000 เตียง 5 ปีที่ผ่านมาเราเจริญเติบโตในจำนวนเรื่องเตียง 110% เป็นความภาคภูมิใจว่า เรามีจำนวนเตียงต่อสัดส่วนจำนวนประชากรดีขึ้น กระจายไปมากขึ้น สัดส่วนของรัฐต่อเอกชน ขณะนี้ยังมีตัวเลขอย่างนี้อยู่ ของเอกชนโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร เติบโตอย่างรวดเร็วมาก

จำนวนแพทย์ จากปี 2482 จนถึงเมื่อ 4 - 5 ปี ขณะนี้ตัวเลขอยู่ที่ 68% นั้นหมายความว่า แต่ก่อนหมอต้งหมดอยู่ในภาครัฐ 83% แล้วก็ลดลงขณะนี้อยู่ที่ 68% ใน 68% เข้าใจว่าตัวเลขเหล่านี้คงจะไปอีกเรื่อย ๆ ประเด็นคำถามไม่ได้อยู่ที่ เขามากหรือเรามากแล้วเราดี แต่ถ้าอยู่กับเรามากแล้ว Prove อย่างเรา คุณภาพ Low Efficiency คงจะเพิ่ม Low Equality ได้แย่ง Quality ก็คงแย่งปริมาณไม่อยู่ที่เขามากเราน้อย แต่อยู่ที่ระบบต่างหาก ว่าเราจัดระบบแล้วมีคุณภาพมากน้อยแค่ไหน โรงพยาบาลเอกชน เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว แน่นอนที่สุดมีผลเสียต่อระบบและมีผลดีต่อระบบทั้ง 2 อย่าง ในสัดส่วนที่เร็วมหาศาลมากพวกเราคงทราบกันดี และเป็น Chain ยิ่งกว่า 7 eleven ซึ่งเป็น Chain ที่แม้แต่อเมริกาซึ่งเป็นต้นแบบยังทิ้ง แล้วถือเป็น Case study สำหรับ MBA ในมหาวิทยาลัย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

Topten อเมริกา ว่าในเอเชียมีอะไรเกิดขึ้น ประเทศไทยจึงมีการขยาย 7 eleven ได้มากที่สุด
 สุดในโลก ในเครือของ 7 eleven ทั้งที่เมื่อก่อนเขาเปิด 7 โมงเช้าถึง 5 ทุ่ม ของเขาเปิด
 24 ชั่วโมง ของเมืองไทยเขาคงตกใจเหมือนกันว่าเราเกิดอะไรขึ้น อันนี้ก็คือ ตัวเลขของโรง
 พยาบาลที่เกิดขึ้นอย่างมหาศาลเฉพาะภาครัฐ ตัวเลขนี้ไม่ Cover ภาคเอกชนใด ๆ ทั้งสิ้น
 เรามีเตียงในภาคกลาง เขต 2 สระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาทสระบุรี ลพบุรี มีบ้านหมี่ มี
 ลพบุรี มีสารพัดอย่างมี 1 เตียง : ประชากร 682 ภาคอีสาน ได้ แยกที่สุด 1 เตียง :
 ประชากร 1,600 เท่ากับ 2.5 % ตรงนี้เป็นตัวเลขที่หยาบยังบอกอะไรไม่ได้ แต่ขณะเดียวกัน
 ค้นพบว่า ตัวเลขในเขตอัตราการครองเตียงในเขตภาคกลางกลับสูงที่สุด คือ 94% ทั้ง ๆ ที่
 มีจำนวนเตียงต่อประชากรดีที่สุด และทั้ง ๆ ที่มีจำนวนเตียงในเขตโรงพยาบาลเอกชนสูงที่
 สุด ทั้งที่ตัวเลขไม่ Cover เอกชน เฉพาะของภาครัฐกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โดยไม่รวม
 ทบวง กรม อีกด้วยซ้ำไป

แต่ขณะนี้ ภาคอีสานมีอัตราการครองเตียงต่ำลงมา คือ 94% กับ 93% แล้วก็มีอัตรา
 การครองเตียงต่ำสุด ที่ภาคอื่น ๆ รอลงมา ถึง 60%-70% เพราะฉะนั้น การจัดให้มี Equality
 ไม่ได้ดูเรื่องเตียงต่อประชากรอย่างเดียวเท่านั้น เรื่องอย่างนี้ยังมี Factor อื่น ๆ อีกมหาศาล ทั้ง
 เรื่องการโยกย้าย เรื่องเศรษฐกิจ เรื่องฐานะ เรื่องการยอมรับ มาดู Pattern ของเรา ที่เรา
 ต้องการ Primary Care/ Secondary Care หรือ Tertiary Care เดิมเมื่อปี 2520 นั้น เรามี
 คนไข้ O.P.D. ครั้งต่อปีที่โรงพยาบาลศูนย์ 5.5 ล้านครั้ง ที่โรงพยาบาลชุมชน 5.9 ที่สถานี
 อนามัย 3.5 มันเป็น สามเหลี่ยมกลับทิกดีขึ้น ดูเหมือนว่าดีขึ้น ก็คือสถานีอนามัย First
 Contact 27.9 ล้านครั้ง แต่นี่คือ " ครั้ง " ครั้งในที่นี้โดยตัวเลขพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุข
 ไม่ได้แยกว่า เป็นครั้งของ Promotive หรือ Curative หรือเป็นเรื่องของการบริการอย่างอื่น
 รวมทั้งหมด เฉพาะ O.P.D. Visit โรงพยาบาลชุมชน 23 ล้านครั้ง โรงพยาบาลทั่วไป 13.3
 ล้านครั้ง เหมือนกับเราได้สร้าง Infra - structure จนกระทั่ง Reshape ออกมาได้ดีขึ้นภายใต้
 การดีขึ้นนั้นยังมีปัญหาปลีกย่อยอีกมาก

แผน ๔ 7 ที่ผ่านมา เมื่อตอนเริ่มต้นแผน ๔ 7 กระทรวง ๔ ก็ให้แต่ละจังหวัดเขียนว่า 5
 ปีข้างหน้าในแผน ๔.7 จะยกฐานะที่ใดเป็น 10 , 30 , 60 เตียง จังหวัดก็ทำแผนมา คือ 9,000
 กว่าเตียง Actually เกิดขึ้นจริง ๆ คือ 10,000 กว่าเตียง ที่เพิ่มขึ้น คือ 100% ยิงได้เงินกู่ที่จะ
 Push ลงไปใน 120 แห่ง จาก 10 เตียง เป็น 30 เตียง ในปีงบประมาณต่อเนื่องจากปี
 2539 และ 2540 2 ปีผูกพัน บวกไปแล้ว เราจะมีเตียง 25,000 เตียง ที่โรงพยาบาลจังหวัด
 ทั้งหมดมี 34,000 เตียง เรามีแพทย์ในปี 2537 จำนวน 1,419 คน ดูต่อไปจะรู้ว่าแพทย์เริ่ม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
 ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ขึ้นที่คนในขณะที่เรามีเตียงเพิ่มขึ้น 100% กว่าตัวเลขนี้ยังเป็นตัวเลขของกลางปี 2538 เมื่อสิ้นปี 2540 งบประมาณปี 2540 Up ตรงนี้ออกมาอีก 120 กว่าแห่ง และจะเหลืออยู่ 90 กว่าแห่งเท่านั้นเองที่จะเป็น 10 เตียง Majority ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดเมื่อเริ่มต้นแผน 48 จะเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ทั้งสิ้น คือ อยู่ที่ 50%-60%

สมัยโบราณนั้น 10 ปี แล้ว ใครจะแย่งกันอยู่โรงพยาบาลใหญ่ ๆ คือ 30 เตียง เฉลอเดี่ยวเดี่ยวเกิน 60 เตียง ถึง 120 เตียง มีตั้ง 100 กว่าแห่ง นั่นก็หมายถึงว่า Space เรากว้างมากตั้งแต่ 10 เตียง คนไข้ O.P.D. เรามีตั้งแต่ 30 คน หรืออยู่บนเกาะมีน้อย ๆ จนกระทั่งโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ของเรา คนไข้นอกและคนไข้ในมารับบริการ และจำนวนเงินบำรุงรายรับต่อปี สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป เรามีโรงพยาบาลชุมชนที่มีรายรับเงินบำรุงเกินกว่า 10 ล้าน 15 ล้าน ขึ้นไปรอบ 2-3 ปี ที่ผ่านมาทิศทางเศรษฐกิจ คมนาคม ทุกอย่างมันเปลี่ยนไปหมด แต่ตรงนั้นแสดงว่าการทำงานของโรงพยาบาลชุมชนแบบที่เป็นลือลือ ใช้ไม่ได้อีกต่อไปแล้ว เพราะมีตั้งแต่ 10 เตียงอยู่บนเขา อยู่บนเกาะ ที่เป็นกิ่งอำเภอมีประชากร 7,000 - 20,000 คน จนกระทั่งประชากรเป็นแสน เป็นชุมชนทางของเศรษฐกิจใหญ่กว่าโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งในอดีตตั้งอยู่ในเขตเทศบาลของเส้นทางคมนาคม แล้วเป็นเมืองที่ตายแล้ว ลักษณะอย่างนี้เกิดขึ้นในยุคต่อไปและยิ่งใหญ่มาก ปัญหาที่ยังมาก

ตัวเลขนี้เป็นตัวเลขที่เอาจำนวนโรงพยาบาล 377 แห่ง ที่เป็น 10 เตียง ในปี 2535 เทียบกับโรงพยาบาล 348 แห่ง ในปี 2537 โดยเอาตัวเลขทุกโรงพยาบาลมารวมกัน ก็พบว่าจำนวนคนไข้เพิ่ม ๆ ลด ๆ ในแต่ละอย่าง ดูเรื่องอัตราการครองเตียงจำนวนวันป่วยต่าง ๆ สรุปว่าโรงพยาบาล 10 เตียง คนไข้ O.P.D. เฉลี่ยต่อแห่งไม่ได้เพิ่มขึ้น นับจากปี 2535 - 2537 ซึ่งไม่ได้หมายความว่าทำงานแย่งแต่หลายถึงว่า Coverage เราดีขึ้น แล้วเรากระจาย Infrastructure ไปใกล้ชุมชนมากขึ้น เฉลี่ยต่อประชากรดีขึ้น O.P.D. ลดน้อยลง คนไข้ I.P.D. เพิ่มขึ้นเล็กน้อย OR. เพิ่มขึ้นบ้าง แต่ตรงนี้ Significant เพราะ Pattern การรับบริการคนไข้คลอดที่สถานีอนามัยเกือบจะหมดสิ้น ในเขตเศรษฐกิจที่ดี และเขตคมนาคมที่ดีในภาคกลาง ไม่มีที่ท่าคลอด Absolutely หลาย ๆ ปีติดต่อกันจนกระทั่งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำคลอดไม่เป็น ในอีสานที่ห่างไกลยังมีการทำคลอด ซึ่งตรงนี้เพิ่มขึ้นมากมหาศาล เพราะฉะนั้นอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงสุดก็คือคลอด m(5Uอันดับ 2 คือ อุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ขณะนี้ถ่ายมาที่โรงพยาบาล เพราะฉะนั้นจำนวนคนไข้เหล่านี้ ซึ่งเดิมสถานีอนามัยมีบทบาท ขณะที่ถ่ายมาที่โรงพยาบาลชุมชน ถ่ายเข้ามามากมหาศาล แต่ I.P.D. เพิ่มขึ้นไม่มาก แสดงว่า I.P.D. เฉลี่ยต่อแห่งของโรคอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการคลอดลดลง โรงพยาบาล 30 เตียงเกิดขึ้นอีกมากมาย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สวทว.ไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เพราะฉะนั้นเฉลี่ยคนไข้ในกิลดลง ส่วน 90 เติง ตรงนี้เชื่อถือไม่ค่อยได้ เมื่อปี 2532 ข้อมูลดิบมีเพียง 5 แห่งในปี 2532 พอปี 2537 กระโดดขึ้นมาเป็น 20 กว่าแห่ง คนไข้ O.P.D. เพิ่มขึ้นมหาศาลเข้าใจว่าเป็นเรื่องชุมชนทางเศรษฐกิจ ในการเปรียบเทียบตรงนี้ยังเชื่อถือไม่ค่อยได้มาก

โรงพยาบาลชุมชน O.P.D. เรายังเพิ่มขึ้น 82% สถานื่อนามัยเพิ่มขึ้น 67% จำนวนคนไข้คลอด Severity Case มากขึ้น ICU. ล้นมากขึ้น จริง ๆ เราพูดอย่างเป็นธรรม ว่าขณะนี้ Suffer ทั้งระบบเรื่อง Primary Care Cathment Area Family Doctor Holistic Care Comprehensive Care ต้องตั้งคำถามว่าทำได้มาน้อยแค่ไหน ในแผน ๗ 7 ก็เขียนไว้ชัดเจน เรื่องการฟื้นฟูสภาพ แต่ฝ่ายกายภาพบำบัด ไม่มีแม้แต่คนเดียว กรอบอัตรากำลัง Spare Area พื้นที่ไม่เคยมี รพท./รพค. ก็หนักในบางเรื่องบางแผนก็ว่างงาน เพราะมีหมดล้น บางแผนกหนักจนลาออกแล้วลาออกอีก เรียกว่า Unbalance และมีปัญหาในระบบค่อนข้างมาก เพราะฉะนั้นดูตัวเลขแพทย์เรา กรอบอัตรากำลังตัวเลขปี 2538 เราควรจะมีกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำ เราควรมีแพทย์ใกล้ ๆ 40,000 คน แต่เรามีแพทย์ 2532 = 1,400 กว่าคน เนื่องจากการถูกกระทบ โดยระบบเพิ่มพูนทักษะ 1 ปี ขณะนี้ต้องเป็น Issue ที่ต้อง Evaluate ว่าได้ผลมากน้อยแค่ไหน ปี 2538 เรามีแพทย์จำนวน 1,807 คนเพิ่มขึ้นจาก 1,400 เป็น 1,800 แต่จำนวนเตียงเพิ่มขึ้น 110% เพราะฉะนั้นตัวเลขตรงนี้ก็เห็น ๆ อยู่เตียงเรามาก เรื่องอย่างนี้เป็นเรื่องที่เป็นปัญหาทั้งระบบ นอกจากเรื่องหมอ ก็มีเรื่องพยาบาล กรอบสถานื่อนามัย ทสอ. ต้องการมีบุคลากร 5 คน จนนักวิชาการ ก็เฉลี่ยได้จาก 2.6 เพิ่มขึ้นเป็น 3.2 คน ดูเหมือนว่าดีขึ้นเล็กน้อย พยาบาลที่ผ่านมา เวลาจัดสรรก็เป็นระบบของกระทรวงเรา ในเรื่องคนเราจะเห็นได้ชัดว่าที่ผ่านมามีสภาพอย่างนี้ แล้วเราจะทำอย่างไร ทั้งระบบที่จะให้หมออยู่จะทำอย่างไร ให้ดีขึ้น ถ้าเราทำภายใต้แบบเดิม ๆ คือให้คน ให้ตึก ให้เครื่องมือ พอให้ตึก ให้เครื่องมือ แต่คนไม่ให้ เพราะไม่มีเงินหาให้ ถ้าเราคิดในมุขกลับ คือให้ไปทั้งก้อนแล้วไปคิดเอง ผมเชื่อว่าผู้บริหารหลาย ๆ ท่านไม่สร้างตึก ไม่ซื้อเครื่องมือ แต่จะทำอย่างไรให้หมออยู่มากขึ้น ซึ่งระบบเราดูเหมือนว่าฝันเกินความจริง Span ของเรา 10 เติงที่อยู่บนเขา จนกระทั่ง 120 เติง หรือ 150 เติง 180 เติง มีเงินบำรุงรายรับต่ำสุดปีละประมาณ 2 แสนบาท มีเงินบำรุงรายรับสูงสุด ปีหนึ่ง 36 ล้านบาท ซึ่งต่างกันโดยสิ้นเชิง เพราะฉะนั้นการบริหารการจัดการ การสนับสนุน การคิด Package ในการบริหารจัดการมีความแตกต่างกันมากมายเหลือเกิน การคลังที่ผ่านมามีต้องยอมรับว่ามีค่อนข้างเหลือเพื่อ ขณะนี้มีหลายแห่งเอาเครื่อง Bandnager เครื่อง Blood Gas ไปคลุมผ้าไว้ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาล 30 เติง ไกล ๆ หมดจบใหม่ไม่

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เคยให้เลือดเลย แต่ก็มีตู้เย็นเก็บเลือด มี Ultrasound ซึ่งไม่ผิดที่มี Ultrasound แต่ผิดตรงที่
เราไม่สามารถพัฒนาหมอเราให้สามารถอ่าน Simple Ultrasound ได้ เราไม่ได้ระบุตรงนั้นเลย
Hard Ware เช่น ตึก ครุภัณฑ์เราค่อนข้างดีโดยเฉลี่ย บางแห่งอาจจะค่อนข้างไม่ดี ขึ้นอยู่กับ
การบริหารจัดการ Soft Ware ต่างหากที่เป็นปัญหาที่เราได้คิดและทุ่มเทกับตรงนี้ค่อนข้างน้อย

เมื่อ 20 ปีที่แล้ว กองฯ ก็มีหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลชุมชนอยู่ประมาณ 100 แห่ง ซึ่ง
เป็น 10 เต็มเกือบทั้งหมด มีหมอเพียงคนเดียว ดังนั้นการคิดอะไรเหมือนกันหมดก็ไม่ผิด
แต่ขณะนั้นงบประมาณเพิ่มขึ้นมหาศาล ถ้าเรายิ่งรวมทั้งหมด ไม่ว่าจะกองฯ จะเก่งแค่ไหน กองฯ
ก็ถูกต้องว่าโดยส่วนภูมิภาค หลาย ๆ เรื่องขณะนี้ทุกหน่วยงานเขาได้ปรับ และได้เปลี่ยนระบบ
ซึ่งเรื่องนั้นนอกเหนือของกองฯ แน่ เราจะต้องการโรงพยาบาลไม่แน่น แต่เราจะทำอย่างไรให้มี
ระบบที่จะมาดูแล Quality Control , Contracting ซึ่งระบบต่าง ๆ ตรงนี้ล้วนแต่ต้องการการบริหาร
จัดการ และการตัดสินใจแบบใหม่ทั้งสิ้น ขณะที่บางแห่งไม่แน่นเพราะไม่มีหมอ แต่ไม่ใช่ไม่
แน่นเพราะไปอยู่ที่อื่น ๆ แล้วจะดีขึ้น ประชาชนได้รับการบริการทดแทนบนโรงพยาบาลแล้วไม่
แน่น ที่ไม่ป่วยก็ไม่ป่วย เพราะชาวบ้านมีการเรียนรู้มากขึ้น วิวัฒนาการดีขึ้น การศึกษาดีขึ้น
บางโรคก็ไม่ป่วยจริง ๆ แต่ไม่ป่วยเพราะเขารู้เอง ไม่ใช่เราไปสอนเขา เพราะเราไม่ได้เป็น
Leadership เราไม่ได้เป็นหมอ 5 ดาวอย่างที่ทำได้ ส่วนมาตรฐานนั้นอีกอย่างหนึ่งให้คิดเอา
เอง

ทิศทางโครงสร้างการจัดสถานบริการคงต้องมาคิดใหม่ ถ้าเราต้องการโรงพยาบาลไม่
แน่น เราจะมี Polyclinic ที่ดำเนินการโดยรัฐอย่างไร เราจะ Contact เขาอย่างไร สถานี
อนามัยจะมารับผิดชอบบทบาทนี้อย่างไร เราจะจ่ายเขาเมื่อไร ทั่วโลกยืนยันว่า Financial
Mechanism เท่านั้นที่จะ Reshap Behavior ของ Provider เขาพิสูจน์ตรงนี้แล้วแน่ชัด จะมี
นโยบายอะไรต่าง ๆ ไม่เช่นนั้นเราก็จะไม่รู้ว่า เราจะขยายโรงพยาบาลชุมชนจาก 30 เต็ม
เป็น 60 เต็มหรือไม่ จาก 90 เป็น 150 หรือไม่ และโรงพยาบาล 60 เต็ม และ 90 เต็ม
จะมี Board หรือไม่ ขณะเดียวกัน Primary Care เราก็ไม่ดีหมด เพราะฉะนั้นตรงนี้เป็นเรื่อง
ที่น่าเห็นใจคนที่ทำแผนฯ 8 เพราะยากกว่าคนที่ทำแผนฯ 2 แผนฯ 3 แผนฯ 4 แต่แผนฯ 8
ขณะนี้จะเป็นอย่างไร

2.5 เกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วย

- มาตรฐานจำนวนเตียง

หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีหน้าที่สำคัญในการสนับสนุนและให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน (การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ) ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิและตติยภูมิ ตามแบบแผนการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคในภูมิภาคนั้น ๆ สถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคนี้ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยใน ได้แก่ สถานเอนามัยและมีเตียงรับผู้ป่วย ได้แก่ โรงพยาบาลซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเมื่อรวมกันแล้วจะมีความสามารถให้บริการสาธารณสุขผสมผสานครบทุกระดับได้ โดยอาศัยระบบส่งต่อและช่วยเหลือกันและกันภายในกลุ่มเครือข่าย แต่ปัจจุบันนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลแบบแผนการเจ็บป่วยของท้องถิ่นที่มีความจำเป็นสำหรับการกำหนดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลแต่ละระดับ / ขนาด ดังนั้นมาตรฐานจำนวนเตียงในขั้นต้นจึงกำหนดโดยอาศัยจำนวนประชากรในเครือข่าย ในจังหวัดและในอำเภอ ที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลนั้น ๆ เป็นฐานในการกำหนดให้เกณฑ์มาตรฐาน จำนวนเตียงรวมของกลุ่มในระดับกลุ่มเครือข่ายมีเตียงรับผู้ป่วย 15 เตียงต่อประชากรในเครือข่าย 10,000 คน โดยมีการกระจายจำนวนเตียงดังนี้

โรงพยาบาลชุมชน = 6 เตียง : 10,000 คน ของประชากรในอำเภอ

โรงพยาบาลทั่วไป = 6 เตียง : 10,000 คน ของประชากรในอำเภอ

โรงพยาบาลศูนย์ = 6 เตียง : 10,000 คน ของประชากรในอำเภอ

ทั้งนี้ ให้ถือว่า โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลด้วย (หากไม่มีโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอนั้น ๆ) และให้ถือว่าโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดนั้นด้วย (หากไม่มีโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนั้น) เตียงของโรงพยาบาลชุมชนควรกระจายไปทุก ๆ อำเภอ หรืออาจอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเดียวแต่ครอบคลุม 2 - 3 อำเภอ ก็ได้หรืออาจนับรวมอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ ในทำนองเดียวกัน จำนวนเตียงของโรงพยาบาลทั่วไปของแต่ละจังหวัด ควรอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน หรือกระจายเป็น 2 - 3 แห่ง ในจังหวัดเดียวกันก็ได้

ตารางที่ 2.6 การคำนวณหาจำนวนเตียงผู้ป่วยใน ของสถานบริการสาธารณสุขในกลุ่มเครือข่าย

ขนาดโรงพยาบาล	จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (เตียง)
โรงพยาบาลศูนย์	ประชากรทั้งเครือข่าย $\times 0.0004$
โรงพยาบาลทั่วไป	ประชากรในจังหวัด $\times 0.0008$
โรงพยาบาลชุมชน	ประชากรในอำเภอ $\times 0.0006$
รวมเครือข่าย	ประชากรทั้งเครือข่าย $\times 0.0015$

ที่มา : เกณฑ์มาตรฐานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2539 : 21

ก. มาตรฐานพื้นที่ใช้สอย

พื้นที่ใช้สอยรวม ของโรงพยาบาลแต่ละขนาดมีมาตรฐานดังนี้

- โรงพยาบาลศูนย์ = 60 ตร.ม./เตียง
- โรงพยาบาลทั่วไป = 60 ตร.ม./เตียง
- โรงพยาบาลชุมชน 30 - 90 เตียง = 60 ตร.ม./เตียง
- โรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง = 90 ตร.ม./เตียง

ข. พื้นที่ใช้สอยเฉพาะ แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

- 1.) ส่วนผู้ป่วยใน (Nursing Department)
- 2.) ส่วนผู้ป่วยนอก (Out - Patient Department)
- 3.) ส่วนวินิจฉัยและรักษา (Diagnostic and Treatment)
- 4.) ส่วนบริหาร (Administration)
- 5.) ส่วนสนับสนุนและบำรุง โดยมาตรฐานตามตารางที่ 3 - 5

ตารางที่ 2.7 เกณฑ์มาตรฐานพื้นที่ใช้สอยของโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาล 90 เตียง)

ส่วนประกอบ	พื้นที่ ตร.ม.	ห้อง / เตียง
ส่วนพักผู้ป่วยใน (สามัญ 80% พิเศษ 20%)	1,785	
ส่วนพักผู้ป่วยนอก	1,100	90 เตียง
- ผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ)	-	-
- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	-	6 เตียง
- บริการทันตกรรม	-	1 หน่วย
ส่วนวินิจฉัยรักษา	-	2 หน่วย
- รังสีวินิจฉัย	205	-
- ผ่าตัด	250	1 ห้อง
- พยาธิวิทยาคลินิกและคลังโลหิต	245	2 เตียง
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู(ไม่มีการผลิตกายอุปกรณ์)	150	1 หน่วย
- คลอด	200	1 หน่วย
ส่วนบริหาร		2 เตียง
- สำนักงานบริการ, วิชาการ, ประชุม	300	-
- สวัสดิการ	100	-
- เวชระเบียน	60	-
ส่วนสนับสนุน		-
- คริว - อาหาร	100	-
- ชักฟอก	100	-
- พัสตุกลาง	200	-
- หน่วยจ่ายกลางปราศจากเชื้อ	160	-
- เภสัชกรรม	100	-
- แม่บ้าน	40	-
- ซ่อมบำรุง	80	-
- แหล่งกำเนิดพลังงาน	60	-
- พักศพ	12	-
พื้นที่ใช้สอยรวม (ตารางเมตร)	5,247	
พื้นที่ใช้สอยต่อเตียง (ตารางเมตร / เตียง)	58.30	

ที่มา : คณะทำงานจัดทำเกณฑ์มาตรฐานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2539 : 60

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 2.8 แสดงรายการ / จำนวน Facilities ที่สำคัญในโรงพยาบาลชุมชน

รายการ Facilities	จำนวนหน่วย		
	ร.พ.ช. 60 เตียง	ร.พ.ช. 120 เตียง	ร.พ.ช. 180 เตียง
เตียงคนไข้พิเศษ			
- 1 เตียง / ห้อง	15 เตียง	30 เตียง	45 เตียง
- 2-4 เตียง / ห้อง	10 เตียง	18 เตียง	28 เตียง
ห้องตรวจโรคใน O.P.D.	6 เตียง	8 เตียง	12 ห้อง
เตียงตรวจ/ Treat ในแผนกอุบัติเหตุ	-	-	-
เตียงทันตกรรม	4 เตียง	6 เตียง	6 เตียง
ห้อง X-Ray	3 Unit	4 Unit	5 Unit
ห้อง Ultrasound	1 ห้อง	2 ห้อง	2 ห้อง
เตียง ICU	1 เตียง	1 ห้อง	2 ห้อง
ห้องผ่าตัด	2 ห้อง	3 ห้อง	6 ห้อง
ห้อง Endoscopy	-	1 ห้อง	1 ห้อง
เตียงคลอด			
- ธรรมชาติ	2 เตียง	4 เตียง	4 เตียง
- ติดเชื้อ	1 เตียง	1 เตียง	1 เตียง
ตู้เก็บศพ	2 ตู้	2 ตู้	2 ตู้

ที่มา : คณะทำงานจัดทำเกณฑ์มาตรฐานงานพัฒนาระบบโครงสร้างของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค พ.ศ. 2539 : 62

ตารางที่ 2.9 แสดงจำนวนประชากรต่อเตียง, จำนวนประชากรต่อตอ. , อัตราการครองเตียงและจำนวนผู้ป่วย ต่อ ตอ. ในปี 2537 จำแนกตามภาค

ภาค	โรงพยาบาลชุมชน					สถานีอนามัย			
	จำนวนเตียง / รพช. เมื่อสิ้นปี 2538	จำนวนเตียง / รพช. ที่คาดว่าจะมีเมื่อสิ้นปี 2539	จำนวนเตียง / ประชากร / ตอ. เมื่อสิ้นปี 2539	อัตราการครองเตียงเมื่อสิ้นปี 2539 (แห่ง)	จำนวนตอ. เมื่อสิ้นปี 2538 (แห่ง)	จำนวนตอ. ที่คาดว่าจะมีเมื่อสิ้นปี 2539	ประชากร / ตอ. เมื่อสิ้นปี 2539	จำนวนผู้ป่วย / ตอ. การณ์เมื่อสิ้นปี 2539	
รวม	5,360	6,010	888	9,343	2,396	2,419	2,419	4,743	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	8,520	9,170	1,823	97.72	3,127	3,257	3,257	6,159	
เหนือ	4,990	5,490	1,665	84.11	2,039	2,039	2,085	6,614	
ใต้	3,160	3,400	1,725	82.29	1,448	1,448	1,479	4,145	
รวม	22,030	24,050	1,526	87.87	9,010	9,010	8,240	5,569	

หมายเหตุ : ใช้ประชากร ปี 2536 เป็นฐาน และคำนวณโดยใช้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ 0.94 การคาดการณ์ จำนวนผู้ป่วย ของโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยคำนวณโดยใช้อัตราเพิ่มของผู้ป่วยเฉลี่ย : 45

ตารางที่ 2.10 แสดงเป้าหมาย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขระดับอำเภอ ตามแผนพัฒนาการด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 8

รายการ	เป้าหมาย						งบประมาณ (ล้านบาท)						
	2540	2541	2542	2543	2544	2540	2541	2542	2543	2544			
1. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน													
1.1 ก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนขนาด เตียง สร้างใหม่ (แห่ง)	5	2	0	0	0	155	62	0	0	0			
1.2 ปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เป็น 30 เตียง (แห่ง)	0	7	10	10	10	(ผูกพัน 39)	140	250	350	350			
1.3 ปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เป็น 60 เตียง (แห่ง)	25	8	10	10	10	500	160	200	200	200			
1.4 ปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เป็น 90 เตียง (แห่ง)	6	3	4	4	4	120	60	80	80	80			
1.5 ปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เป็น 120 เตียง (แห่ง)	2	0	3	3	3	40	0	60	60	60			
1.6 ปรับปรุงโรงพยาบาลชุมชนเดิม(แห่ง)	400	400	400	400	400	500	500	800	800	800			
รวม (จำนวนเตียง / งบประมาณ)	1,140	530	890	890	890	1,315	922	1,190	1,290	1,290			

รวม 4,340 เตียง

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ. 2539 : 2

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียงในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3.11 ประชากร ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จำนวน 11 แห่ง

3.12 ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3.1 แสดงรายชื่อประชากรและกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120
เตียง

รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
จังหวัดลพบุรี	
1. โรงพยาบาลโคกสำโรง	/
จังหวัดชลบุรี	
2. โรงพยาบาลพนัสนิคม	/
จังหวัดสมุทรสาคร	
3. โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	/
จังหวัดนครราชสีมา	
4. โรงพยาบาลปากช่องนานา	/
5. โรงพยาบาลบัวใหญ่	/
จังหวัดบุรีรัมย์	
6. โรงพยาบาลนางรอง	/
จังหวัดสุโขทัย	
7. โรงพยาบาลสวรรคโลก	/
จังหวัดปราจีนบุรี	
8. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	/
จังหวัดขอนแก่น	
9. โรงพยาบาลชุมแพ	/

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 3.2 แสดงรายชื่อประชากรและกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง
(ต่อ)

รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
จังหวัดอัญประเทศ	
10 โรงพยาบาลอัญประเทศ	/
จังหวัดนครศรีธรรมราช	
11. โรงพยาบาลทุ่งสง	/

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานพื้นที่ใช้สอยของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง (เกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข ; 2535 : 8) และพื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง (เอกสารอัดสำเนา) มาปรับปรุงแก้ไขเป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน โดยทำการศึกษาสภาพการใช้งานหลัก 5 ส่วน ใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ส่วนพักผู้ป่วยใน
2. ส่วนพักผู้ป่วยนอก
3. ส่วนวินิจฉัยรักษา
4. ส่วนบริหาร
5. ส่วนสนับสนุน

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ข้อมูลเสนอแนะหรือเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการออกแบบโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงในอนาคต

3.2.1 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีหลักเกณฑ์และวิธีสร้างตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสาร วารสาร สังเกตและสัมภาษณ์

2. ศึกษาเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง (เกณฑ์มาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข ; 2535 : 8) และพื้นที่ใช้สอย โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง (เอกสารอัดสำเนา)

3. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 และ 2 มาเขียนเป็นแบบสอบถาม ฉบับร่าง โดยมีเนื้อหาเหมาะสมและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. ทำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วนำเสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วมเพื่อตรวจสอบแนะนำ แก้ไข และปรับปรุง

3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเมื่อสร้างเสร็จ (แบบสอบถาม) แล้วผู้วิจัยได้ให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วม เพื่อตรวจสอบเนื้อหาครอบคลุมครบทั้ง 5 ด้านก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

เมื่อปรับปรุงแล้วผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและตรงเชิงเนื้อหาดังรายนามผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

- นายแพทย์ประภาส หมีทอง นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลชัยนาท
- นายแพทย์ภาณุ ปิ่นฤทัย นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลทหารเรือ
- อาจารย์สมิทธิ์ หวังเจริญ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
- อาจารย์อัฉรา สืบสินธุ์สกุลไชย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
- อาจารย์จันจิรา จิตตะวิริยะพงษ์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

เมื่อปรับปรุงเครื่องมือตามผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้แก้ไขแบบสัมภาษณ์ร่วมกับอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วมอีกครั้งหนึ่ง เพื่อตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขก่อนนำแบบสอบถามไปใช้

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสืองานบัณฑิตศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ไปยังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอเอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ความอนุเคราะห์ให้ออกหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยัง กองนโยบาย และแผน , กองภูมิภาคกองแบบแผนและกลุ่มอาคารตัวอย่าง

3.3.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการ กองนโยบายและแผน , กองภูมิภาค , กองแบบแผน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามโดยการส่งทางไปรษณีย์ จำนวน 11 โรงพยาบาล

3.3.3 โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตอบกลับทางไปรษณีย์จำนวน 10 โรงพยาบาล แล้วผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบและข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สมบูรณ์โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และนำส่วนที่สมบูรณ์ไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

3.4.1 ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่และร้อยละ

3.4.2 ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม สภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน 5 ส่วนหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาความถี่และร้อยละ โดยทำเป็นรายข้อและนำเสนอในรูปแบบของตาราง พร้อมประกอบคำบรรยายและแผนภูมิภาพ

3.4.3 ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่

3.5 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้ค่าความถี่และร้อยละในการประเมินค่าตามสถิติ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงเป็น 120 เตียง จำนวน 5 องค์ประกอบ คือ ส่วนพักผู้ป่วยใน , ส่วนพักผู้ป่วยนอก , ส่วนวินิจฉัยรักษา , ส่วนบริหาร , ส่วนสนับสนุน , เกณฑ์มาตรฐานพื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง , เกณฑ์มาตรฐานพื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง , โดยเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ นำเสนอในรูปของตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์สภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันของโรงงาน โดยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละนำเสนอในรูปแบบของตารางและแผนภูมิภาพ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเสนอแนะหรือเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถาม ต่อการออกแบบโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง ในอนาคต โดยสรุปเป็นความเรียง

ตอนที่ 1 วิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1 แสดงค่าความถี่และร้อยละข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ วุฒิทางการศึกษา สภาพโดยตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน

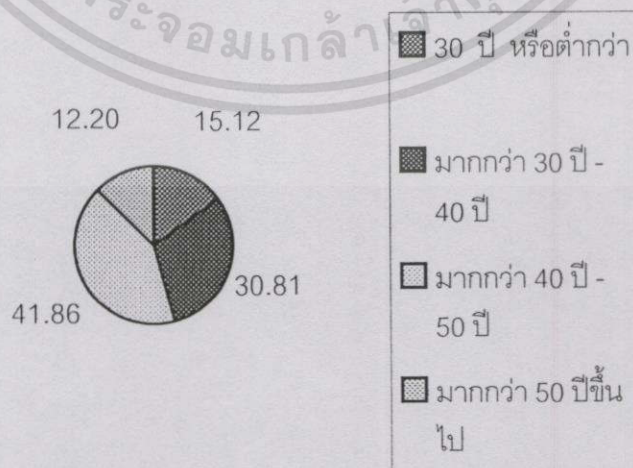
ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
1. เพศ	172	100.00
1.1 ชาย	57	33.14
1.2 หญิง	115	66.86
2. อายุ	172	100.00
2.1 30 ปี หรือต่ำกว่า	26	15.12
2.2 มากกว่า 30 ปี - 40 ปี	53	30.81
2.3 มากกว่า 40 ปี - 50 ปี	72	41.87
2.4 มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	21	12.20
3. วุฒิทางการศึกษา	172	100.00
3.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี	46	26.74
3.2 ปริญญาตรี	82	47.68
3.3 ปริญญาโท	14	8.13
3.4 อื่นๆ	30	17.45
4. สภาพการโดยตำแหน่ง	172	100.00
4.1 แพทย์	10	5.82
4.2 พยาบาล	87	50.58
4.3 เจ้าหน้าที่	75	43.60
5. ประสบการณ์ในการทำงาน	172	100.00
5.1 5 ปีหรือต่ำกว่า	27	15.70
5.2 มากกว่า 5 ปี - 10 ปี	36	20.94
5.3 มากกว่า 10 ปี - 20 ปี	54	31.39
5.4 มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	55	31.97

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จากตารางที่ 4.1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 66.86 เป็นเพศชาย จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 33.13 อายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 15.11 มากกว่า 30 ปี - 40 ปี จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 30.81 มากกว่า 50 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 12.20 วุฒิมัธยมศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 26.74 ปริญญาตรี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 47.67 ปริญญาโท จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.13 อื่นๆ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 17.44 สถานภาพโดยตำแหน่งแพทย์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.81 พยาบาล จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 50.58 เจ้าหน้าที่ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 43.60 ประสบการณ์ในการทำงาน 5 ปี หรือต่ำกว่า จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 15.69 มากกว่า 5 ปี - 10 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 20.93 มากกว่า 10 ปี - 20 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 31.39 มากกว่า 20 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 31.97

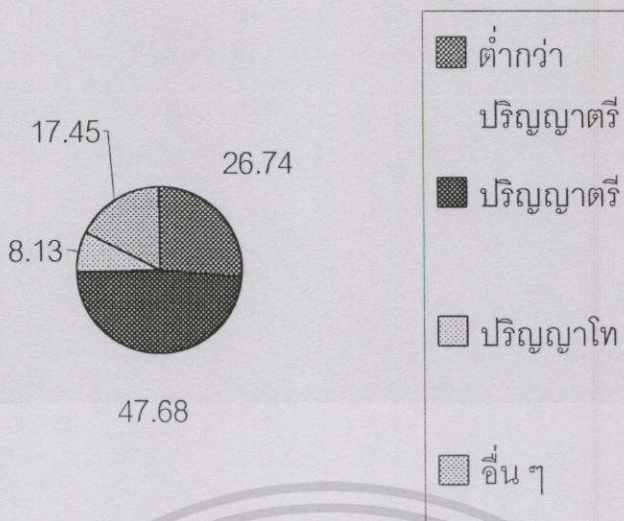


ภาพที่ 4.1 แสดงค่าร้อยละของเพศ



ภาพที่ 4.2 แสดงค่าร้อยละของอายุ

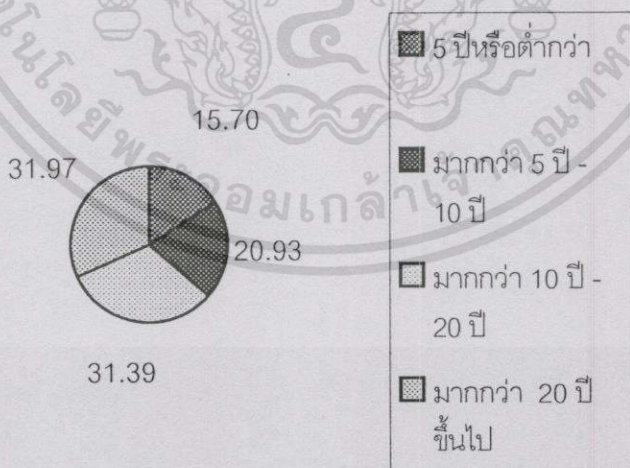
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.3 แสดงค่าร้อยละของวุฒิการศึกษา



ภาพที่ 4.4 แสดงค่าร้อยละของสถานภาพโดยตำแหน่ง



ภาพที่ 4.5 แสดงค่าร้อยละของประสบการณ์ในการทำงาน

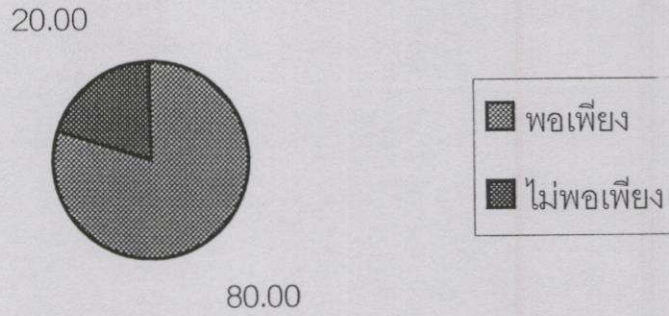
ตอนที่ 2 วิเคราะห์สภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันของโรงงาน โดยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละนำเสนอในรูปแบบของตารางและแผนภูมิภาพ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.2 แสดงความถี่ และร้อยละ ของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 1 เตียง/ห้องตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

เตียงคน ไข้พิเศษ 1 เตียง / ห้อง	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน/ ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
8		1 /10.00	-	1 /10.00
10		6 / 60.00	-	6 /60.00
14		-	1 /10.00	1 /10.00
20		1 /10.00	1 /10.00	2 /20.00
รวม		8 /80.00	2 /20.00	10 /100.00

ตารางที่ 4.2 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน เตียงคนไข้พิเศษ 1 เตียง/ห้อง เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียงจำนวน 8 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่าเตียงคนไข้พิเศษ 1 เตียง/ห้อง จำนวน 8 เตียง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 ,จำนวน 10 เตียง มี 6 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 60.00 , จำนวน 14 เตียง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 20 เตียง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 ,จำนวน 20 เตียง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล และ ไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 อย่างละ 1 โรงพยาบาล



ภาพที่ 4.6 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 1 เตียง / ห้อง



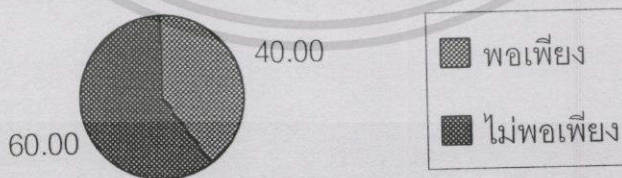
ภาพที่ 4.7 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 1 เตียง / ห้อง

ภาพที่ 4.8 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 1 เตียง / ห้อง

ตารางที่ 4.3 แสดงความถี่ และร้อยละ ของเตียงคนไข้พิเศษขนาด 2-4 เตียง/ห้อง ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

เตียงคนไข้ พิเศษ 2 - 4 เตียง / ห้อง	ระดับความพอเพียง N = 5		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
6	-	1 / 20.00	1 / 20.00
10	1 / 20.00	2 / 40.00	3 / 60.00
12	1 / 20.00	-	1 / 20.00
รวม	2 / 40.00	3 / 60.00	5 / 100.00

ตารางที่ 4.3 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน เตียงคนไข้พิเศษ 2-4 เตียง/ห้อง เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 อยู่ในระดับไม่เพียงพอ จำนวน 3 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 60.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปหามาก พบว่า เตียงคนไข้พิเศษ 2-4 เตียง / ห้อง จำนวน 6 เตียง มี 1 โรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 20.00 , จำนวน 10 เตียง มี 3 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 และไม่พอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 , จำนวน 12 เตียง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 20.00



ภาพที่ 4.9 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 2-4 เตียง / ห้อง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.10 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษขนาด 2 - 4 เตียง / ห้อง

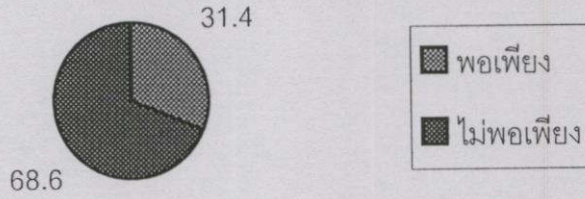


ภาพที่ 4.11 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงคนไข้พิเศษขนาด 2-4 เตียง / ห้อง

ตารางที่ 4.4 แสดงความถี่และร้อยละ ของเตียงคนไข้ปกติ ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

เตียงคนไข้ปกติ	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 19		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
8	4	4 / 21.00	1 / 5.20	5 / 26.00
12	1	1 / 5.20	1 / 5.20	2 / 10.00
15	-	-	1 / 5.20	1 / 5.20
17	-	-	1 / 5.20	1 / 5.20
20	-	-	1 / 5.20	1 / 5.20
24	-	-	1 / 5.20	1 / 5.20
30	1	1 / 5.20	7 / 30.00	8 / 42.00
รวม	6	6 / 31.40	13 / 68.60	19 / 100.00

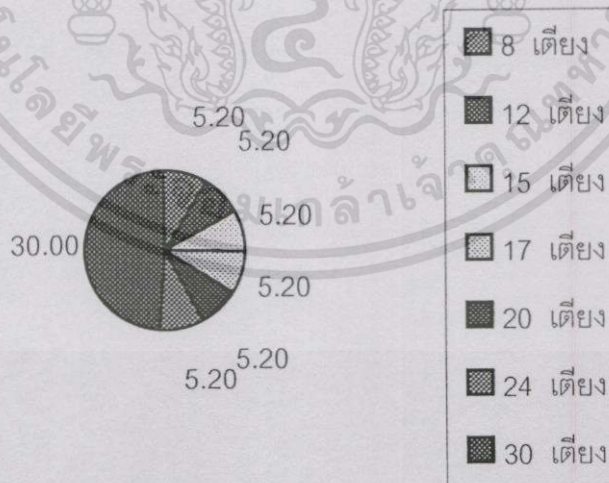
จากตารางที่ 4.4 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน เตียงคนไข้ปกติเมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 68.60 อยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 31.40 และเมื่อพิจารณาจำแนกตามลำดับขนาดเตียงจากน้อยไปหามากพบว่าขนาด 8 เตียง / ห้อง จำนวน 5 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 4 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 21.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.20 , ขนาด 12 เตียง / ห้อง จำนวน 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.20 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.20 , ขนาด 15 เตียง / ห้อง จำนวน 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 5.20 , ขนาด 17 เตียง / ห้อง จำนวน 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 5.20 , ขนาด 20 เตียง / ห้อง จำนวน 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 5.20 , ขนาด 24 เตียง / ห้อง จำนวน 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 5.20 , ขนาด 30 เตียง / ห้อง จำนวน 8 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.20 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 7 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.00



ภาพที่ 4.12 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเตียงคนใช้ปกติ



ภาพที่ 4.13 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงเตียงคนใช้ปกติ



ภาพที่ 4.14 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอเพียงของเตียงคนใช้ปกติ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.5 แสดงความถี่ และร้อยละ เต็มของผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ) ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

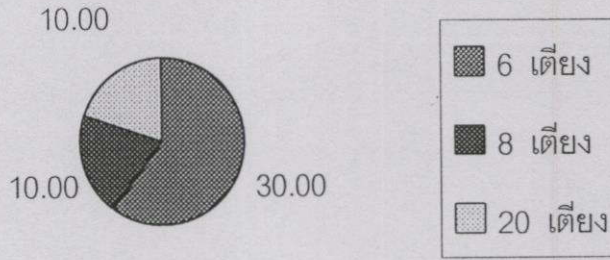
จำนวนหน่วย เตียงผู้ป่วยนอก	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
4	-	3 /30.00	3 /30.00
5	-	1 /10.00	1 /10.00
6	3 /30.00	1 /10.00	4 /40.00
8	1 /10.00	-	1 /10.00
20	1 /10.00	-	1 /10.00
รวม	5 /50.00	5 /50.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.5 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริง ในปัจจุบัน เตียงผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ) เมื่อพิจารณาจากสภาพรวมพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปหามาก พบว่าขนาด 4 ห้องตรวจ จำนวน 3 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 30.00 , ขนาด 5 ห้องตรวจ จำนวน 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 , ขนาด 6 ห้องตรวจ จำนวน 4 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 3 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 10.00 , ขนาด 8 ห้องตรวจ จำนวน 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 , ขนาด 20 ห้องตรวจ จำนวน 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 10.00



ภาพที่ 4.15 แสดงค่าร้อยละของความต้องการของเตียงผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.16 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของเตียงผู้ป่วยนอก (ห้องตรวจ)



ภาพที่ 4.17 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของเตียงผู้ป่วยนอก (ห้องตรวจ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.6 แสดงความถี่ และร้อยละ ของบริการทันตกรรม ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

บริการทันตกรรม	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
2		-	3 / 30.00	3 / 30.00
4		4 / 40.00	1 / 10.00	5 / 50.00
6		2 / 20.00	-	2 / 20.00
รวม		6 / 60.00	4 / 40.00	10 / 100.00

จากตารางที่ 4.6 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน บริการทันตกรรม เมื่อพิจารณาภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า บริการทันตกรรมจำนวน 2 ห้อง มี 3 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 30.00 , จำนวน 4 ห้อง มี 5 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 6 ห้องมี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 20.00



ภาพที่ 4.18 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของบริการทันตกรรม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.19 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของบริการทันตกรรม



ภาพที่ 4.20 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของบริการทันตกรรม

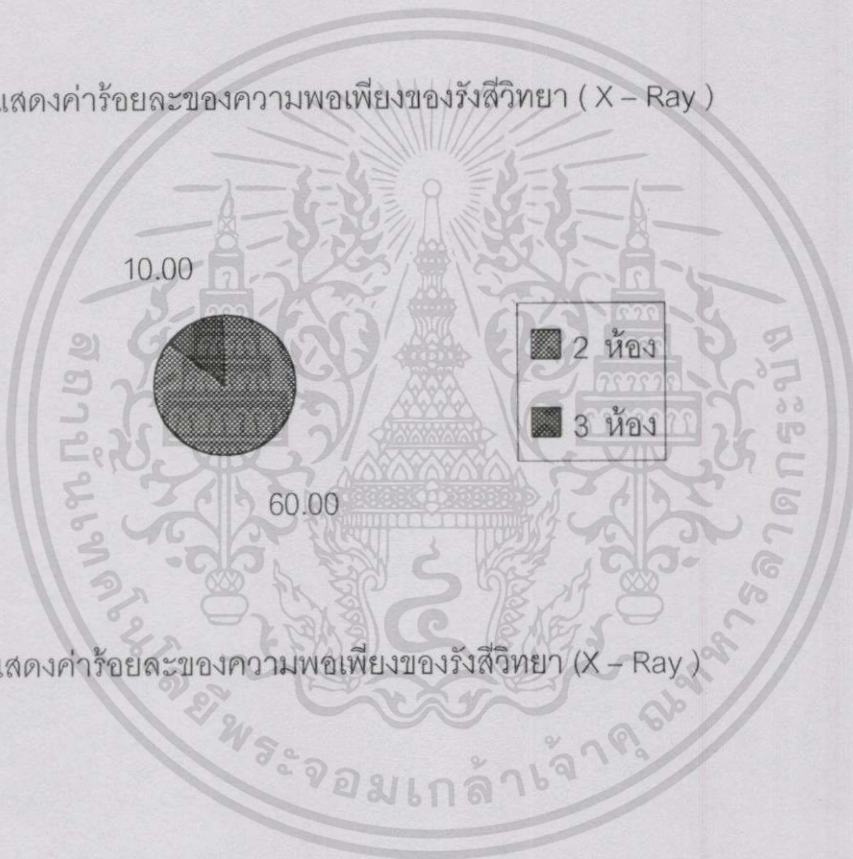
ตารางที่ 4.7 แสดงความถี่ และร้อยละของรังสีวิทยา (X - RAY) ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

รังสีวิทยา (X - RAY)	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
2		6 /60.00	-	6 /60.00
1		-	3 /30.00	3 /30.00
3		1 /10.00	-	1 /10.00
รวม		7 /70.00	3 / 30.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.7 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน รังสีวิทยา (X - RAY) เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง 7 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 70.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 3 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปหามาก พบว่ารังสีวิทยาจำนวน 1 ห้อง มี 3 โรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 2 ห้อง มี 6 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 60.00 , จำนวน 3 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00



ภาพที่ 4.21 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของรังสีวิทยา (X - Ray)



ภาพที่ 4.22 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของรังสีวิทยา (X - Ray)

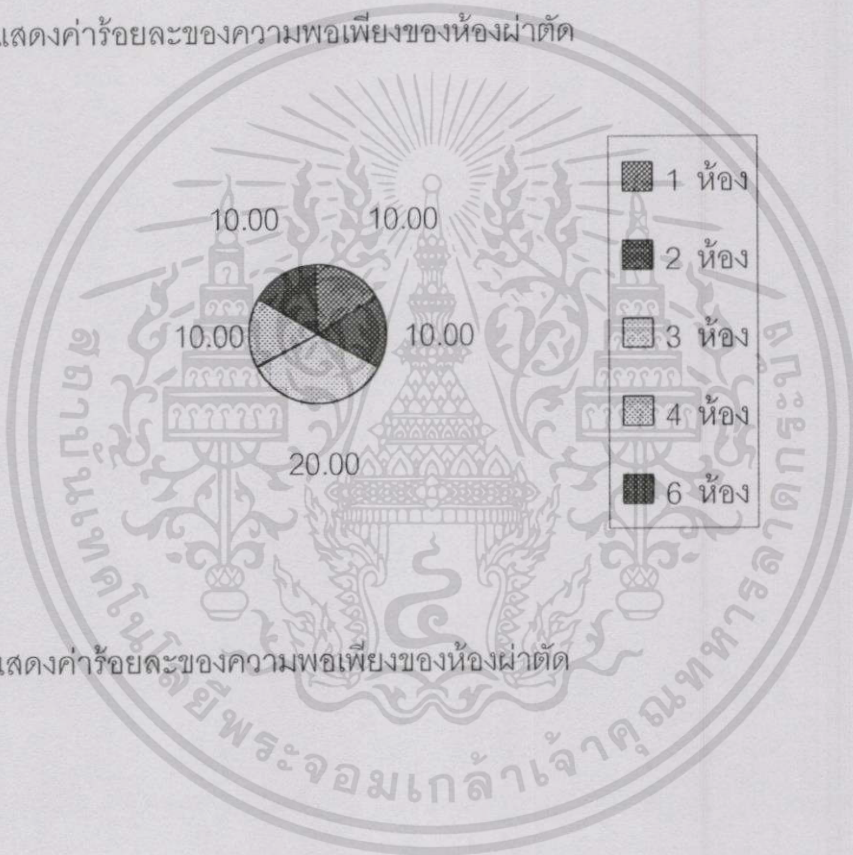
ตารางที่ 4.8 แสดงความถี่ และร้อยละ ของห้องผ่าตัดตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

ห้องผ่าตัด	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
2		1 /10.00	4 /40.00	5 /50.00
3		2 /20.00	-	2 /20.00
4		1 /10.00	-	1 /10.00
1		1 /10.00	-	1 /10.00
6		1 /10.00	-	1 /10.00
รวม		6 /60.00	4 /40.00	10 /100.00

ตารางที่ 4.8 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ห้องผ่าตัด เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียงจำนวน 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่าห้องผ่าตัด จำนวน 1 ห้อง มีโรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 2 ห้อง มี 5 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 ห้อง คิดเป็นร้อยละ 10.00 และอยู่ในระดับพอเพียง 4 ห้องคิดเป็นร้อยละ 40.00 , จำนวน 3 ห้อง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 20.00 , จำนวน 4 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 6 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00



ภาพที่ 4.23 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของห้องผ้าตัด

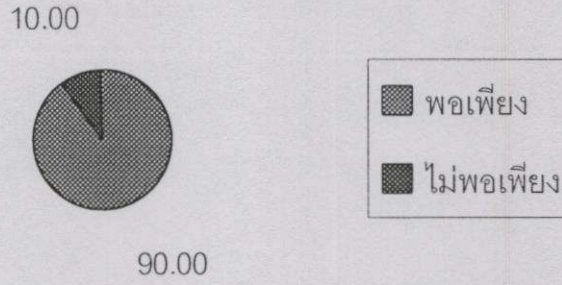


ภาพที่ 4.24 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของห้องผ้าตัด

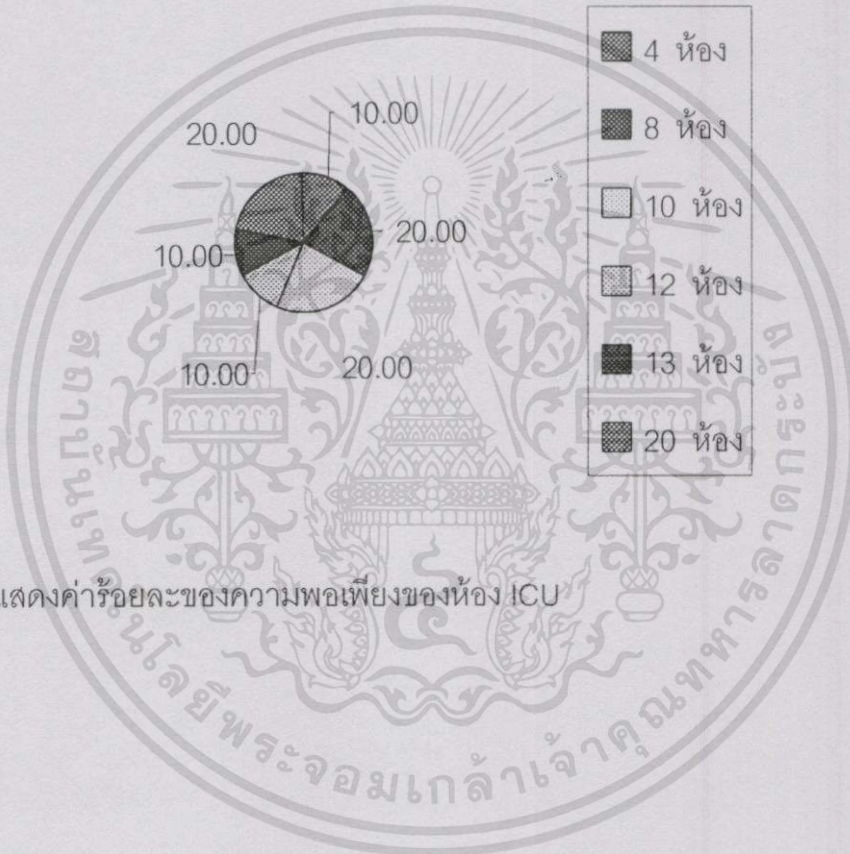
ตารางที่ 4.9 แสดงความถี่ และร้อยละ ของห้อง ICU ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

ห้อง ICU	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
8		2 /20.00	-	2 /20.00
10		2 /20.00	-	2 /20.00
20		2 /20.00	-	2 /20.00
3		-	1 /10.00	1 /10.00
4		1 /10.00	-	1 /10.00
12		1 /10.00	-	1 /10.00
13		1 /10.00	-	1 /10.00
รวม		9 /90.00	1 /10.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.9 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ห้อง ICU เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ พอเพียง จำนวน 9 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่าห้อง ICU จำนวน 3 ห้อง มี 1 โรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 4 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 20.00 , จำนวน 10 ห้อง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 20.00 , จำนวน 12 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 13 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 20 ห้อง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 20.00



ภาพที่ 4.25 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของห้อง ICU



ภาพที่ 4.26 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของห้อง ICU

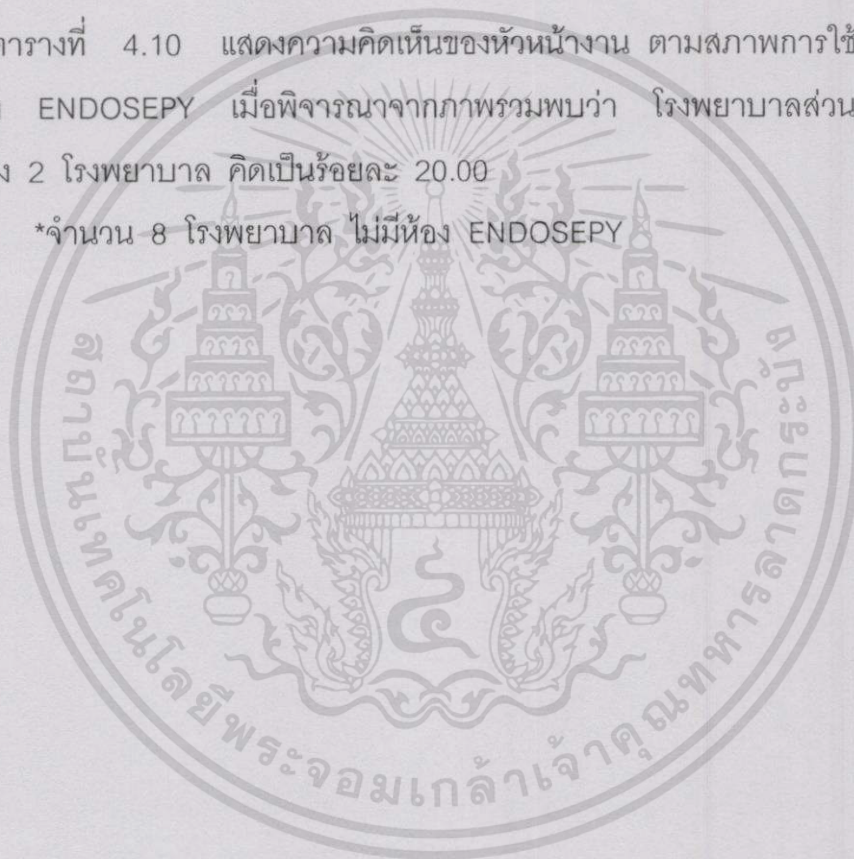
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.10 แสดงความถี่ และร้อยละ ของห้อง ENDOSEPY ตามสภาพการใช้งานจริง
ในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย ห้อง ENDOSEPY	ระดับความพอเพียง N = 2		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	2 / 100.00	-	2 / 100.00
รวม	2 / 100.00	-	2 / 100.00

จากตารางที่ 4.10 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงใน
ปัจจุบัน ห้อง ENDOSEPY เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ใน
ระดับพอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00

*จำนวน 8 โรงพยาบาล ไม่มีห้อง ENDOSEPY



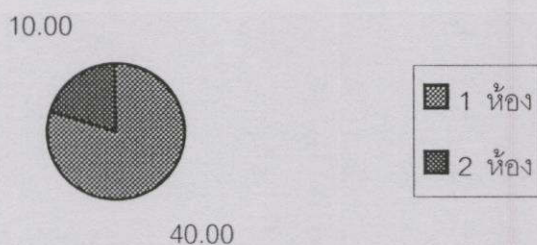
ตารางที่ 4.11 แสดงความถี่และร้อยละ ของพยาธิวิทยา คลังโลหิต ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย ห้องพยาธิวิทยา	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	4 / 40.00	5 / 50.00	9 / 90.00
2	1 / 10.00	-	1 / 10.00
รวม	5 / 50.00	5 / 50.00	10 / 100.00

จากตารางที่ 4.11 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ห้องพยาธิและคลังโลหิต เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่พอเพียง จำนวน 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่าห้องพยาธิและคลังโลหิต จำนวน 1 ห้อง มี 9 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 และอยู่ในระดับไม่พอเพียง 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 , จำนวน 2 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00



ภาพที่ 4.27 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของพยาธิวิทยา คลังโลหิต



ภาพที่ 4.28 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของพยาธิวิทยา คลังโลหิต

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.12 แสดงความถี่ และร้อยละ ของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตามสภาพการใช้งานใน
ปัจจุบัน

จำนวนหน่วย เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ระดับความพอเพียง N = 8		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	6 / 75.00	2 / 25.00	8 / 100.00
รวม	6 / 75.00	2 / 25.00	8 / 100.00

จากตารางที่ 4.12 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงใน
ปัจจุบัน ห้องเวชศาสตร์ฟื้นฟู เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ใน
ระดับพอเพียง จำนวน 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง
จำนวน 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00

*จำนวน 2 โรงพยาบาล ไม่มีส่วนเวชศาสตร์ฟื้นฟู

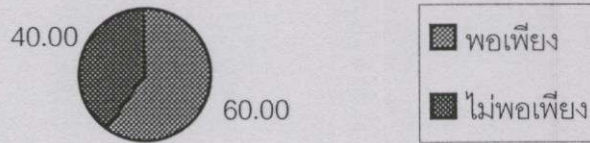


ภาพที่ 4.29 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ตารางที่ 4.13 แสดงความถี่ และร้อยละ ของเตียงคลอดธรรมดา ตามสภาพการใช้งานจริง
ในปัจจุบัน

เตียงคน ใช้พิเศษ1 เตียง / ห้อง	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
2	2 /20.00	2 /20.00	4 /40.00
3	2 /20.00	1 /10.00	3 /30.00
4	1 /10.00	1 /10.00	2 /20.00
5	1 /10.00	-	1 /10.00
รวม	6 /60.00	4 /40.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.13 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน เตียงคลอดธรรมดา เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 60.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า เตียงคลอดธรรมดา จำนวน 2 เตียง มี 4 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 , จำนวน 3 เตียง มี 3 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 4 เตียง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 4 เตียง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 5 เตียง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00



ภาพที่ 4.30 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเตียงคลอดธรรมดา



แผนภูมิที่ 4.31 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเตียงคลอดธรรมดา



ภาพที่ 4.32 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอเพียงของเตียงคลอดธรรมดา

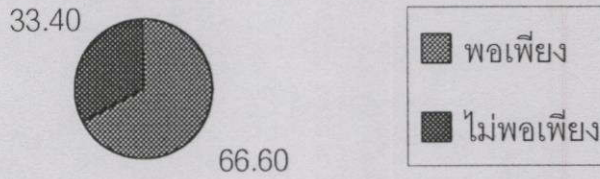
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.14 แสดงความถี่ และร้อยละ ของเตียงคลอดติดเชื้อ ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

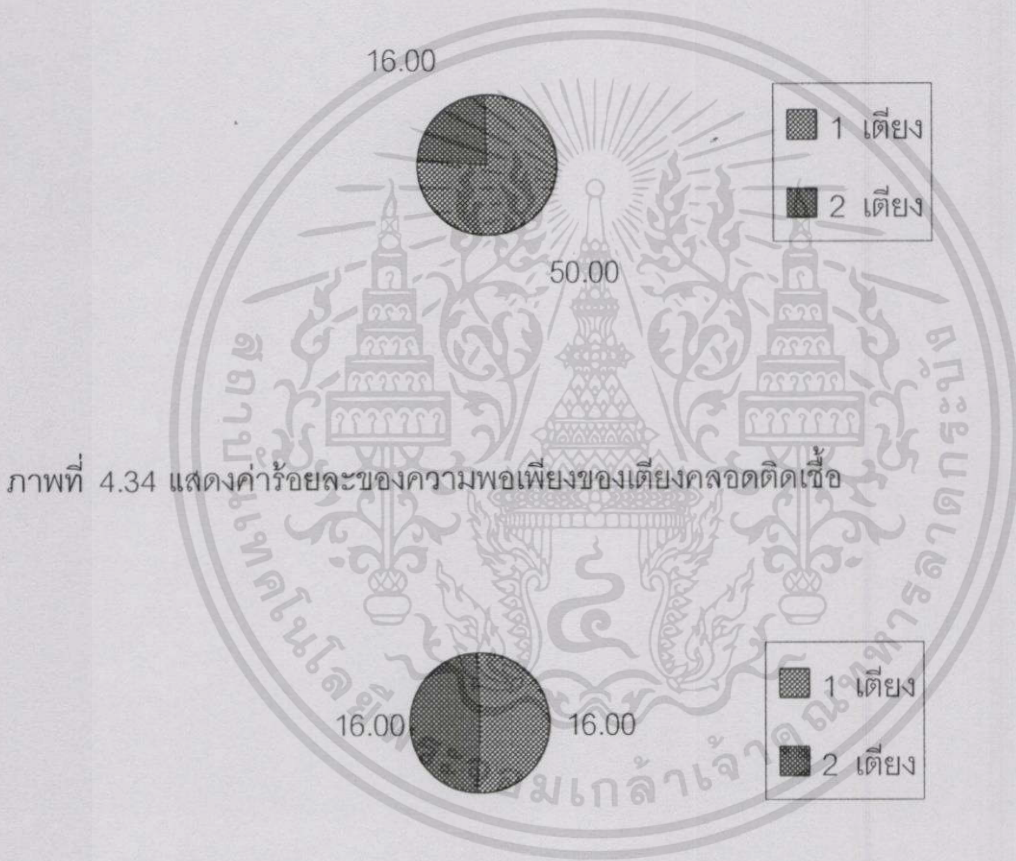
เตียงคลอด ติดเชื้อ1 เตียง / ห้อง	ระดับความพอเพียง N = 6		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	3 /50.00	1 /16.00	4 /66.60
2	1 /16.00	1 /16.00	2 /33.40
รวม	4 /66.00	2 /33.00	6 /100.00

จากตารางที่ 4.14 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน เตียงคลอดติดเชื้อ เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 66.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 33.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า เตียงคลอดติดเชื้อ จำนวน 1 เตียง มี 4 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 3 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 16.00 , จำนวน 2 เตียง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 16.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 16.00

*จำนวน 4- โรงพยาบาลไม่มีเตียงคลอดติดเชื้อ



ภาพที่ 4.33 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเตียงคลอดติดเขื้อ



ภาพที่ 4.34 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเตียงคลอดติดเขื้อ

ภาพที่ 4.35 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอเพียงของเตียงคลอดติดเขื้อ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.15 แสดงความถี่ และร้อยละ ของพนักงานบริการ,วิชาการ ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย พนักงานบริการ	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	3 /30.00	6 /60.00	9 /90.00
3	-	1 /10.00	1 /10.00
รวม	3 /30.00	7 /70.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.15 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงใน ส่วนพนักงานบริหาร,วิชาการ ขนาด 1 เดียง มีจำนวน 9 โรงพยาบาลสูงสุด อยู่ในระดับพอเพียง 3 โรงพยาบาล ไม่เพียงพอ 6 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.00 ขนาด 3 เดียง อยู่ในระดับไม่เพียงพอ 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00



ภาพที่ 4.36 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของพนักงานบริการ



ภาพที่ 4.37 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอเพียงของพนักงานบริการวิชาการ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.16 แสดงความถี่ และร้อยละ ของห้องประชุม ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

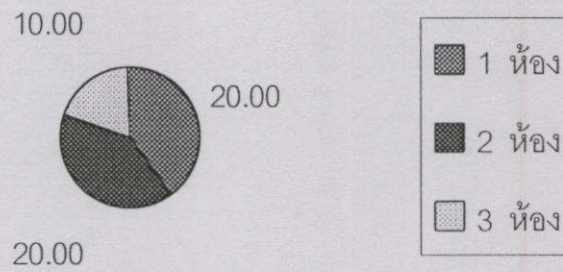
จำนวนหน่วย พนักงานบริการ	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	2 / 20.00	4 / 40.00	6 / 60.00
2	2 / 20.00	1 / 10.00	3 / 30.00
3	1 / 10.00	-	1 / 10.00
รวม	5 / 50.00	5 / 50.00	10 / 100.00

จากตารางที่ 4.16 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ห้องประชุม เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า ห้องประชุม จำนวน 1 ห้อง มี 6 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 , จำนวน 2 ห้อง มี 3 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 , จำนวน 3 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 10.00

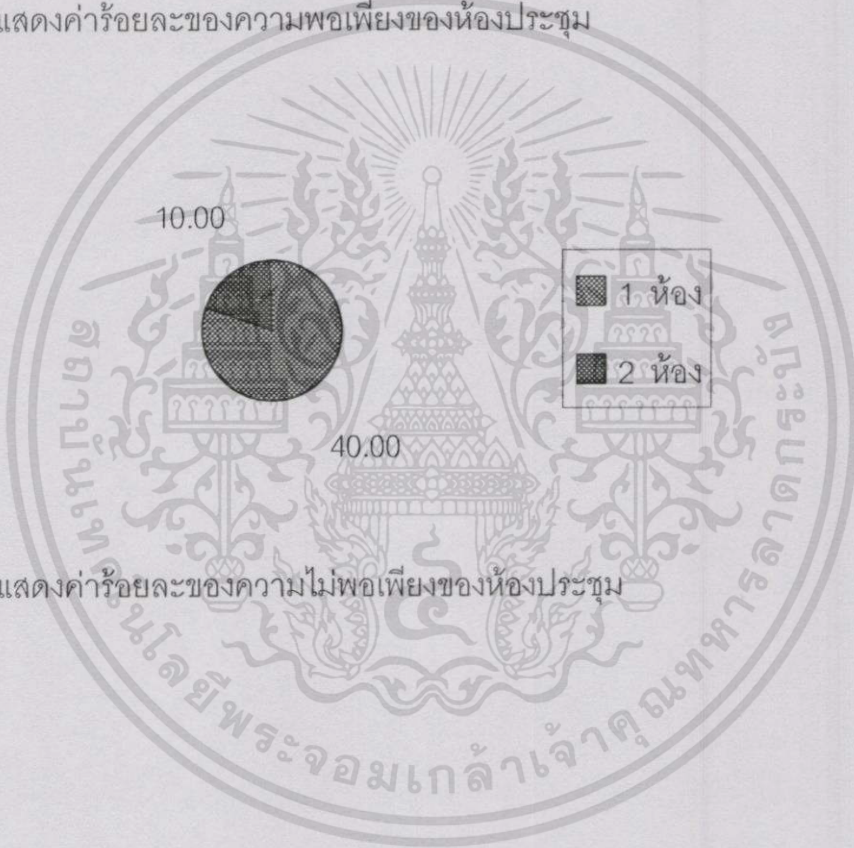


ภาพที่ 4.38 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของห้องประชุม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.39 แสดงค่าร้อยละของความพอใจเพียงของห้องประชุม

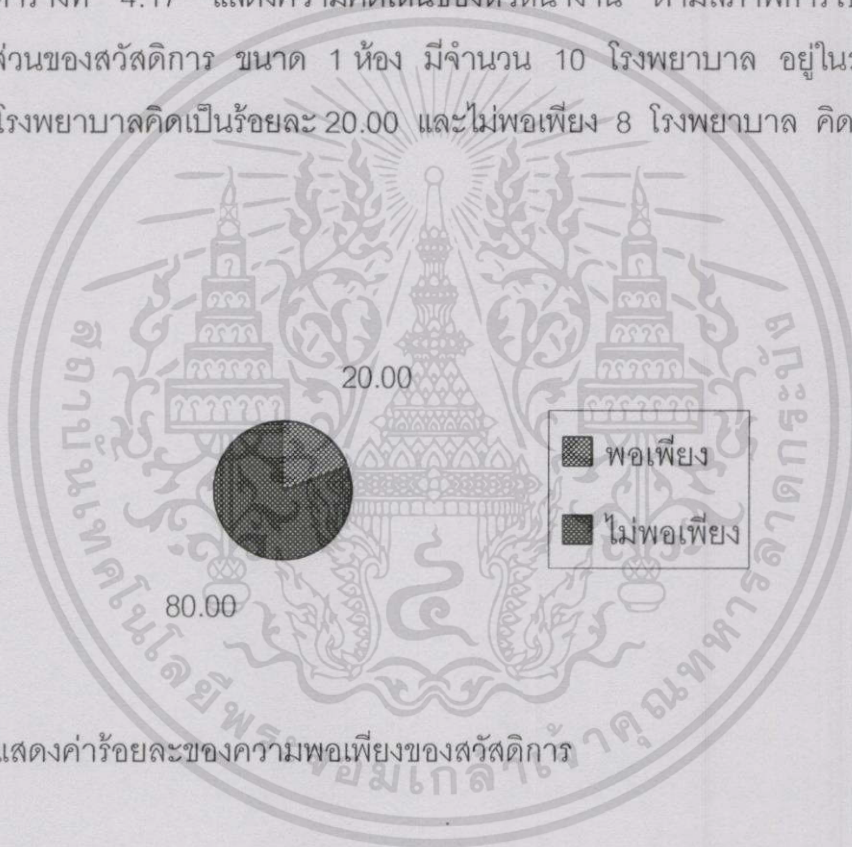


ภาพที่ 4.40 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจเพียงของห้องประชุม

ตารางที่ 4.17 แสดงความถี่และร้อยละ ของสวัสดิการตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

สวัสดิการ	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1		2 /20.00	8 /80.00	10 /100.00
รวม		2 /20.00	8 /80.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.17 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ในส่วนของสวัสดิการ ขนาด 1 ห้อง มีจำนวน 10 โรงพยาบาล อยู่ในระดับความพอเพียง 2 โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 20.00 และไม่พอเพียง 8 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.00



ภาพที่ 4.41 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของสวัสดิการ

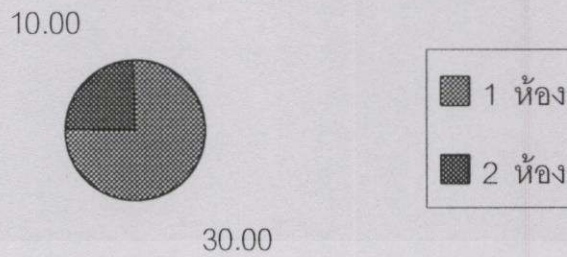
ตารางที่ 4.18 แสดงความถี่ และร้อยละ ของเวชระเบียน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย เวชระเบียน	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	3 /30.00	4 /40.00	7 /70.00
2	1 /10.00	2 /20.00	3 /30.00
รวม	4 /40.00	6 /60.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.18 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน เวชระเบียน เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า เวชระเบียน จำนวน 1 ห้อง มี 7 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 3 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.00 , จำนวน 2 ห้อง มี 3 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00



ภาพที่ 4.42 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเวชระเบียน



ภาพที่ 4.43 แสดงค่าร้อยละของความพอใจของเวชทะเบียน

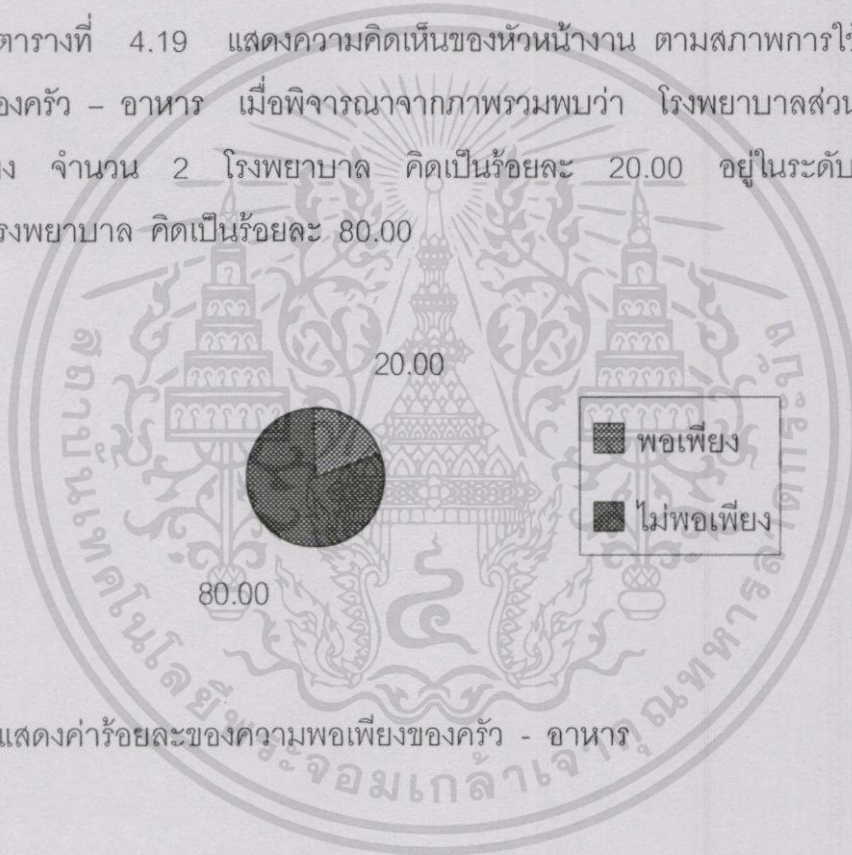


ภาพที่ 4.44 แสดงค่าร้อยละของความไม่พอใจของเวชทะเบียน

ตารางที่ 4.19 แสดงความถี่ และร้อยละ ของครัว - อาหาร ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย ครัว - อาหาร	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	2 /20.00	8 /80.00	10 /100.00
รวม	2 /20.00	8 /80.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.19 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ห้องครัว - อาหาร เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 8 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.00



ภาพที่ 4.45 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของครัว - อาหาร

ตารางที่ 4.20 แสดงความถี่ และร้อยละ ของชักฟอก ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย ชักฟอก	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	2 / 20.00	8 / 80.00	10 / 100.00
รวม	3 / 30.00	7 / 70.00	10 / 100.00

จากตารางที่ 4.20 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันในส่วนของชักฟอก ขนาด 1 ห้อง มีจำนวน 10 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 และไม่พอเพียง 8 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.00



ภาพที่ 4.46 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของชักฟอก

ตารางที่ 4.21 แสดงความถี่ และร้อยละของพัสดุดกลาง ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย พัสดุดกลาง	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	3 /30.00	7 /70.00	10 /100.00
รวม	3 /30.00	7 /70.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.21 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานในปัจจุบันในส่วนของพัสดุดกลาง ขนาด 1 หน่วย มีจำนวน 10 โรงพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอเพียง 3 คิดเป็นร้อยละ 30.00 โรงพยาบาลและไม่พอเพียง 7 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 70.00

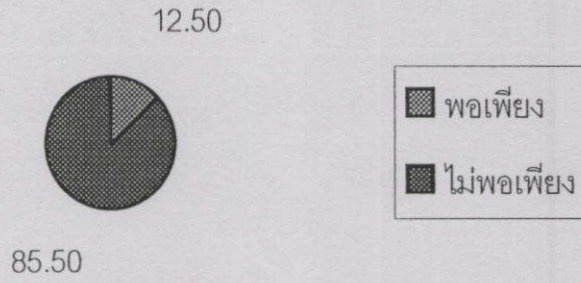


ภาพที่ 4.47 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของพัสดุดกลาง

ตารางที่ 4.22 แสดงความถี่ และร้อยละ ของเกดซ์กรรม ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย เกดซ์กรรม	ระดับความพอเพียง N = 8		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	-	6 /75.00	6 /75.00
2	1 /12.50	-	1 /12.50
3	-	1 /12.50	1 /12.50
รวม	1 /12.50	7 /85.50	8 /100.00

จากตารางที่ 4.22 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ห้องเกดซ์กรรม เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 12.50 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 7 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 85.50 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า ห้องเกดซ์กรรม จำนวน 1 ห้อง มี 6 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 75.00 , จำนวน 2 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 12.50 , จำนวน 3 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 12.50



ภาพที่ 4.48 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของเกษตรกร

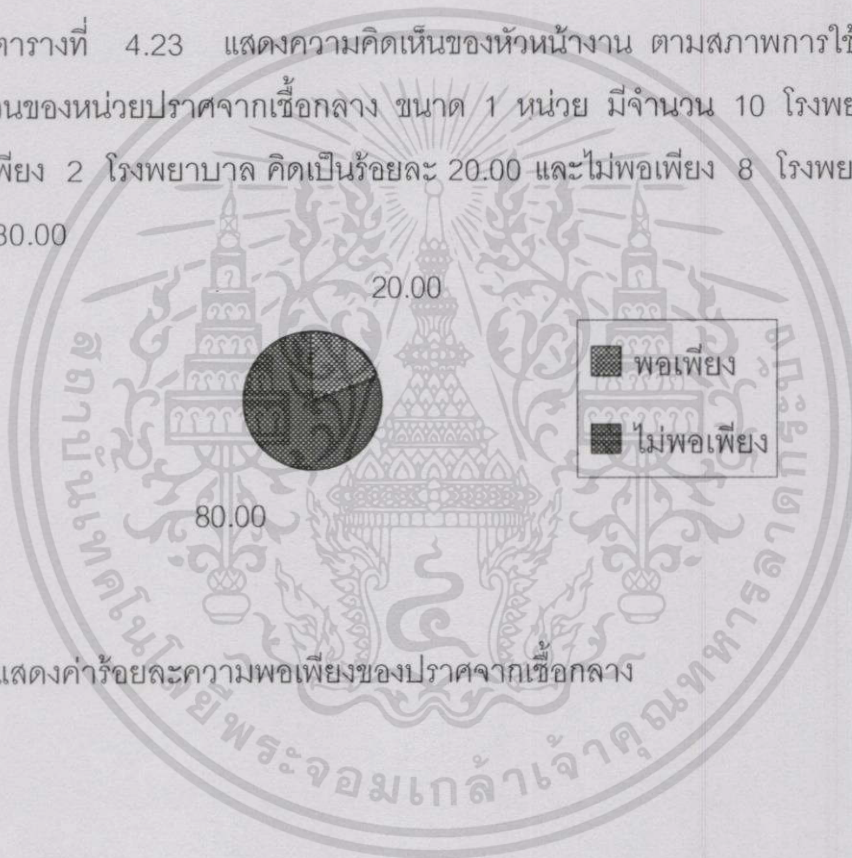


ภาพที่ 4.49 แสดงค่าร้อยละความไม่พอเพียงของเกษตรกร

ตารางที่ 4.23 แสดงความถี่ และร้อยละ ของหน่วยปราศจากเชื้อกลาง ตามสภาพการใ้
งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย พนักงานบริการ	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	2 /20.00	8 /80.00	10 /100.00
รวม	2 /20.00	8 /80.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.23 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใ้งานจริงใน
ปัจจุบันในส่วนของหน่วยปราศจากเชื้อกลาง ขนาด 1 หน่วย มีจำนวน 10 โรงพยาบาล อยู่
ในระดับพอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 และไม่พอเพียง 8 โรงพยาบาล คิด
เป็นร้อยละ 80.00



ภาพที่ 4.50 แสดงค่าร้อยละความพอเพียงของปราศจากเชื้อกลาง

ตารางที่ 4.24 แสดงความถี่ และร้อยละ ของแม่บ้าน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

แม่บ้าน	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 2		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	1	1 / 50.00	1 / 50.00	2 / 100.00
รวม		1 / 50.00	1 / 50.00	2 / 100.00

จากตารางที่ 4.24 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันในส่วนของแม่บ้านขนาด 1 หน่วย มีจำนวน 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 และไม่เพียงพอ 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00

*มีจำนวน 8 โรงพยาบาล ไม่มีส่วนของแม่บ้าน



ภาพที่ 4.51 แสดงค่าร้อยละความพอเพียงของแม่บ้าน

ตารางที่ 4.25 แสดงความถี่ และร้อยละของช่อมบ่ารุง ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย ช่อมบ่ารุง	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	5 /50.00	5 /50.00	10 /100.00
รวม	5 /50.00	5 /50.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.25 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันในส่วนของช่อมบ่ารุง ขนาด 1 หน่วย มีจำนวน 10 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 และไม่เพียงพอ 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00

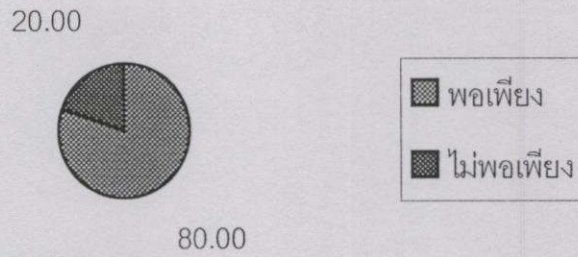


ภาพที่ 4.52 แสดงค่าร้อยละความพอเพียงของช่อมบ่ารุง

ตารางที่ 4.26 แสดงความถี่ และร้อยละของแหล่งกำเนิดพลังงาน ตามสภาพการใช้งานจริง
ในปัจจุบัน

แหล่งกำเนิดพลังงาน	จำนวนหน่วย	ระดับความพอเพียง N = 10		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
		พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1		5 /50.00	2 /20.00	7 /70.00
2		3 /30.00	-	3 /30.00
รวม		8 /80.00	2 /20.00	10 /100.00

จากตารางที่ 4.26 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน แหล่งกำเนิดพลังงาน เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 8 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า แหล่งกำเนิดพลังงาน จำนวน 1 ห้อง มี 7 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 5 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 2 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 20.00 , จำนวน 2 ห้อง มี 3 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 30.00



ภาพที่ 4.53 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของแหล่งกำเนิดพลังงาน



ภาพที่ 4.54 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของแหล่งกำเนิดพลังงาน

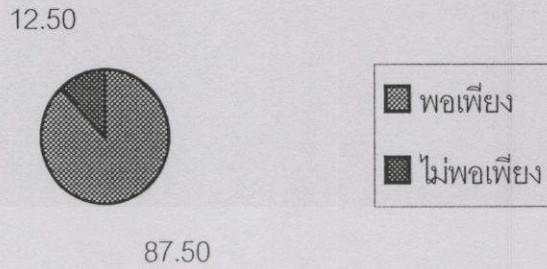
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 4.27 แสดงความถี่ และร้อยละ ของตู้เก็บศพ ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน

จำนวนหน่วย ตู้เก็บศพ	ระดับความพอเพียง N = 8		รวม (จำนวน / ร้อยละ)
	พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่พอเพียง (จำนวน / ร้อยละ)	
1	1 / 12.50	-	1 / 12.00
2	4 / 50.00	1 / 12.50	5 / 62.50
4	2 / 25.00	-	2 / 25.00
รวม	7 / 87.50	1 / 12.50	8 / 100.00

จากตารางที่ 4.27 แสดงความคิดเห็นของหัวหน้างาน ตามสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน ตู้เก็บศพ เมื่อพิจารณาจากภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 7 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 87.50 อยู่ในระดับไม่พอเพียง จำนวน 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 12.50 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจำแนกตามลำดับจากน้อยไปมาก พบว่า ตู้เก็บศพ จำนวน 1 ห้อง มี 1 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 12.50 , จำนวน 2 ห้อง มี 5 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง 4 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.00 อยู่ในระดับไม่พอเพียง 1 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 12.50 , จำนวน 4 ห้อง มี 2 โรงพยาบาล อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 25.00

*มีจำนวน 2 โรงพยาบาล ไม่มีตู้เก็บศพ



ภาพที่ 4.55 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของผู้เก็บศพ



ภาพที่ 4.56 แสดงค่าร้อยละของความพอเพียงของผู้เก็บศพ

ตอนที่ 3 ข้อมูลเสนอแนะหรือเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการออกแบบโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง ในอนาคต โดยสรุปเป็นความถี่และบทความ

งานบริการทันตกรรม ควรมีส่วนแยกบริการและงาน ทำให้ปลอดภัยของเครื่องมือแยกจากกันและปกตงานบริการทันตกรรม ควรออกแบบให้บริการได้ 4 เตียง โดยไม่คำนึงถึงจำนวนเตียงของโรงพยาบาลว่าจะเป็น 90 หรือ 120 เตียง เพราะจำนวนผู้ป่วยไม่เกี่ยวกับจำนวนเตียงผู้ป่วยในเท่าไร

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ในบทนี้ผู้วิจัยจะสรุปผลการวิจัย ที่ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยมาทั้งหมดคือวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

5.1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาสภาพการใช้งานจริงของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง ใน 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ ส่วนพักผู้ป่วยใน , ส่วนพักผู้ป่วยนอก , ส่วนวินิจฉัยรักษา , ส่วนบริหาร , ส่วนสนับสนุน
- เพื่อนำเสนอแนะแนวทางในการออกแบบจากความสัมพันธ์ในองค์ประกอบหลักของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง

5.1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงทั่วประเทศจำนวน 11 โรงพยาบาล การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จำนวน 11 โรงพยาบาล

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ตอน ผู้วิจัยถามเพียงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยหาผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาตรวจแก้ไขปรับปรุงข้อคำถาม แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลต่างๆที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 โรงพยาบาล และมีการตอบแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัยจำนวน 10 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.00

5.1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงเป็น 120 เตียง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ค่าทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และร้อยละ (Percent)

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. สภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน
3. ข้อมูลเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถาม

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เตียงคนไข้พิเศษขนาด 1 เตียง / ห้อง จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ขนาด 10 เตียง เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบว่าเตียงคนไข้พิเศษขนาด 1 เตียง / ห้อง กำหนดไว้ที่ 30 เตียง (คิดเป็น 20 % ของจำนวนเตียงทั้งหมด)

ผลการวิจัย เตียงคนไข้พิเศษขนาด 1 เตียง / ห้อง พบว่า การกำหนดขนาดของเตียง (สัมภาระ) จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ

1. สภาพความต้องการของประชากรในพื้นที่นั้น ๆ ที่ส่งผลมาจากรายได้ที่มาจากการเกษตรกรรมเป็นหลัก

2. รายได้หลักของโรงพยาบาลมาจากเตียงคนไข้พิเศษ ขนาด 1 เตียง / ห้อง สอดคล้องกับการออกแบบโรงพยาบาล (2543 : 298) โรงพยาบาลภาครัฐ จะมีการแบ่งจำนวนเตียง ต่อห้องไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลและประเภทของผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่จะมีห้องพักแบบประเภทเตียงรวมค่อนข้างมาก เตียงเดี่ยวจะมีน้อย

2. เตียงคนไข้คนไข้พิเศษขนาด 2 - 4 เตียง / ห้อง จากภาพรวมในปัจจุบัน อยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 20 เตียง เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน พบว่าเตียงคนไข้พิเศษขนาด 2 – 4 เตียง / ห้อง กำหนดไว้ที่ 18 เตียง

ผลการวิจัย เตียงคนไข้พิเศษขนาด 2 – 4 เตียง / ห้อง พบว่า การกำหนดขนาดของเตียง จะขึ้นอยู่กับสภาพความต้องการของประชากรในพื้นที่นั้น ๆ ที่ส่งผลมาจากรายได้ที่ มาจากการเกษตรกรรมเป็นหลัก สอดคล้องกับการออกแบบโรงพยาบาล (2543 : 298) โรงพยาบาลภาครัฐ จะมีการแบ่งจำนวนเตียง ต่อห้องไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลและประเภทของผู้ป่วย

3. เตียงคนไข้ปกติ (สามัญ) จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 68.40 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 30 เตียง เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง ที่ใช้ อยู่ในปัจจุบัน พบว่า เตียงคนไข้ปกติกำหนดขนาดไว้ที่ 80 % คิดเป็น 96 เตียง

ผลการวิจัย เตียงคนไข้ปกติ (สามัญ) พบว่า การกำหนดขนาดของเตียง จะขึ้นอยู่กับสภาพความต้องการของประชากรในพื้นที่นั้น ๆ ที่ส่งผลมาจากรายได้ที่ มาจากการเกษตรกรรมเป็นหลัก สอดคล้องกับการออกแบบโรงพยาบาล (2543 : 298) โรงพยาบาลภาครัฐ จะมีการแบ่งจำนวนเตียง ต่อห้องไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลและประเภทของผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่จะมีห้องพักแบบประเภทเตียงรวมค่อนข้างมาก สอดคล้องกับ ประภาสหมิทอง (สัมภาษณ์) กล่าวว่าอาคารรวมแต่ละอาคารส่วนใหญ่จะมีขนาด 30 เตียง / 1 อาคาร

4. ผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ) จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ขนาด 4 ห้องตรวจ เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้ อยู่ในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ) กำหนดไว้ที่ขนาด 8 ห้องตรวจ

ผลการวิจัย ผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ) พบว่า จำนวนห้องตรวจรักษา แต่ละคลินิก ขึ้นอยู่กับอัตราส่วนจำนวนผู้ป่วย และความสามารถเฉพาะทางของแพทย์แต่ละสาขา ซึ่งมักจะมีมาตรฐานของจำนวนห้องตรวจอยู่ ส่วนจะมากหรือน้อยกว่านั้นขึ้นอยู่กับนโยบายและความชำนาญของแพทย์แต่ละโรงพยาบาล (อวยชัย วุฒิโสมสิต ; 2543 : 97)

5. บริการทันตกรรม จากภาพรวมในปัจจุบัน อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 4 เตียงเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า บริการทันตกรรม กำหนดไว้ที่ขนาด 4 เตียง

ผลการวิจัย บริการทันตกรรม พบว่า งานบริการทันตกรรมควรออกแบบให้บริการโดยไม่คำนึงถึงจำนวนเตียงของโรงพยาบาลว่าจะเป็นขนาด 90 เตียง หรือ 120 เตียง เพราะจำนวนผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องกับจำนวนเตียงผู้ป่วยใน (แบบสอบถาม) สอดคล้องกับคำกล่าวของ อวยชัย วุฒิโสมสิต (2543 : 97) คลินิกขึ้นอยู่กับอัตราส่วนผู้ป่วยและความสามารถเฉพาะทางของแพทย์แต่ละสาขา ส่วนจะมากหรือน้อยกว่านั้นขึ้นอยู่กับนโยบายและความสามารถและความชำนาญของแพทย์แต่ละโรงพยาบาล

6. รังสีวิทยา (X - Ray) จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 70 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 2 ห้องเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า รังสีวิทยา (X - Ray) กำหนดไว้ที่ขนาด 2 ห้อง

ผลการวิจัย รังสีวิทยา (X - Ray) พบว่า งานวินิจฉัยโรคของแผนกนี้ จะขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่จะทำ และจำนวนผู้ป่วยนอกที่อาจมีความต้องการเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ (การวางแผนการก่อสร้างโรงพยาบาล ; 2535 : 83)

7. ห้องผ่าตัด จากภาพรวมในปัจจุบัน อยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 2 ห้องเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ห้องผ่าตัด กำหนดไว้ที่ขนาด 2 ห้อง

ผลการวิจัย ห้องผ่าตัด พบว่า จากการค้นคว้าโดยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติสามารถสรุปจำนวนห้องผ่าตัดต่อจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปโดยเป็นอัตราส่วนประมาณดังนี้ ขนาด 100 เตียง มีห้องผ่าตัด 3 ห้อง ขนาด 150 เตียง มีจำนวนห้องผ่าตัด 4 ห้อง (การออกแบบโรงพยาบาล ; 2543 : 223)

8. ห้อง I.C.U จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับ พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 8 เตียงเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่าห้องผ่าตัดกำหนดไว้ที่ขนาด 8 เตียง

ผลการวิจัยห้อง I.C.U พบว่าจำนวนเตียงในแผนก I.C.U ส่วนใหญ่จะมีอัตราส่วนประมาณ 8 % ของจำนวนเตียงผู้ป่วยใน Ward ทั้งหมดของโรงพยาบาล

(อวยชัย วุฒิโสมสิต ; 2543 : 2540)

9. ห้อง Endoscopy จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 100 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 ห้องเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ห้อง Endoscopy กำหนดไว้ที่ขนาด 1 ห้อง

10. ห้องพยาธิและคลังโลหิต จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 ห้อง เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ห้องพยาธิและคลังโลหิต กำหนดไว้ที่ขนาด 1 ห้อง

11. เวชศาสตร์ฟื้นฟู จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 75 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า เวชศาสตร์ฟื้นฟู กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

12. เตียงคลอดธรรมดา จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 2 เตียงเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า เตียงคลอดธรรมดา กำหนดไว้ที่ขนาด 4 เตียง

ผลการวิจัย พบว่า การค้นคว้าในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สามารถสรุปอัตราส่วนจำนวนเตียงในโรงพยาบาลต่อจำนวนเตียงรอกคลอด และจำนวนห้องคลอดได้ดังนี้ จำนวนเตียงในโรงพยาบาลขนาด 100 เตียง จำนวนห้องคลอด 3 เตียง , จำนวนเตียงในโรงพยาบาลขนาด 200 - 300 เตียง จำนวนห้องคลอด 4 เตียง จำนวนห้องคลอดจะขึ้นอยู่กับแพทย์ในแผนกสูติรีเวชกรรมแต่ละโรงพยาบาลว่ามีผู้ฝากครรภ์มากน้อยเพียงใดด้วย ถ้าเป็นที่นิยมมาก จำนวนห้องคลอดจะเพิ่มขึ้นตาม (การออกแบบโรงพยาบาล ; 2543 : 251) หรือ ห้องคลอดหนึ่งห้องต่อเตียงผู้ป่วยสูติกรรม 20 เตียง (การบริหารโรงพยาบาล 2 ; 2535 : 80)

13. เตียงคลอดติดเชื้อ จากภาพรวมในปัจจุบัน อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 66 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 เตียงเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า เตียงคลอดติดเชื้อ กำหนดไว้ที่ขนาด 1 เตียง

14. พนักงานบริการวิชาการ จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 70 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 ห้อง เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า พนักงานบริการวิชาการ กำหนดไว้ที่ขนาด 1 ห้อง

15. ห้องประชุม จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 ห้องเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ห้องประชุม กำหนดไว้ที่ขนาด 1 ห้อง

16. สวัสดิการ จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า สวัสดิการ กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

17. เวชทะเบียน จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 ห้องเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า เวชทะเบียน กำหนดไว้ที่ 1 ห้อง

18. ครุฑ - อาหาร จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ครุฑ - อาหาร กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

19. ชักฟอก จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 70 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ชักฟอก กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

ผลการวิจัยพบว่า การพิจารณาเนื้อที่สนับสนุน สำหรับเจ้าหน้าที่การใช้งานของโรงพยาบาลก็เช่นกัน เมื่อมีจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นเนื้อที่สนับสนุนงานด้านต่าง ๆ ก็จะต้องเพิ่มให้พอเพียงเป็นเงาตามตัว (การบริหารโรงพยาบาล ; 2535 : 73)

20. พัสดุกกลาง จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 70 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า พัสดุกกลาง กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

21. เกสัชกรรม จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 85.50 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า เกสัชกรรม กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

22. ปรากฏจากเข็อกกลาง จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่พอเพียงคิดเป็นร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ปรากฏจากเข็อกกลาง กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

23. แม่บ้าน จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า แม่บ้าน กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

24. ซ่อมบำรุง จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ซ่อมบำรุง กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

25. แหล่งกำเนิดพลังงาน จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 80 ของ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 1 หน่วยเป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า แหล่งกำเนิดพลังงาน กำหนดไว้ที่ขนาด 1 หน่วย

26. ตู้เก็บศพ จากภาพรวมในปัจจุบันอยู่ในระดับพอเพียงคิดเป็นร้อยละ 87.50 ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่าขนาด 2 ตู้ เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พื้นที่ใช้สอยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ตู้เก็บศพ กำหนดไว้ที่ขนาด 2 ตู้

ผลการวิจัยพบว่า อัตราส่วนตู้เย็นเก็บศพจะเท่ากับ 1 ที่ต่อ เตียงผู้ป่วย 50 เตียง (การออกแบบโรงพยาบาล ; 2543 : 372)

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปแนวทางในการออกแบบเป็น 2 แนวทาง คือ

1. แนวทางตามนโยบายของโรงพยาบาลที่เป็นกรณีศึกษา โดยทำการออกแบบในส่วนวินิจฉัยรักษา และส่วนบริหาร โดยมีข้อแม้ที่เป็นในแนวทางในการออกแบบคือ การระบุที่ตั้งของโครงการ (Site) ที่ติดกับตึกอุบัติเหตุ และแนวอาคารสามารถเชื่อมต่อกับส่วนพักผู้ป่วยนอกได้โดยตรง เพราะส่วนของพยาธิวิทยามีความสัมพันธ์กับส่วนผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ
2. แนวทางในการรื้อสร้างใหม่ โดยใช้ Site ของโรงพยาบาลกรณีศึกษาซึ่งกำหนดแนวความคิดหลักคือ การรวบรวมกลุ่มความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักทั้ง 5 องค์ประกอบ ซึ่งสามารถแจกแจงอาคาร ได้ออกเป็น 3 อาคาร โดยได้แนวความคิดจากการบริหารงานโรงพยาบาลเอกชน มาทำการแยกความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลัก ออกเป็น 3 ส่วน คือ 1. ส่วนบริหาร , ส่วนพักผู้ป่วยนอก , ส่วนวินิจฉัยรักษา 2. ส่วนพักผู้ป่วยใน 3. ส่วนสนับสนุน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษานำทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงเป็น 120 เตียง ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์นำมาทำการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย ได้ผลตามรายละเอียดในบทสรุปขั้นต้น ในส่วนของข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะความคิดเห็น ใน 5 ด้าน หลัก ดังนี้

- ส่วนพักผู้ป่วยใน , ส่วนพักผู้ป่วยนอก , ส่วนวินิจฉัยรักษา จากเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีความสอดคล้องกับสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบัน แต่ปัจจัยต่าง ๆ ก็ยังคงคล้อยตามกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ ซึ่งไม่สามารถกำหนด มาตรฐานที่แน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับความพร้อมในแต่ละด้าน เช่น ความต้องการของคนในพื้นที่ และความพร้อมของโรงพยาบาลนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็น บุคลากรหรือครุภัณฑ์ อื่น ๆ

- ส่วนบริหาร , ส่วนสนับสนุน จากสภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่มีการขยายตัวตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนด ทั้ง ๆ ที่ 2 ส่วนนี้มีหน้าที่รองรับกิจกรรมใด ๆ ของโรงพยาบาล ทำให้เกิดสภาพการใช้งานที่ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ให้บริการ

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาพบว่ายังมีตัวแปรและประเด็นอื่นที่น่าสนใจอีกหลายประการที่ไม่สามารถทำการศึกษาได้ทั้งหมด จึงขอเสนอแนะแนวทางสำหรับการศึกษาในโอกาสต่อไป ดังนี้

- การศึกษาขนาดพื้นที่ใช้สอยที่เหมาะสมกับสภาพการใช้งานจริงควรเป็นอย่างไร
- การศึกษาลักษณะการเชื่อมต่อในการขยายตัวของโรงพยาบาล ชุมชนในอนาคต
- การศึกษาความต้องการของผู้มาใช้บริการที่ทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งสภาพแวดล้อมและการได้รับการบริการที่ดี

5.4 การนำเสนอแนวทางในการออกแบบจากความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง

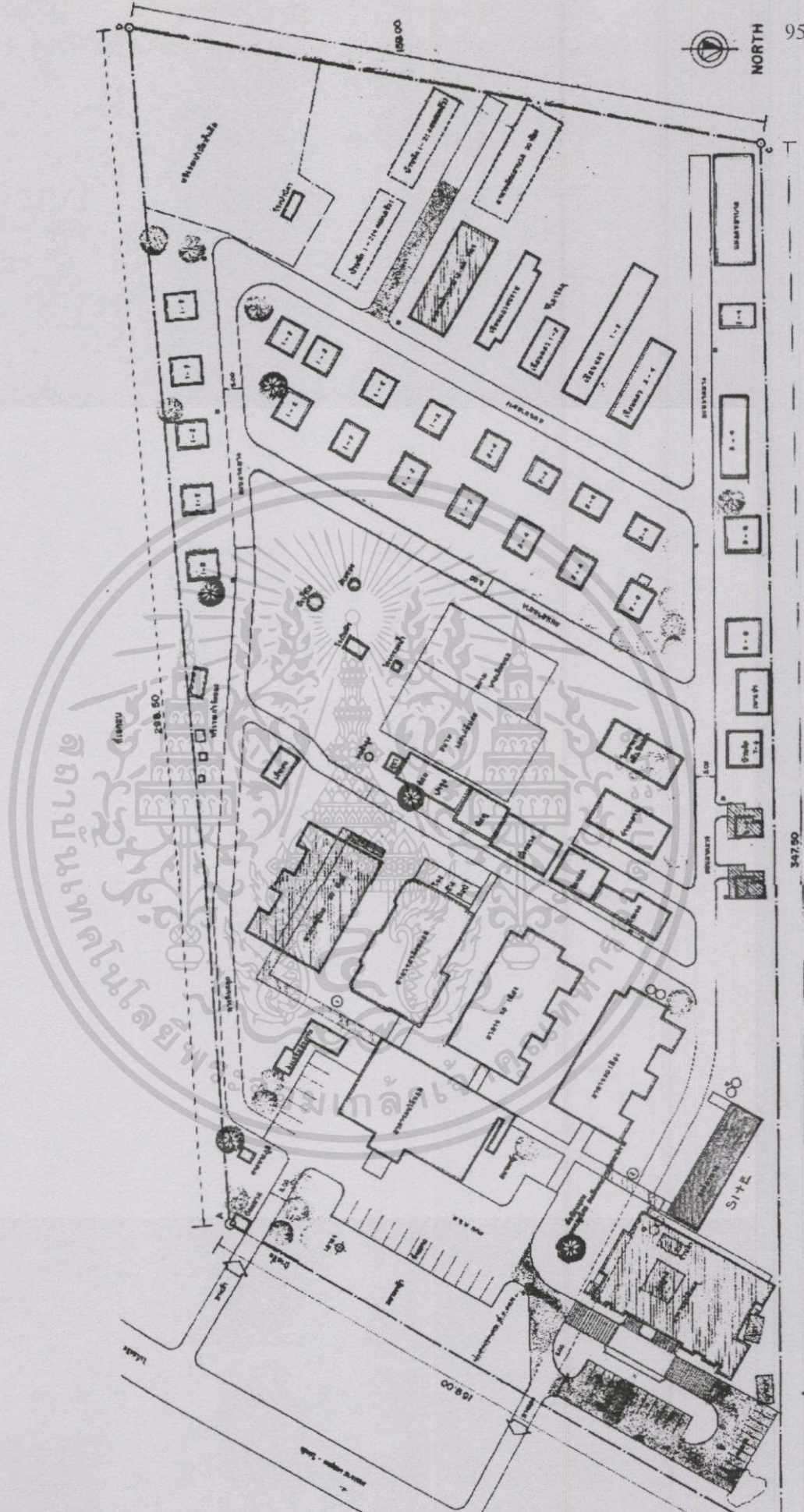
จากผลการวิจัยได้กำหนดแนวทางแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

1. แนวทางตามนโยบายของโรงพยาบาล
 2. แนวทางการรื้อสร้างใหม่เพื่อการรองรับการขยายตัวในอนาคต
- โดยทั้ง 2 แนวทางนี้ ใช้โรงพยาบาลด่านขุนทดเป็นกรณีศึกษา

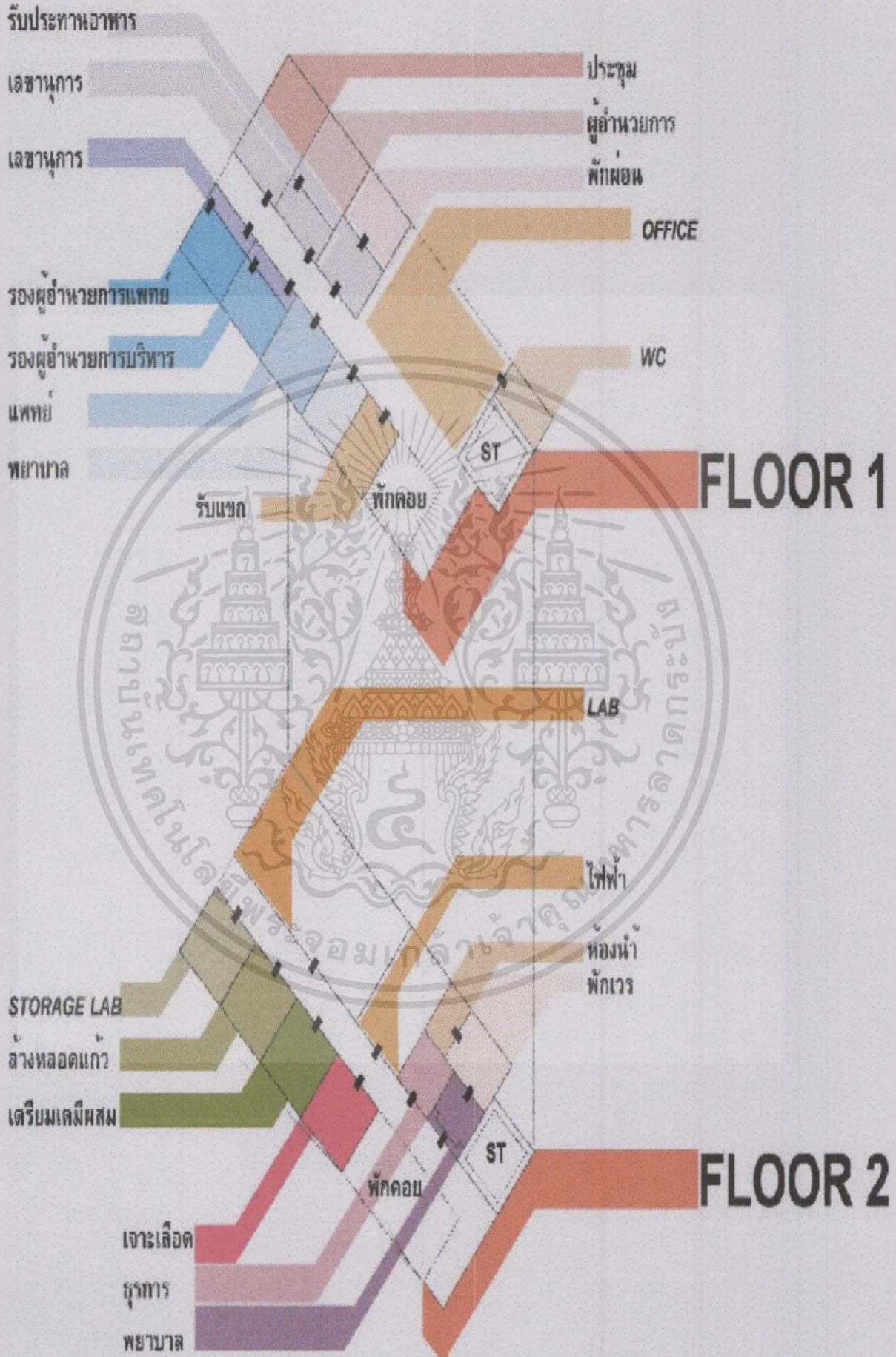


1. แนวทางตามนโยบายของโรงพยาบาลที่เป็นกรณีศึกษา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



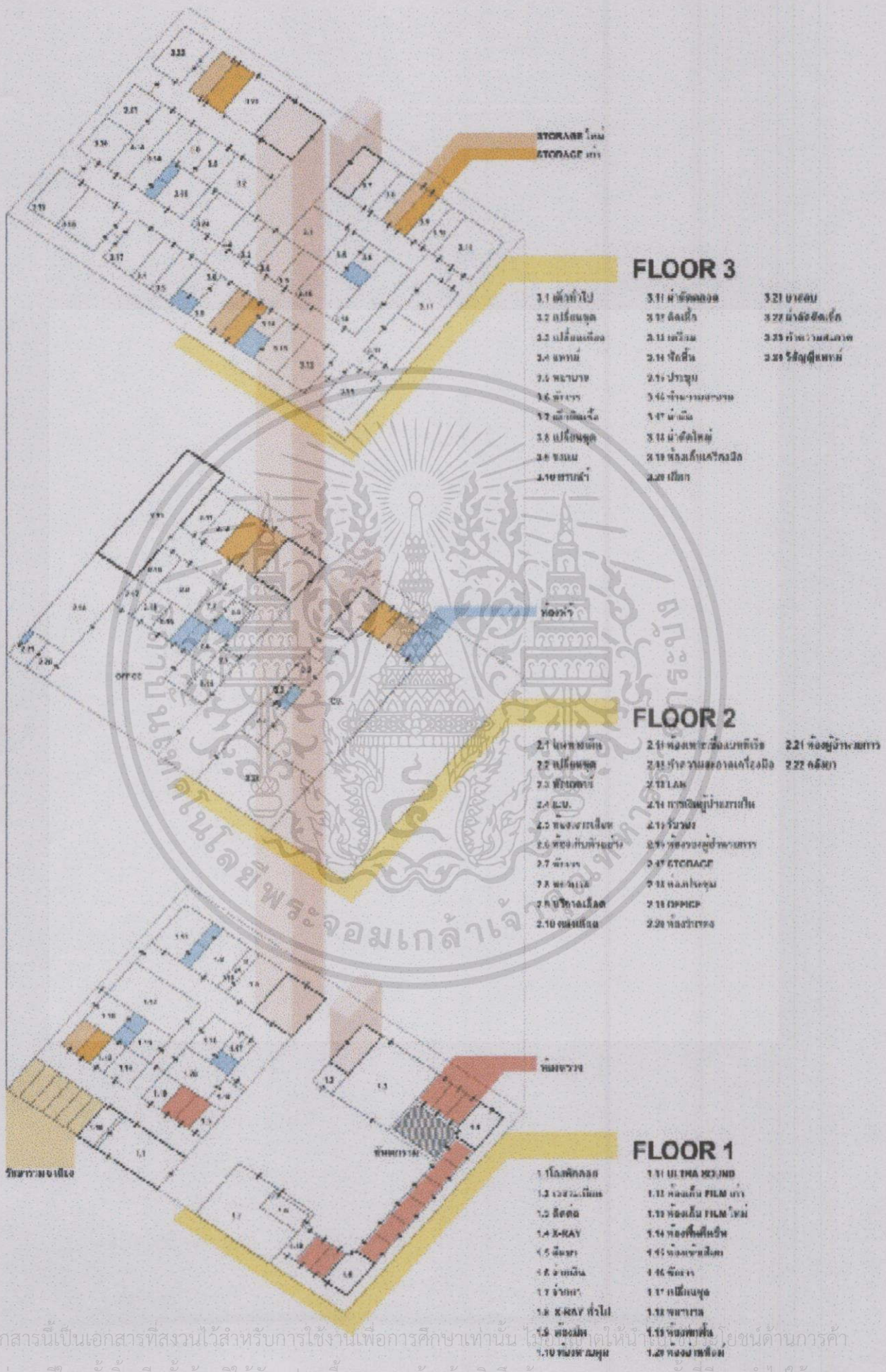
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
 ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



FLOOR 3

- | | | |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| 3.1 ห้องทั่วไป | 3.11 ห้องจัดแสดง | 3.21 ระเบียง |
| 3.2 ระเบียงชุด | 3.12 ห้องเด็ก | 3.22 ครัวจัดซื้อ/เก็บ |
| 3.3 เปลี่ยนเสื้อผ้า | 3.13 เฟอร์นิเจอร์ | 3.23 ครัวรวมส้วม |
| 3.4 ครัวรวม | 3.14 ซักผ้า | 3.24 รั้วผู้เยี่ยมชม |
| 3.5 พานบาย | 3.15 ครัวชุมชน | |
| 3.6 ครัวรวม | 3.16 ครัวรวมส้วม | |
| 3.7 ห้องเก็บเสื้อผ้า | 3.17 ครัวนักเรียน | |
| 3.8 เปลี่ยนชุด | 3.18 ครัวนักเรียน | |
| 3.9 ซักผ้า | 3.19 ครัวนักเรียน | |
| 3.10 ครัวนักเรียน | 3.20 ครัวนักเรียน | |

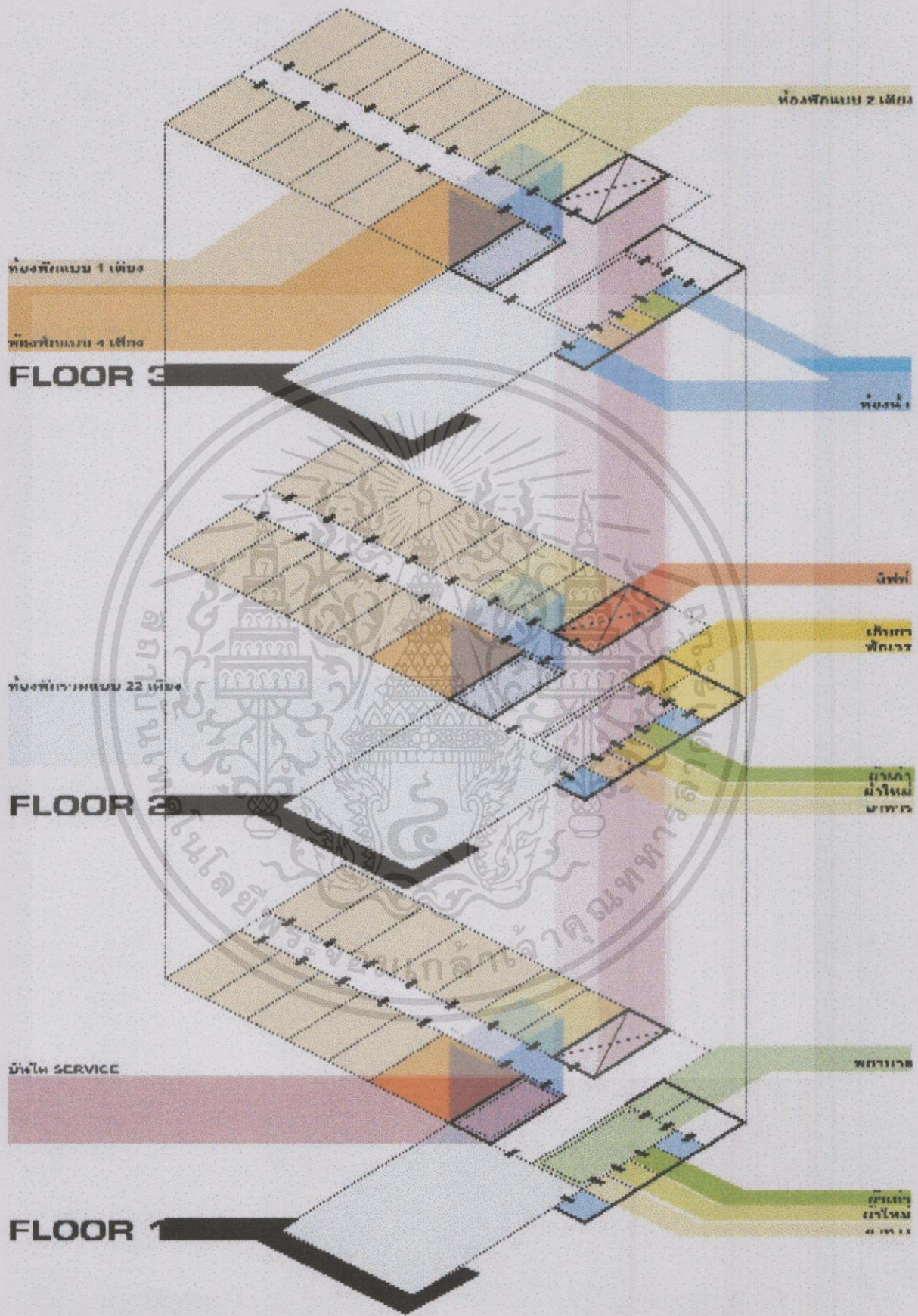
FLOOR 2

- | | | |
|----------------------|-------------------------------|---------------------|
| 2.1 ห้องชุดนักเรียน | 2.11 ห้องพิเศษเรื่องรถจักรยาน | 2.21 ห้องปฏิบัติการ |
| 2.2 เปลี่ยนชุด | 2.12 ครัวรวมส้วม | 2.22 ครัวนักเรียน |
| 2.3 ครัวรวม | 2.13 LAM | |
| 2.4 ครัว | 2.14 ครัวนักเรียน | |
| 2.5 ห้องเรียนพิเศษ | 2.15 ครัวนักเรียน | |
| 2.6 ห้องเก็บเสื้อผ้า | 2.16 ครัวนักเรียน | |
| 2.7 ครัว | 2.17 ครัวนักเรียน | |
| 2.8 ครัวนักเรียน | 2.18 ครัวนักเรียน | |
| 2.9 ครัวนักเรียน | 2.19 ครัวนักเรียน | |
| 2.10 ครัวนักเรียน | 2.20 ครัวนักเรียน | |

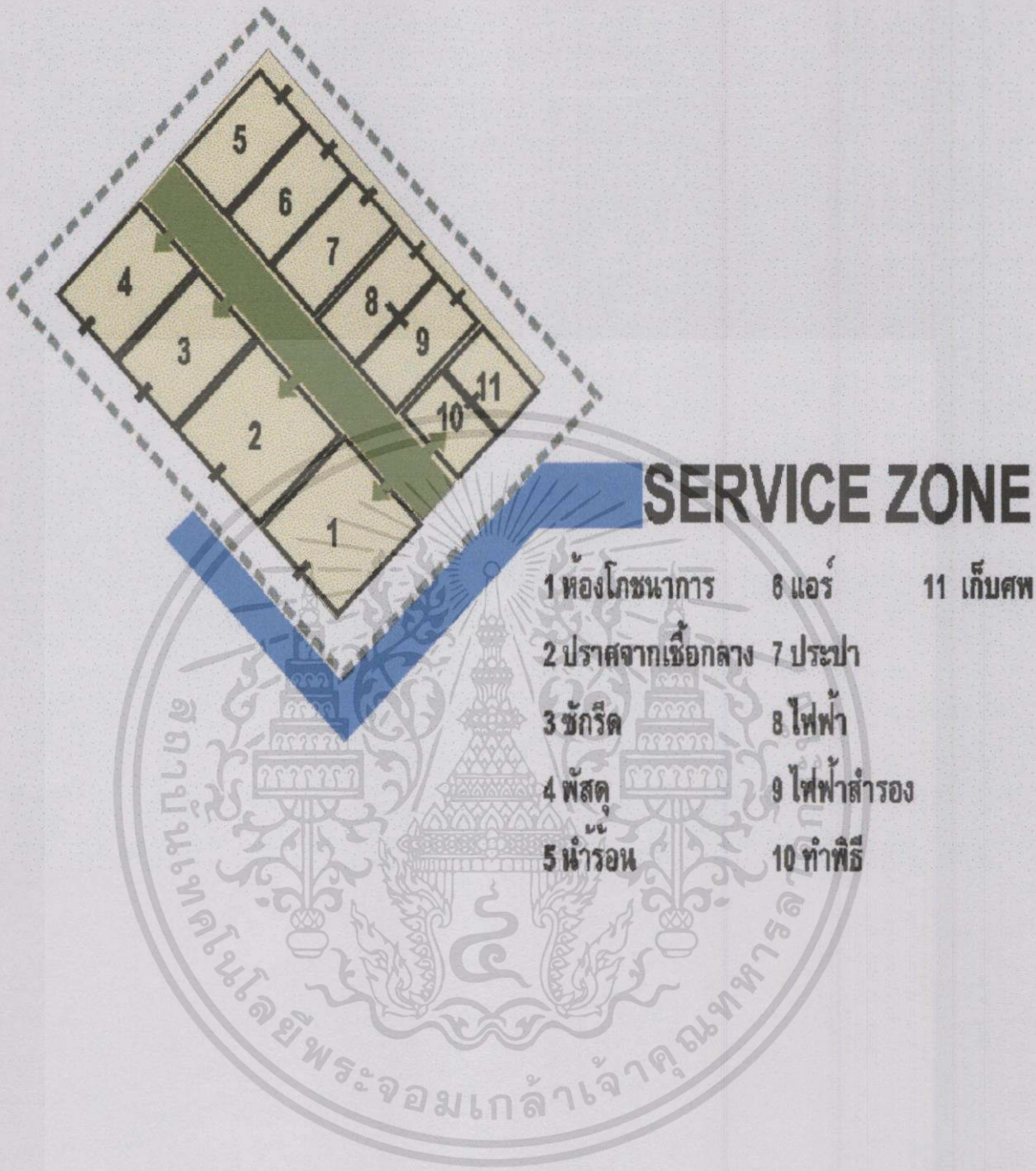
FLOOR 1

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1.1 ห้องฝึกสอน | 1.11 ครัวนักเรียน |
| 1.2 ครัวนักเรียน | 1.12 ห้องเก็บ FILM ครัว |
| 1.3 ครัว | 1.13 ห้องเก็บ FILM ครัว |
| 1.4 X-RAY | 1.14 ห้องที่เก็บฟิล์ม |
| 1.5 ห้องเรียน | 1.15 ห้องเรียนพิเศษ |
| 1.6 ครัวนักเรียน | 1.16 ครัวนักเรียน |
| 1.7 ครัวนักเรียน | 1.17 ครัวนักเรียน |
| 1.8 X-RAY ครัว | 1.18 ครัวนักเรียน |
| 1.9 ห้องเรียน | 1.19 ห้องเรียนพิเศษ |
| 1.10 ครัวนักเรียน | 1.20 ครัวนักเรียน |

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์
 ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



- SERVICE ZONE**
- 1 ห้องโถงนากการ 6 แอร์ 11 เก็บศพ
 - 2 ปราศจากเชื้อกลาง 7 ประปา
 - 3 ชักรีด 8 ไฟฟ้า
 - 4 พัดลม 9 ไฟฟ้าสำรอง
 - 5 น้ำร้อน 10 ทำพิธี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บรรณานุกรม

- วิมลสิทธิ์ ทรยางกุล . 2537 . การจัดทำรายละเอียดโครงการเพื่อการออกแบบงานสถาปัตยกรรม . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี . 2540 . แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544 . กรุงเทพฯ : เม็ดทรายพริ้นติ้ง
- บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . 2540 . รวมบทคัดย่อวิทยานิพนธ์ . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สาธารณสุข . สำนักงานปลัดกระทรวง . แนวทางปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป . ข่าวพาดิษฐ์ : 2525
- อวยชัย วุฒิไชษิต . 2543 . การออกแบบโรงพยาบาล . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กระทรวงสาธารณสุข . ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2540 – 2541
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข . แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กระทรวงสาธารณสุข . คณะทำงานจัดทำเกณฑ์มาตรฐานงานพัฒนาระบบโครงสร้างของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค พ.ศ. 2539
- กองแบบแผน . บบป . กระบวนการวางแผนเพื่อการก่อสร้างโรงพยาบาล . มปท . เอกสารอัดสำเนา
- กองภูมิภาค . 2540 . นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- รังสี ณ สงขลา . 2535 . การบริหารโรงพยาบาล 2 . กรุงเทพฯ : มิตรสยาม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . 2541 . รายชื่อจังหวัด / อำเภอ
โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลสาขาและโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2541 . มปท . เอกสารอัดสำเนา

สำนักงานคณะกรรมการ พบศ. 2533 . โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและ
หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.ศ. 2540 – 2544) . มปท . เอกสารอัดสำเนา

กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . 2539 . สรุปผลการสัมมนา แผน
กลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 . มปท .
เอกสารอัดสำเนา

Anthony Cox Philip Groves , Hospitals and Health – Care Facilities , Butterworth –
Heinemann Ltd . 1990

Jain Malkin , Hospital Interior Architecture , Van Nostrand Reinhold , Newyork
Copyright 1994

Norio ohba , Medical Facilities , New Concepts in Architecture & Design , Meisei
Publications Copyright 1994

Eleanor Lynn Nesmith , Health Care Architecture Design for The Future , Rockport
Publishers , Inc Rock Port Massachusettes Copyright 1995

The Aia Press , Health Facilities , Rockport Publishera , Inc. Copyright 1996



ภาคผนวก

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ ๐910

คณะกรรมการ

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ในการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 3520

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

๒๘ กันยายน ๒๕๔๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการกองแบบแผน กระทรวงสาธารณสุข

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม มีความประสงค์จะขอเอกสารเกี่ยวกับ
แบบโรงพยาบาลชุมชนนางรอง , โรงพยาบาลชุมชนบัวใหญ่ , โรงพยาบาลชุมชนด่านขุนทด เพื่อประกอบการ
ศึกษาการจัดทำหัวข้อและเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง"

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ
คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม หวังในความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.พรณี ลีกิจวัฒนะ)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3268503-4 ต่อ 205

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ ๐910

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะกรรมการอำนวยการ

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

๓ มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง

ด้วย นายไพศาล เล่มมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์โลก

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ ทิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะกรรมการอำนวยการ

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมพ์สาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์อื่นใด
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานา

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

0.
Imp

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะกรรมการอุดมศึกษา

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเศ

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับกรใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะกรรมการ

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคบินทร์บุรี

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะกรรมการการอุดมศึกษา

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลโยธิน

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ ๐908

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

3 กุมภาพันธ์ 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสามัญศึกษาจังหวัดมุกดาหาร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. คำโครงวิทยานิพนธ์
- 2. ประกาศผลการพิจารณาหัวข้อและคำโครงวิทยานิพนธ์

ด้วย นายชูศักดิ์ สีสัน นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาครุศาสตร์เกษตร กำลังทำการวิจัยเพื่อเรียบเรียงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความพึงพอใจของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีต่อคุณลักษณะของครูเกษตร โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดมุกดาหาร" และได้รับอนุมัติหัวข้อและคำโครงวิทยานิพนธ์แล้วเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2543 ในการทำวิจัยเรื่องนี้นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในสถานศึกษาของท่าน คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาทำการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในสถานศึกษาของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ในการค้าไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ที่ ทม 1504/ 0910

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

มีนาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม
หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
"การศึกษาแนวทางการขยายขนาด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง" คณะครุศาสตร์
อุตสาหกรรม จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดพิจารณาอนุญาต ให้นักศึกษาได้ทดลองใช้
แบบสอบถาม เพื่อการวิจัยในสถานประกอบการของท่านได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่าน
มา ใน โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ พิมสาร)

รักษาการรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3269040

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ที่ ทม 1504/ 0289



คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ถนนฉลองกรุง เขตลาดกระบัง กรุงเทพฯ 10520

25 มกราคม 2542

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการกองแบบแผน

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ด้วย นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล นักศึกษาปริญญาโท คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม ศึกษาศาสตร์
ครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม มีความประสงค์จะขอเอกสารแบบพิมพ์เขียว
เกี่ยวกับผังบริเวณ แปลน รูปด้าน รูปตัด ของโรงพยาบาลชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อประโยชน์
ในการจัดเตรียมเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90
เตียงเป็น 120 เตียงของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ"

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ
คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม หวังในความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.พรรณี ลีกิจวัฒน์นะ)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี

งานบัณฑิตศึกษา

โทร. 3266052-6101 ต่อ 2663,2642

โทรสาร 3268503-4 ต่อ 205 สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
เรื่อง ผลการพิจารณาหัวข้อและเค้าโครงวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อและเค้าโครงวิทยานิพนธ์ คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม ขอประกาศรายชื่อหัวข้อและเค้าโครงวิทยานิพนธ์ หลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม ที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ ดังนี้

ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2542

1. นายไพศาล เลื่อนวิฑากุล ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมี อาจารย์สมพล คำรงเสถียร เป็นอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์. ดร.มาลัย จีรวัดานเกษตร และ ร้อยเอกวรัญญู สัตย์วงศ์ทิพย์ เป็นอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วม

ทั้งนี้ให้นักศึกษาค้นคว้าและเขียนวิทยานิพนธ์ โดยปรึกษากับอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ให้เสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนดในระเบียบของบัณฑิตวิทยาลัย

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ.2542

(รศ.ดร.มนัส สัจวารศิลป์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



คำสั่งคณะกรรมการคุรุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ที่ 01 / 2542

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อ
และเค้าโครงวิทยานิพนธ์ของ นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล

เพื่อให้การเรียบเรียงวิทยานิพนธ์ของ นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล เป็นไปด้วยความเรียบร้อย
และมีประสิทธิภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อควบคุมและพิจารณาหัวข้อและเค้าโครงวิทยานิพนธ์
ดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์สมพล	ดำรงเสถียร	ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
ดร.มาลัย	จิรวัดมนเกษตร์	ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วม
ร้อยเอกวรัญญู	สัตย์วงศ์ทิพย์	ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วม

2. คณะกรรมการพิจารณาหัวข้อและเค้าโครงวิทยานิพนธ์

อาจารย์สุรศักดิ์	กังขาว	ประธานกรรมการ
อาจารย์สุทัศน์	จุฬามาณี	กรรมการประจำสาขาวิชา
อาจารย์สมพล	ดำรงเสถียร	กรรมการประจำสาขาวิชา
ดร.มาลัย	จิรวัดมนเกษตร์	กรรมการ
ร้อยเอกวรัญญู	สัตย์วงศ์ทิพย์	กรรมการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2542

(รศ.ดร.ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์)

คณบดี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แบบสัมภาษณ์ประกอบการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาแนวทางการขยายขนาดโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียง

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทำการศึกษถึงสภาพความต้องการในการใช้งานของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงในปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเกณฑ์การขยายขนาดของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เป็น 120 เตียงในอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้เป็นการหาแนวโน้มของความต้องการใช้งาน เพื่อให้บริการอย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ดังนั้นข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะใช้ประโยชน์เพื่อการทำการวิจัยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

ผู้วิจัยหวังว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 3 หมวด

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

หมวดที่ 2 สภาพการใช้งานของจริงในปัจจุบัน

หมวดที่ 3 ข้อมูลเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถาม

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดส่วนเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้าข้อความคิดเห็นจริง

1. เพศ

- ชาย หญิง

2. อายุ

- 30 ปี หรือต่ำกว่า มากกว่า 30 ปี - 40 ปี
 มากกว่า 40 ปี - 50 ปี มากกว่า 50 ปี ขึ้นไป

3. วุฒิทางการศึกษา

- ต่ำกว่าปริญญาตรี..... ปริญญาตรี สาขา.....
 ปริญญาโท สาขา..... อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. สถานภาพโดยตำแหน่ง

- แพทย์ พยาบาล
 เจ้าหน้าที่ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ประสบการณ์ในการทำงาน

- 5 ปี หรือต่ำกว่า มากกว่า 5 ปี - 10 ปี
 มากกว่า 10 ปี - 20 ปี มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป

หมวดที่ 2 สภาพการใช้งานจริงในปัจจุบันของโรงพยาบาล

รายการ Facilities	จำนวนหน่วย	ระดับความเพียงพอ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
1. ส่วนพัชผู้ป่วยใน			
- เตียงคนไข้พิเศษ 1 เตียง / ห้อง เตียงคนไข้พิเศษ 2-4 เตียง/ห้อง			
- เตียงคนไข้ปกติ (โปรตระนู)เตียง / ห้องเตียง / ห้องเตียง / ห้อง			
อื่น ๆ (โปรตระนู).....			
2. ส่วนพัชผู้ป่วยนอก			
- ผู้ป่วยนอกทั่วไป (ห้องตรวจ)			
- ผู้ป่วยทั่วไป (ห้องตรวจ / Tread) จำนวน.....เตียง			
- บริการทันตกรรม.....เตียง			
อื่น ๆ (โปรตระนู)			
3. ส่วนวินิจฉัยรักษา			
- รังสีวินิจฉัย (X-Ray)			
- ห้องผ่าตัด			
- ห้อง ICU จำนวน.....เตียง			
- ห้อง Endoscopy			
- พยาธิวิทยาคลินิกและคลังโลหิต			
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
- เตียงคลอด ธรรมดา จำนวน.....เตียง ติดเชื้อ จำนวน.....เตียง			
อื่น ๆ (โปรตระนู).....			

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รายการ Facilities	จำนวนหน่วย	ระดับความเพียงพอ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
4. ส่วนบริหาร			
- สำนักงาน , วิชาการ			
- ประชุม			
- สวัสดิการ			
- เวชทะเบียน			
อื่น ๆ (โปรดระบุ)			
.....			
5. ส่วนสนับสนุน			
- ครุภัณฑ์อาหาร			
- ชักฟอก			
- พัดดูดกลาง			
- หน่วยปราศจากเชื้อกลาง			
- ภาสัชกรรม			
- แม่บ้าน			
- ซ่อมบำรุง			
- แหล่งกำเนิดพลังงาน			
- ตู้เก็บศพ จำนวน			
อื่น ๆ (โปรดระบุ)			
.....			

หมวดที่ 3 ข้อมูลเสนอแนะหรือเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการออกแบบโรงพยาบาล
ชุมชนขนาด 120 เตียงในอนาคต

.....

.....

.....

.....

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



เตียงคนไข้ขนาด 1 เตียง จำนวน 10
เตียง ขนาด 4 x 8 ม.



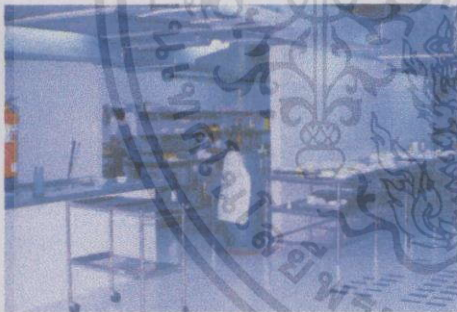
เตียงคนไข้ขนาด 2 - 4 เตียง จำนวน
18 เตียง ขนาด 4 x 8 ม.



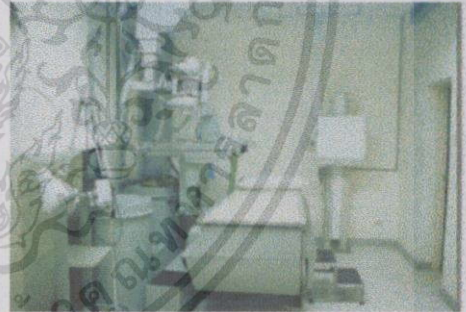
เตียงคนไข้รวม ขนาด 30 เตียง จำนวน
96 เตียง 8 x 16 ม.



ห้องคลอดติดเข้ ขนาด 1 เตียง ขนาด
2.50 x 3 ม.



ห้องครัว - อาหาร จำนวน 1 หน่วย
ขนาด 10 x 18 ม.



ห้องรังสีวิทยา จำนวน 2 ห้อง ขนาด
3 x 3.50 ม.



เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 หน่วย ขนาด



เวชระเบียน จำนวน 1 หน่วย ขนาด

เอกสารนี้ขออนุญาตสงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



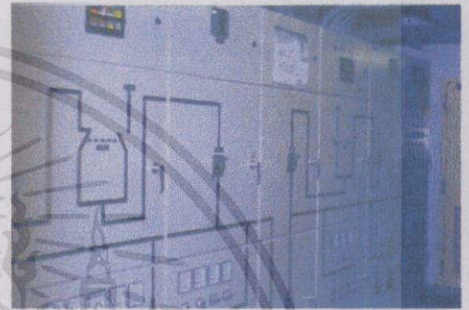
ห้อง I.C.U. จำนวน 8 เตียง ขนาด
8 x 12 ม.



ซัก - ฟอก จำนวน 1 หน่วย ขนาด
10 x 16 ม.



เภสัชกรรม จำนวน 1 หน่วย ขนาด
8 x 10 ม.



แหล่งกำเนิดพลังงาน จำนวน 1 หน่วย
ขนาด 4 x 6 ม.



ห้องคลอดธรรมดา จำนวน 2 เตียง
ขนาด 4 x 4 ม.



ตู้เก็บศพ จำนวน 2 ตู้ ขนาด 2.50 x
4 ม.

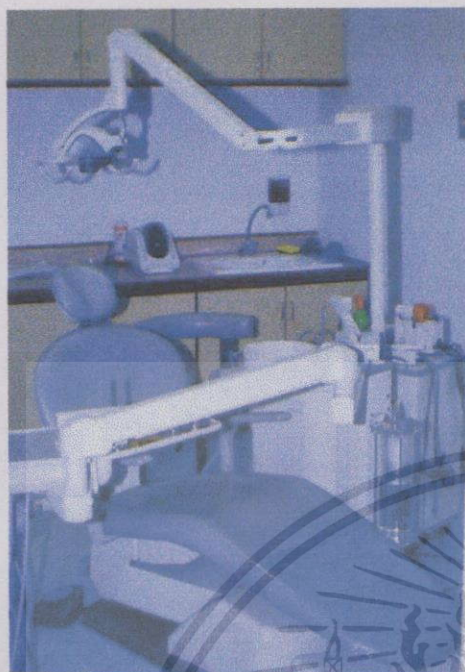


ห้องประชุม จำนวน 1 ห้อง ขนาด
4 x 6 ม.



หน่วยปราศจากเชื้อกลาง จำนวน 1
หน่วย ขนาด 6 x 10 ม.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น มิใช่สัญญาที่เห็นชอบโดยคณะกรรมการ
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



บริการทันตกรรม จำนวน 4 เตียง
ขนาด 3 x 4 ม.



ห้องตรวจ จำนวน 4 ห้อง ขนาด
2.50 x 3 ม.

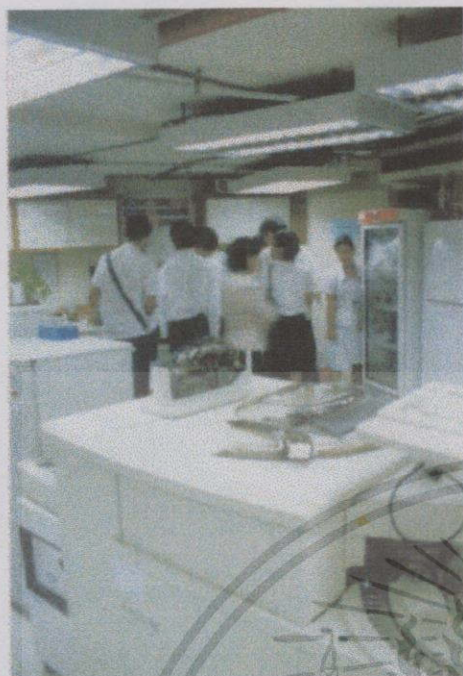


สวัสดิการ จำนวน 1 ห้อง ขนาด
4 x 6 ม.



ห้องผ่าตัด จำนวน 2 ห้อง ขนาด
6 x 6 ม.

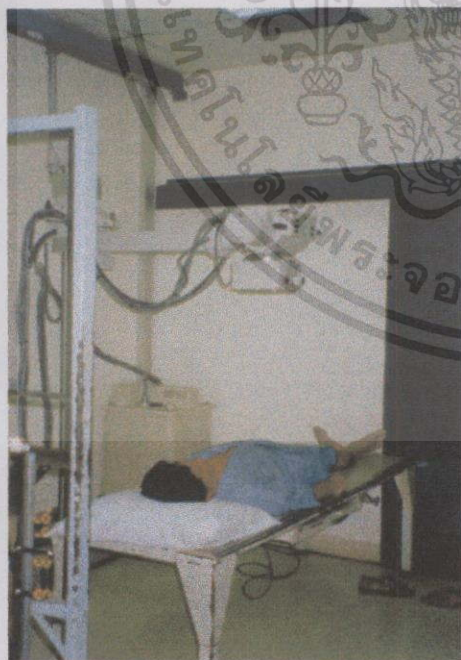
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



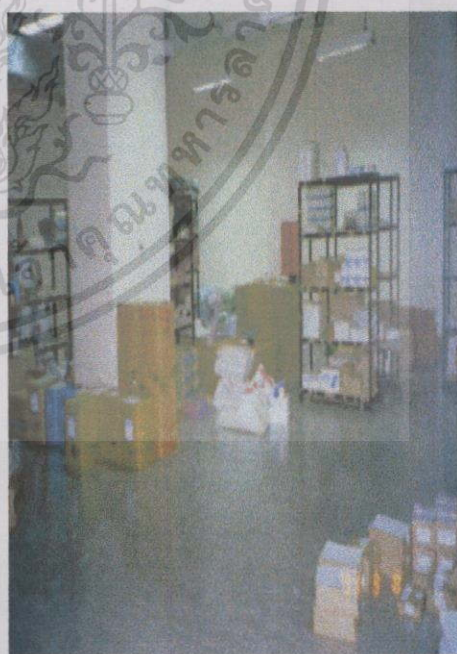
พยาธิวิทยา จำนวน 1 หน่วย ขนาด
8 x 12 ม.



ห้องตรวจ/Tread จำนวน 1 ห้อง
ขนาด 2.50 x 3 ม.



ห้องส่องกล้อง Endoscopy จำนวน 1
ห้อง ขนาด 3 x 3.50 ม.



พัสดุกลาง จำนวน 1 หน่วย ขนาด
8 x 10 ม.

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นายไพศาล เลื่อนมวิทยากุล
 เกิด วันพฤหัสบดีที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2514 (11.30)
 บิดา นายวีระชัย เลื่อนมวิทยากุล
 มารดา นางสาววัลย์ ทองสม
 พี่สาว นางสาววิไลพร เลื่อนมวิทยากุล
 น้องสาว นางสาวประภาพร เลื่อนมวิทยากุล
 น้องชาย นายชวลิต เลื่อนมวิทยากุล

ประวัติการศึกษา

อนุบาล โรงเรียนมานะวิทยา
 ประถม 1 – 4 โรงเรียนมานะวิทยา
 ประถม 5 – 6 โรงเรียนวัดราชนูรณะ
 มัธยม โรงเรียนสตรีวุฒิมิศึกษา
 ป.ว.ช. โรงเรียนไทยวิจิตรศิลป์อาชีวะ
 ป.ว.ส. วิทยาเขตอุเทนถวาย
 ปริญญาตรี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
 ปริญญาโท สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง