

บทที่ 6

ระยะการนำไปปฏิบัติและการพัฒนาปรับปรุง

(Implement and Improvement Phase)

การทดลองนำไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากการดำเนินงานแต่ละงานจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ดังนั้นการนำไปปฏิบัติจะเป็นการยืนยันได้ว่าแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง และมีความเหมาะสมเพียงใด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 การนำไปปฏิบัติ

การนำไปปฏิบัตินั้นถือเป็นการทดลองใช้คู่มือวิธีปฏิบัติงานที่สร้างขึ้น และต้องมีการประเมิน เพื่อให้ทราบว่าสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้หรือไม่และอยู่ในระดับใด หรือมีความเหมาะสมกับหน่วยงานมากน้อยเพียงใด โดยแสดงรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1.1 วิธีการประเมินผลการนำไปปฏิบัติ

เมื่อมีการสร้างคู่มือวิธีปฏิบัติงานด้วยการประยุกต์การประเมินความเสี่ยงนั้น สามารถช่วยให้การดำเนินงานต่าง ๆ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้จริงหรือไม่ จึงต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นการยืนยันว่าสามารถลดความเสี่ยงนั้นได้ โดยวิธีการประเมินนั้นได้ใช้วิธีการตอบแบบสอบถาม จากตัวแทนของกลุ่มงานต่างๆที่มีการประเมินโดยประเมินทั้งการดำเนินงานในกลุ่มงานของตนเองและกลุ่มอื่นด้วย เพื่อไม่ให้เกิดการลำเอียงในการประเมินงานตนเอง โดยผู้ตอบแบบสอบถามดังนี้

ผู้ตอบแบบสอบถาม

- | | |
|---|------|
| 1. ตัวแทนฝ่ายบริหารงานทั่วไป | 3 คน |
| 2. ตัวแทนกลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิเวศลิยร์ | 3 คน |
| 3. ตัวแทนกลุ่มประเมินความปลอดภัยและใบอนุญาต | 3 คน |
| 4. ตัวแทนกลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางนิเวศลิยร์ | 3 คน |
| 5. ตัวแทนกลุ่มสนับสนุนวิชาการความปลอดภัยทางนิเวศลิยร์ | 3 คน |

6.1.2 ผลการประเมินการนำไปปฏิบัติ

จากการตอบแบบสอบถามสามารถสรุประดับความเสี่ยงในแต่ละการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงก่อนและหลังการดำเนินงาน และในตารางที่ 6.1 ตัวอย่างการ

เปรียบเทียบผลการนำไปปฏิบัติก่อนและหลังการปรับปรุงของฝ่ายบริหารงานทั่วไป ส่วน
รายละเอียดการประเมินในกลุ่มงานอื่นๆ แสดงในภาคผนวก ๑ และจากตารางที่ 6.2 เป็นการสรุป
ระดับความเสี่ยงหลังการแก้ไข โดยระดับ E (Emergency) คือ ควรได้รับการแก้ไขทันที, ระดับ H
(High) คือ ควรแผนจัดการความเสี่ยงนี้ ซึ่งเป็นแผนในระยะสั้นและต้องสามารถดำเนินงานได้ทันที
, ระดับ M (Moderate) คือ ควรแผนรองรับความเสี่ยงนี้ ซึ่งเป็นแผนในระยะยาว ไม่จำเป็นต้องรีบ
ดำเนินการทันทีก็ได้ และระดับ L (Low) คือ ความเสี่ยงที่อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 6.1 การประเมินผลการทำงานไปปฏิบัติ

ฝ่าย/กลุ่มงาน: เป้าหมาย	ความเสี่ยง (Risks)	ก่อนการปรับปรุง			หลังการปรับปรุง				ผลการวิเคราะห์	
		โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	โอกาสการเกิด (L)		ความรุนแรง (C)	LxC	ก่อนการปรับปรุง	หลังการวิเคราะห์
					เหตุผล	L				
1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป: การบริหารการดำเนินงาน 2. การวางแผนกลยุทธ์ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดหรือวัตถุประสงค์ 3. เอกสารการรายงานผลการปฏิบัติงานไม่ครบตามหัวข้อที่กำหนดไว้ 4. การจัดการระบบการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ 5. ขั้นตอนในการดำเนินงานไม่เป็นลายลักษณ์อักษร 6. บุคลากรดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ	1. ระบบการจัดการเอกสารและบันทึกไม่เป็นระบบ	4	4	16	กำหนดการวิธีการจัดการเป็นลายลักษณ์อักษร มาตราฐานและชัดเจน	2	4	8	E	M
	2. การวางแผนกลยุทธ์ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดหรือวัตถุประสงค์	2	4	8	กำหนดขั้นตอนชัดเจนและมีกรอบทบทวนแผนกลยุทธ์	1	3	3	M	L
	3. เอกสารการรายงานผลการปฏิบัติงานไม่ครบตามหัวข้อที่กำหนดไว้	2	4	8	มีการตรวจสอบรายละเอียดก่อนการประชุม	1	4	4	M	M
	4. การจัดการระบบการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ	2	4	8	กำหนดแบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและมีการแจ้งให้ทราบถึงขั้นตอนต่างๆ ในการทำงาน	1	4	4	M	M
	5. ขั้นตอนในการดำเนินงานไม่เป็นลายลักษณ์อักษร	3	4	12	มีการสร้างคู่มือวิธีปฏิบัติงาน	1	4	4	H	M
	6. บุคลากรดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ	2	4	8	การกำหนดมาตรฐานเดียวกันในการทำงาน	1	4	4	M	M

ตารางที่ 6.1 การประเมินผลการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ฝ่าย/กลุ่มงาน: เป้าหมาย	ความเสี่ยง (Risks)	ก่อนการปรับปรุง			หลังการปรับปรุง			ผลการวิเคราะห์		
		โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	ก่อนการปรับปรุง	หลังการปรับปรุง	ผลการวิเคราะห์
2. กลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิวเคลียร์: พัฒนาระบบการดำเนินงาน	1. ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับดูแลความปลอดภัยทางนิวเคลียร์ไม่ครบถ้วน	2	4	8	ไม่ได้แก้ไข	2	4	8	M	M
		4	4	16	มีแบบฟอร์มสำหรับกรเก็บรวบรวมและมีระบบการจัดเก็บเอกสารที่เป็นมาตรฐาน	2	4	8	E	M
		4	4	16	กำหนดขั้นตอนเป็นมาตรฐานและชัดเจน มีแบบฟอร์มเพื่อติดตาม ระบุเอกสาร	2	4	8	E	M
		3	4	12	มีการประเมิน 2 ส่วนทั้งประเมินตนเองและประเมินอิสระ	2	4	8	H	M
		4	3	12	มีการจัดเก็บเอกสารการฝึกอบรมและจัดการฝึกอบรมในส่วนที่ขาดไป	2	3	6	H	M

ตารางที่ 6.1 การประเมินผลการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ฝ่าย/กลุ่มงาน: เป้าหมาย	ความเสี่ยง (Risks)	ก่อนการปรับปรุง			หลังการปรับปรุง			ผลการวิเคราะห์												
		โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LXC	โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LXC	ก่อนการปรับปรุง	หลังการปรับปรุง											
										เหตุผล										
2. กลุ่มบริหาร ความปลอดภัยทาง นิวเคลียร์: พัฒนาระบบ การดำเนินงาน ความปลอดภัยทาง นิวเคลียร์ให้ เป็นไปอย่าง บูรณาการ	6. หน่วยงานมีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างไม่เป็นระบบ	3	3	9																

ตารางที่ 6.1 การประเมินผลการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ฝ่าย/กลุ่มงาน: เป้าหมาย	ความเสี่ยง (Risks)	ก่อนการปรับปรุง			หลังการปรับปรุง			ผลการวิเคราะห์		
		โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	ก่อนการปรับปรุง	หลังการปรับปรุง	
										เหตุผล
3. กลุ่มสนับสนุนวิชาการความปลอดภัยทางนิวเคลียร์: ร่างระเบียบมาตรฐานการกำกับดูแลความปลอดภัยให้เป็นสากล	1. การปรับเปลี่ยนมาตรฐานและข้อกำหนดของ IAEA 2. บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและเพียงพอในข้อกำหนดต่างๆ 3. ระบบการพิจารณาการร่างระเบียบไม่มีประสิทธิภาพ 4. ระบบการวางแผนในการออกแบบและพัฒนากลุ่มงานไม่มีประสิทธิภาพ 5. การดูแลระบบการจัดการความรู้ทางวิชาการของกลุ่มงานไม่เป็นมาตรฐาน	2	2	4	ไม่สามารรถแก้ไขได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยภายนอก	2	2	4	M	M
		4	4	16	ไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากคู่มือวิธีปฏิบัติงานที่จะสามารถแก้ปัญหาอยู่นอกขอบเขตงานวิจัยนี้	4	4	16	E	H
		4	5	20		4	5	20	E	H
		3	5	15		3	5	15	H	H
		4	3	12		4	3	12	H	H

ตารางที่ 6.1 การประเมินผลการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ฝ่าย/กลุ่มงาน: เป้าหมาย	ความเสี่ยง (Risks)	ก่อนการปรับปรุง			หลังการปรับปรุง			ผลการวิเคราะห์			
		โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	ก่อนการปรับปรุง	หลังการปรับปรุง		
										เหตุผล	
4. กลุ่มประเมินความปลอดภัยและใบอนุญาต: พัฒนาระบบการประเมินความปลอดภัย	1. ระบบการรายงานผลการตรวจสอบความปลอดภัยไม่มีประสิทธิภาพ	3	4	12		3	4	12	H	H	
	2. ระบบการประเมินการดำเนินงานในกลุ่มงานขาดความชัดเจนและเป็นมาตรฐาน	3	4	12	ไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากคู่มือวิธีปฏิบัติงานที่จะสามารถแก้ปัญหาได้อยู่นอกขอบเขตงานวิจัยนี้			3	4	H	H
	3. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เช่น กฎหมายหรือกิจกรรมทางนิเวศที่ยังไม่ถูกต้อง	2	4	8		2	4	8	M	M	
	4. บุคลากรขาดแรงกระตุ้นในการดำเนินงานด้านการประเมิน	2	2	4		2	2	4	M	M	

ตารางที่ 6.1 การประเมินผลการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ฝ่าย/กลุ่มงาน: เป้าหมาย	ความเสี่ยง (Risks)	ก่อนการปรับปรุง			หลังการปรับปรุง			ผลการวิเคราะห์		
		โอกาสการเกิด (L)	ความรุนแรง (C)	LxC	โอกาสการเกิด (L)		ความรุนแรง (C)	LxC	ก่อนการปรับปรุง	หลังการวิเคราะห์
					เหตุผล	L				
5. กลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางนิวเคลียร์: พัฒนาระบบการตรวจสอบความปลอดภัย: พัฒนาระบบการตรวจสอบความปลอดภัย: พัฒนาระบบการตรวจสอบความปลอดภัย: พัฒนาระบบการตรวจสอบความปลอดภัย:	1. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดกฎหมาย/กฎระเบียบจากภายนอก	1	2	2	ไม่สามารถแก้ไขได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยภายนอก	1	2	2	L	L
	2. ระบบการจัดการเอกสารที่มีประสิทธิภาพ	4	2	8	มีคู่มือวิธีปฏิบัติในการควบคุมเอกสารและแบบฟอร์มในการควบคุมด้วย	2	2	4	M	M
	3. การดำเนินงานการตรวจสอบไม่มีมาตรฐาน	3	4	12		3	4	12	H	H
	4. บุคลากรที่ใช้ในการตรวจสอบมีความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านกฎหมายหรือเทคนิคไม่เพียงพอ	3	4	12	ไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากคู่มือวิธีปฏิบัติงานที่จะสามารถแก้ปัญหาที่มีอยู่นอกขอบเขตงานวิจัยนี้	3	4	12	H	H
	5. ผู้บริหารให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างไม่เพียงพอและจริงจัง	4	3	12		3	3	9	H	M

หลังจากการดำเนินการแก้ไข จึงได้ทำการประเมินความเสี่ยงหลังการแก้ไขดังตารางที่ 6.1 สามารถสรุประดับความเสี่ยงของแต่ละกลุ่มงานได้ดัง

ตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6.2 สรุปความเสียหายของหลังการแก้ไข

กลุ่มงาน/ระดับความเสียหาย	E	H	M	L
1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป	-	-	<ol style="list-style-type: none"> ระบบการจัดการเอกสารและบันทึกไม่เป็นระบบ เอกสารการรายงานผลการทำงานปฏิบัติงานไม่ครบตามหัวข้อที่กำหนดไว้ การจัดการระบบการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนในการดำเนินงานไม่เป็นลายลักษณ์อักษร 	<ol style="list-style-type: none"> การวางแผนกลยุทธ์ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดหรือวัตถุประสงค์ บุคลากรดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ
2. กลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิวเคลียร์	-	-	<ol style="list-style-type: none"> ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับดูแลความปลอดภัยทางนิวเคลียร์ไม่ครบถ้วน 	-

ตารางที่ 6.2 สรุปความเสี่ยงของหลังการแก้ไข (ต่อ)

กลุ่มงาน/ระดับความเสี่ยง	E	H	M	L
2. กลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิวเคลียร์	-	-	2. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ในดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ 3. ระบบการบริหารจัดการด้านเอกสารและบันทึกไม่ครบถ้วนและไม่เป็นระบบ 4. ผลการประเมินผลการทำงานไม่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบัน 5. บุคลากรขาดทักษะและความรู้ที่เพียงพอในการจัดการข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาด 6. หน่วยงานมีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างไม่เป็นระบบ	-

ตารางที่ 6.2 สรุปความเสี่ยงของหลังการแก้ไข (ต่อ)

กลุ่มงาน/ระดับความเสี่ยง	E	H	M	L
3. กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ความปลอดภัยทางนิวเคลียร์	1. บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและเพียงพอในข้อกำหนดต่างๆ 2. ระบบการพิจารณาการร่างกฎระเบียบไม่มีประสิทธิภาพ	1. ระบบการวางแผนในการออกแบบและพัฒนาทีมงานไม่มีประสิทธิภาพ 2. การดูแลระบบการจัดการความรู้ทางวิชาการของกลุ่มงานไม่เพียงพอ	1. การปรับเปลี่ยนมาตรฐานและข้อกำหนดของ IAEA	-
4. กลุ่มประเมินความปลอดภัยและใบอนุญาต	-	1. ระบบการรายงานผลการตรวจสอบความปลอดภัยไม่มีประสิทธิภาพ 2. ระบบการประเมินการดำเนินงานในกลุ่มงานขาดความชัดเจนและเป็นมาตรฐาน	1. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เช่น กฎหมายหรือกิจกรรมทางนิวเคลียร์ที่ไม่ถูกต้อง 2. บุคลากรขาดแรงกระตุ้นในการดำเนินงานด้านการประเมิน	-

ตารางที่ 6.2 สรุปความเสี่ยงของการแก้ไข (ต่อ)

กลุ่มงาน/ระดับความเสี่ยง	E	H	M	L
5. กลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติกิจการทางนิวเคลียร์	-	1. การดำเนินงานการตรวจสอบไม่มีมาตรฐาน 2. บุคลากรที่ใช้ในการตรวจสอบมีความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านกฎหมายหรือด้านเทคนิคไม่เพียงพอ	1. ระบบการจัดการเอกสารที่มีประสิทธิภาพ 2. ผู้บริหารให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างไม่เพียงพอและจริงจัง	1. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด/กฎหมาย/กฎระเบียบจากภายนอก

จากตารางข้างต้นยังมีความเสี่ยงที่อยู่ในระดับที่สูง เนื่องจากคู่มือวิธีปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นและนำไปปฏิบัตินั้นเป็นคู่มือวิธีปฏิบัติงานที่อยู่ในหมวดที่ 4 ระบบการบริหารจัดการคุณภาพ, หมวดที่ 5 ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารและหมวดที่ 8 การวัดและการพัฒนาปรับปรุง ซึ่งการจะลดความเสี่ยงนั้นจำเป็นต้องอาศัยคู่มือวิธีปฏิบัติงานในหมวดอื่น ๆ ด้วยที่อยู่ในขอบข่ายของงานวิจัยนี้ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่บางความเสี่ยงยังอยู่ในระดับที่สูง

6.1.2 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไข

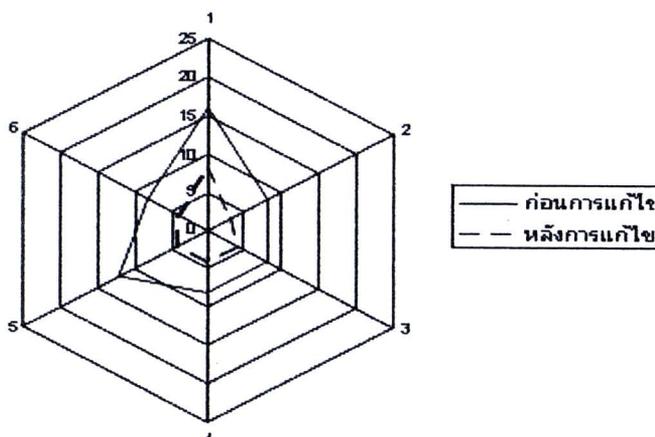
การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขนั้น โดยใช้การให้คะแนนหลังการแก้ไข โดยแบ่งเป็นแต่ละกลุ่มงานดังนี้

1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป สามารถแสดงระดับคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ดังตารางที่

6.3 และรูปที่ 6.1

ตารางที่ 6.3 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ความเสี่ยง	ก่อนการแก้ไข			หลังการแก้ไข		
	L	O	L x O	L	O	L x O
1. ระบบการจัดการเอกสารและบันทึกไม่เป็นระบบ	4	4	16	2	4	8
2. การวางแผนกลยุทธ์ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดหรือวัตถุประสงค์	2	4	8	1	3	3
3. เอกสารการรายงานผลการปฏิบัติงานไม่ครบตามหัวข้อที่กำหนดไว้	2	4	8	1	4	4
4. การจัดการระบบการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพ	2	4	8	1	4	4
5. ขั้นตอนในการดำเนินงานไม่เป็นลายลักษณ์อักษร	3	4	12	1	4	4
6. บุคลากรดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ	2	4	8	1	4	4

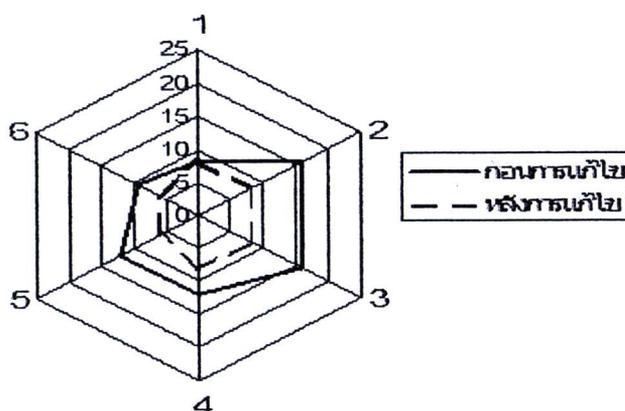


รูปที่ 6.1 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของฝ่ายบริหารงานทั่วไป

2. กลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิวเคลียร์ สามารถแสดงระดับคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ดังตารางที่ 6.4 และรูปที่ 6.2

ตารางที่ 6.4 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของกลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิวเคลียร์

ความเสี่ยง	ก่อนการแก้ไข			หลังการแก้ไข		
	L	O	L x O	L	O	L x O
1. ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการพัฒนาระบบการกำกับดูแลความปลอดภัยทางนิวเคลียร์ไม่ครบถ้วน	2	4	8	2	4	8
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ในการดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ	4	4	16	2	4	8
3. ระบบการบริหารจัดการด้านเอกสารและบันทึกไม่ครบถ้วนและไม่เป็นระบบ	4	4	16	2	4	8
4. ผลการประเมินผลการดำเนินงานไม่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบัน	3	4	12	2	4	8
5. บุคลากรขาดทักษะและความรู้ที่เพียงพอในการจัดการข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาด	4	3	12	2	3	6
6. หน่วยงานมีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างไม่เป็นระบบ	3	3	9	2	3	6



รูปที่ 6.2 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของกลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิวเคลียร์

3. กลุ่มสนับสนุนวิชาการความปลอดภัยทางนิวเคลียร์ และกลุ่มประเมินความปลอดภัยและใบอนุญาต ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากการนำไปปฏิบัติของคู่มือวิธีปฏิบัติงานอยู่นอกขอบเขตงานวิจัย ทำให้ระดับความเสี่ยงก่อน-หลังการแก้ไขมีค่าเท่าเดิม สามารถแสดงระดับคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ดังตารางที่ 6.5 และตารางที่ 6.6

ตารางที่ 6.5 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของกลุ่มสนับสนุนวิชาการความปลอดภัยทางนิวเคลียร์

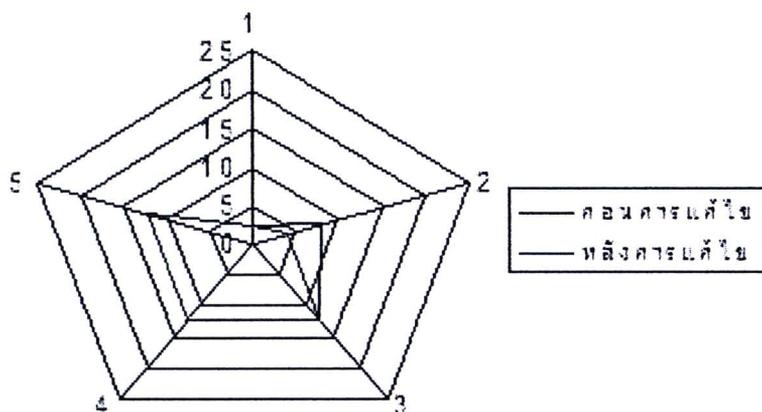
ความเสี่ยง	ก่อน-หลังการแก้ไข		
	L	O	L x O
1. การปรับเปลี่ยนมาตรฐานและข้อกำหนดของ IAEA	2	2	4
2. บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและเพียงพอในข้อกำหนดต่างๆ	4	4	16
3. ระบบการพิจารณาการร่างกฎระเบียบไม่มีประสิทธิภาพ	4	5	20
4. ระบบการวางแผนในการออกแบบและพัฒนาทีมงานไม่มีประสิทธิภาพ	3	5	15
5. การดูแลระบบการจัดการความรู้ทางวิชาการของกลุ่มงานไม่เป็นมาตรฐาน	4	3	12

ตารางที่ 6.6 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของกลุ่มประเมินความปลอดภัยและใบอนุญาต

ความเสี่ยง	ก่อน-หลังการแก้ไข		
	L	O	L x O
1. ระบบการรายงานผลการตรวจสอบความปลอดภัยไม่มีประสิทธิภาพ	3	4	12
2. ระบบการประเมินการดำเนินงานในทีมงานขาดความชัดเจนและเป็นมาตรฐาน	3	4	12
3. บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เช่น กฎหมายหรือกิจกรรมทางนิวเคลียร์ที่ไม่ถูกต้อง	2	4	8
4. บุคลากรขาดแรงกระตุ้นในการดำเนินงานด้านการประเมิน	2	2	4

4. กลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางนิวเคลียร์ สามารถแสดงระดับคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ดังตารางที่ 6.7 และรูปที่ 6.3
 ตารางที่ 6.7 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของกลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางนิวเคลียร์

• ความเสี่ยง	ก่อนการแก้ไข			หลังการแก้ไข		
	L	O	L x O	L	O	L x O
1. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด/ กฎหมาย/กฎระเบียบจากภายนอก	1	2	2	1	2	2
2. ระบบการจัดการเอกสารที่มี ประสิทธิภาพ	4	2	8	2	2	4
3. การดำเนินงานการตรวจสอบไม่มี มาตรฐาน	3	4	12	3	4	12
4. บุคลากรที่ใช้ในการตรวจสอบมี ความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านกฎหมายหรือด้าน เทคนิคไม่เพียงพอ	3	4	12	3	4	12



รูปที่ 6.3 การเปรียบเทียบก่อน-หลังการแก้ไขของกลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางนิวเคลียร์

6.2 การพัฒนาและปรับปรุง

6.2.1 ปัญหาที่พบจากการนำไปปฏิบัติ

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสังเกตการนำไปปฏิบัตินั้น ยังพบปัญหาบางประการที่ทำให้การดำเนินงานยังเกิดความคล่องตัวได้เท่าที่ควร สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดำเนินงานในเรื่องการควบคุมเอกสารและบันทึกยังไม่สามารถติดตามงานได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากในกรณีที่มีการสอบถามความก้าวหน้าของงานนั้นไม่สามารถระบุงานนั้นได้
2. การกำหนดคู่มือวิธีปฏิบัติงานยังไม่เหมาะสมกับการดำเนินงานในหน่วยงาน
3. ขั้นตอนบางขั้นตอนไม่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน
4. ความสับสนในการดำเนินงานตามคู่มือวิธีปฏิบัติงาน
5. การดำเนินงานบางขั้นตอนยังไม่ชัดเจนเพียงพอ จึงทำให้การดำเนินงานยังผิดพลาดไปด้วย

6.2.2 การแก้ไขปัญหา

จากการนำไปปฏิบัติได้มีการเก็บรวบรวมผลการปฏิบัติจากแบบสอบถามและสัมภาษณ์เกี่ยวกับการนำคู่มือวิธีปฏิบัติงานไปใช้นั้นได้พบปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการนำไปปฏิบัติ จึงควรมีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการดำเนินงานของหน่วยงานมากที่สุด ดังรายละเอียดดังนี้

1. การดำเนินงานในเรื่องการควบคุมเอกสารและบันทึกยังไม่สามารถติดตามงานได้อย่างครบถ้วน โดยผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 80 % เมื่อทดลองนำคู่มือวิธีปฏิบัติงาน เรื่องการควบคุมเอกสารและบันทึกไปประยุกต์ใช้ พบว่างานจากหน่วยงานภายนอกที่ต้องการขอความคิดเห็นหรือข้อสรุปจากภายในหน่วยงานนั้น หากหน่วยงานภายนอกสอบถามถึงรายละเอียดที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานนั้นบุคลากรภายในไม่สามารถให้คำตอบได้
2. การกำหนดคู่มือวิธีปฏิบัติงานยังไม่เหมาะสมกับการดำเนินงานในหน่วยงาน โดยผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 60% และสัมภาษณ์เห็นว่า คู่มือวิธีการปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งหมดและบางอันไม่มีความจำเป็นพอที่จะสร้างเป็นคู่มือวิธีปฏิบัติงาน
3. ขั้นตอนบางขั้นตอนไม่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน จากการสังเกตการทดลองนำไปปฏิบัตินั้นพบว่าบางกระบวนการหรือขั้นตอนสามารถตัดทิ้ง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความกระชับและเวลาลดลง
4. ความสับสนในการดำเนินงานตามคู่มือวิธีปฏิบัติงาน จากการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์พบว่า บุคลากรยังไม่สามารถดำเนินงานตามขั้นตอนที่เขียนไว้ในคู่มือวิธีปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากยังขาดความเข้าใจและความคุ้นเคยในการดำเนินงานตามนั้น

5. การดำเนินงานบางขั้นตอนยังไม่ชัดเจนเพียงพอ จากการสัมภาษณ์พบว่ากระบวนการและอธิบายขั้นตอนในการดำเนินงานไม่ชัดเจนเพียงพอหรือกระชับเกินไปจนไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง

- ตารางที่ 6.8 แนวทางการแก้ไขหลังการทดลองนำไปปฏิบัติ

ลำดับที่	ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
1	การดำเนินงานในเรื่องการควบคุมเอกสารและบันทึกยังไม่สามารถติดตามงานได้อย่างครบถ้วน	ออกแบบแบบฟอร์ม เพื่อติดตามการดำเนินงานต่างๆ
2	การกำหนดคู่มือวิธีปฏิบัติงานยังไม่เหมาะสมกับการดำเนินงานในหน่วยงาน	ECRS โดยมีลดคู่มือวิธีปฏิบัติงานที่ไม่จำเป็นออก และเพิ่มคู่มือวิธีปฏิบัติในส่วนที่เห็นว่าจำเป็นต้องมีขึ้นมา และมีการรวมคู่มือวิธีปฏิบัติงานที่สามารถนำขั้นตอนมารวมกันได้
3	ขั้นตอนบางขั้นตอนไม่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน	ECRS โดยตัดบางขั้นตอนที่เห็นว่าไม่จำเป็น และเพิ่มขั้นตอนที่ทำให้เกิดความเหมาะสมและรวมขั้นที่สามารถจะรวมได้
4	ความสับสนในการดำเนินงานตามคู่มือวิธีปฏิบัติงาน	ต้องอาศัยระยะเวลาและการแก้ไข รวมทั้งการออกแบบขั้นตอนที่ง่ายขึ้น
5	การดำเนินงานบางขั้นตอนยังไม่ชัดเจนเพียงพอ	ECRS โดยมีการอธิบายเพิ่มเติมและมีการตัดในส่วนที่มีข้อความทำให้เกิดความเข้าใจยากหรือมีการปรับเปลี่ยนบางขั้นตอนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานหรือเพิ่มบางขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นด้วย

(E = Eliminate all unnecessary work หมายถึง การขจัดงานที่ไม่จำเป็นออกให้หมด

C = Combine operations (elements of work) หมายถึง การรวมการทำงานหรืองานย่อยเข้าด้วยกัน

R = Rearrange sequence of operations หมายถึง การจัดลำดับขั้นการทำงานใหม่
 S = Simplify the necessary operations หมายถึง การปรับทำงานที่จำเป็นให้ง่ายขึ้น

6.2.3 ผลการแก้ไขการนำไปปฏิบัติ

• จากกรพบปัญหาในระหว่างการทดลองนำไปปฏิบัตินั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขดังรายละเอียดในแต่ละปัญหาที่พบดังนี้

1. การดำเนินงานในเรื่องการควบคุมเอกสารและบันทึกยังไม่สามารถติดตามงานได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากหน่วยงานนั้นมีงานที่เข้า-ออกในแต่ละวันจำนวนมาก และการควบคุมเอกสารในปัจจุบันมีเพียงการลงทะเบียนเอกสารรับและส่งเท่านั้น แต่ยังไม่มีการติดตามงานที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน ดังนั้นการติดตามงานที่ต้องอาศัยการติดต่อประสานงานจากหลายกลุ่มงานจึงทำได้ยากและลำบาก การออกแบบแบบฟอร์มเพื่อทำหน้าที่ในการติดตามขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ที่ผ่านไปยังหลายกลุ่มงานน่าจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้ โดยผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานนั้นต้องทำการระบุเวลาที่คาดว่าจะสามารถดำเนินงานได้แล้วเสร็จและเขียนขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ต้องถูกกำหนดด้วยเช่นกัน ซึ่งผลจากการนำแบบฟอร์มนี้ไปใช้ร่วมนั้นพบว่าสามารถแก้ปัญหานี้ได้อยู่ในระดับที่พึงพอใจมากขึ้นและสามารถงานที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงานได้โดยการตามแบบฟอร์มที่สำหรับติดตามงานนี้ได้ และเนื่องจากการออกแบบเพียงแบบฟอร์มนำไปใช้นั้น ยังเกิดความสับสนและไม่เข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงได้สร้างคู่มือวิธีการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นมาที่เป็นในส่วนของเรื่องการกำหนดแผนและติดตามงาน จึงสามารถแก้ปัญหานี้ได้อย่างชัดเจน โดยบุคลากรสามารถปฏิบัติตามขั้นตอน เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและไม่เข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติได้ด้วย

2. การกำหนดคู่มือวิธีปฏิบัติงานยังไม่เหมาะสมกับการดำเนินงานในหน่วยงาน จากคู่มือคุณภาพได้กำหนดคู่มือวิธีการปฏิบัติงานไว้ทั้งหมด 12 เรื่อง แต่เมื่อทำการนำไปปฏิบัติพบปัญหาในแต่ละคู่มือวิธีปฏิบัติงานจึงได้มีการรวม เพิ่ม ซึ่งหลังการแก้ไขและปรับปรุงแล้วได้คู่มือวิธีปฏิบัติทั้งหมด 7 เรื่อง ดังรายละเอียดดังตารางที่

3. ขั้นตอนบางขั้นตอนไม่มีความจำเป็นในการดำเนินงาน ในการนำไปปฏิบัติซึ่งหลายคู่มือวิธีการปฏิบัติงานพบว่าบางขั้นตอนไม่มีความจำเป็นในการดำเนินงานจึงทำการกำจัดออกหรือหากมีความคล้ายคลึงกันจะนำมารวมกันตามเทคนิค ECRS โดยสามารถลดขั้นตอนของการดำเนินงานในคู่มือวิธีปฏิบัติงานดังนี้

1. การควบคุมเอกสารคุณภาพ สามารถลดได้จาก 11 ขั้นตอนเหลือ 10 ขั้นตอน
2. การควบคุมบันทึกคุณภาพ มี 4 ขั้นตอน โดยไม่มีการปรับลด มีเพียงแต่การปรับภาษาที่ใช้ให้เกิดความเข้าใจในการดำเนินงาน

3. การวางแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนาหน่วยงาน มี 8 ขั้นตอน โดยไม่มีปรับลด มีเพียงแต่การอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นในการดำเนินงาน

4. การทบทวนฝ่ายบริหาร มี 3 ขั้นตอน

5. การกำหนดแผนและติดตามงาน มี 6 ขั้นตอน

• 6. การตรวจประเมินคุณภาพภายในโดยการประเมินตนเองและกลุ่มประเมินอิสระ หากแยกเป็น 2 เรื่องนั้นจะทำให้มีขั้นตอนที่ต้องดำเนินงาน 16 ขั้นตอน ซึ่งหากเมื่อนำมารวมกันเป็นคู่มือวิธีปฏิบัติงานเดียวกันนั้นเหลือขั้นตอน 12 ขั้นตอน เนื่องจากการนำมารวมนั้นขั้นตอนในการประเมินมีลักษณะที่คล้ายคลึงจึงตัดส่วนที่เหมือนกันทิ้งและนำส่วนที่ต่างมารวมกันโดยมีการเรียงลำดับใหม่ ให้การประเมินตนเองเกิดขึ้นก่อนการประเมินคุณภาพโดยกลุ่มประเมินอิสระ เพื่อเป็นการยืนยันผลการประเมินตนเองไปในตัวด้วย

7. การวิเคราะห์ข้อมูล มีขั้นตอน 10 ขั้นตอน

8. การแก้ไข ป้องกันและปรับปรุง มีขั้นตอน 9 ขั้นตอน

4. ความสับสนในการดำเนินงานตามคู่มือวิธีปฏิบัติงาน เนื่องจากในขั้นเริ่มต้นในการนำไปปฏิบัติความสับสนของบุคลากรเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับการดำเนินงาน ดังนั้นสิ่งที่ง่ายที่สุดในการสร้างความเข้าใจนั้น คือการออกแบบขั้นตอนที่ง่ายและการใช้แบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานเดียวทั้งหมดภายในหน่วยงาน

ตารางที่ 6.9 รายละเอียดการแก้ไขปัญหาล้างการทดลองการนำไปปฏิบัติ

ลำดับที่	ผู้มีวิธีปฏิบัติงานตามคู่มือคุณภาพ	ปัญหาที่พบ	การแก้ไขและผลการแก้ไข
1.	การรับงานและเกณฑ์การรับงาน	1. การระบุการรับงานและเกณฑ์รับงานนั้นไม่มีเจ้าเป็นที่ต้องนำมาเขียนเป็นคู่มือวิธีปฏิบัติงาน เนื่องจากการดำเนินงานนั้นจะซ้ำซ้อนหรือมีความใกล้เคียงกับคู่มือวิธีปฏิบัติงานอื่น	1. นำเทคนิคการรวม (Combine) โดยนำเรื่อง การรับงานไปรวมกับคู่มือวิธีการปฏิบัติงานอื่น เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและลดความสับสนต่อบุคลากร โดยนำไปรวมในเรื่องของการบำรุงรักษาพัสดุครุภัณฑ์ ซึ่งจะไม่กล่าวในรายละเอียด เนื่องจากอยู่นอกขอบเขตของงานวิจัยนี้
2.	การควบคุมเอกสารและบันทึกคุณภาพ	1. ยังขาดความชัดเจนในการควบคุมเอกสารและบันทึก เนื่องจากความแตกต่างระหว่างเอกสารและบันทึก เช่น อายุการใช้งาน, ลักษณะการใช้งาน, ความซับซ้อนในการควบคุมที่แตกต่างกัน โดยบันทึกจะมีขั้นตอนในการควบคุมที่ง่ายกว่าแต่ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงนั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าเอกสาร ดังนั้นจุดที่ต้องระวังก็จะแตกต่างกันด้วย 2. เอกสารภายในหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลงไม่บ่อย แต่บันทึกมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยในระดับรายวัน	1. ทำการแยกคู่มือวิธีปฏิบัติงานออกเป็น 1. คู่มือวิธีปฏิบัติงานเรื่องการควบคุมเอกสาร คุณภาพ 2. คู่มือวิธีปฏิบัติงานเรื่องการควบคุมบันทึกคุณภาพ ซึ่งเมื่อแยกออกแล้วได้ทดลองนำไปปฏิบัติพบว่าเกิดความชัดเจนในการควบคุมเอกสารและบันทึกมากขึ้น

ตารางที่ 6.9 รายละเอียดการแก้ไขปัญหาหลังการทดลองการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ลำดับที่	คู่มือวิธีปฏิบัติงานตามคู่มือคุณภาพ	ปัญหาที่พบ	การแก้ไขและผลการแก้ไข
3.	การวางแผนกลยุทธ์สำหรับหน่วยงาน	<p>1. คู่มือวิธีปฏิบัติงานยังไม่มีควมชัดเจน เพื่อแสดงถึงการค้าเงินงาน ทำให้บุคลากรเกิดความเข้าใจผิดในหน้าที่ของคู่มือวิธีปฏิบัติงานนี้ เนื่องจากการค้าเงินงานในเรื่องนี้มีอีกงานหนึ่งซึ่งมีความใกล้เคียงกันกับคู่มือวิธีปฏิบัติงานนี้</p> <p>2. การกำหนดขั้นตอนที่ยังไม่ครบถ้วน เมื่อนำไปปฏิบัติจึงขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน</p>	<p>1. ทำการเปลี่ยนชื่อเพื่อให้สอดคล้องและเกิดความชัดเจนกับการดำเนินงานที่แท้จริง จึงสามารถลดความสับสนของบุคลากรได้</p> <p>2. ทำการเพิ่มบางขั้นตอน เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น</p> <p>3. นำเทคนิค ECRS มาใช้ในการเปลี่ยนแปลงขั้นตอน โดยขั้นตอนบางขั้นตอนได้ถูกตัดออกเนื่องจากไม่มีความจำเป็น บางขั้นตอนนำมารวมกันได้เพื่อให้เกิดความกระชับต่อการนำไปปฏิบัติ บางขั้นตอนทำการเรียงลำดับใหม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและต่อเนื่องในการดำเนินงานมากขึ้น</p>
4.	ปัจจัยการจัดโครงสร้างของหน่วยงาน	<p>1. เนื่องจากภาระในเรื่องของการจัดโครงสร้างของหน่วยงานนั้นเป็นการดำเนินงานภายนอกทั้งหมด ซึ่งในการสร้างคู่มือวิธีปฏิบัติงานนั้นได้ต้องเป็นการดำเนินงานภายในหน่วยงานนั้น</p>	<p>1. ตัดคู่มือวิธีการปฏิบัติงานนี้ทิ้ง เนื่องจากการศึกษาพบในการจัดโครงสร้างของหน่วยงานนั้นไม่เข้ากับการค้าเงินงานภายในหน่วยงาน</p>

ตารางที่ 6.9 รายละเอียดการแก้ไขปัญหาลงการทดลองการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ลำดับที่	คู่มือวิธีปฏิบัติงานตามคู่มือคุณภาพ	ปัญหาที่พบ	การแก้ไขและผลการแก้ไข
5.	การทบทวนฝ่ายบริหาร	1. การสิ้นสุดของการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับการเริ่มต้นขั้นตอนในการทบทวน	1. เพิ่มขั้นตอน เพื่อให้สามารถแสดงผลของขั้นตอนเริ่มต้นการทบทวน
6.	การตรวจติดตามคุณภาพภายใน โดยกลุ่มประเมินอิสระ	1. ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากบุคลากรยังไม่มีการอบรม เพื่อเป็นผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน 2. การนำไปปฏิบัตินั้นดำเนินการเฉพาะส่วนที่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งพบว่ายังเกิดความสับสนและไม่เข้าใจ เนื่องจากมีความรู้ยังไม่เพียงพอ	1. ใช้การอธิบายเพิ่มเติมและยกตัวอย่างให้เห็นอย่างชัดเจน 2. เขียนอธิบายรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน การดำเนินงาน เพื่อให้บุคคลที่ไม่รู้สามารถดำเนินการได้
7.	การแก้ไข ป้องกันและการปรับปรุง	1. การไม่เข้าใจในปัจจัยนำเข้า (input) ของคู่มือวิธีการปฏิบัติงานนี้ 2. ขั้นตอนในการดำเนินงานที่ไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรไม่เกิดความสนใจที่จะดำเนินการประกอบกับการกรอกรายละเอียดในใบ CAR นั้นยังดำเนินการไม่ถูกต้อง	1. อธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดให้ชัดเจน เพื่อทั้งระดับสูงที่สามารถเป็นปัจจัยนำเข้าในคู่มือวิธีการปฏิบัติงานนี้ได้ เพื่อให้สะดวกในการตัดสินใจได้ง่ายขึ้น 2. ให้ทดลองทำการกรอกรายละเอียดจริงพร้อมกับอธิบายเพิ่มเติมหากเกิดข้อสงสัย

ตารางที่ 6.9 รายละเอียดการแก้ไขปัญหาลงการทดลองการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ลำดับที่	คู่มือวิธีปฏิบัติงานตามคู่มือคุณภาพ	ปัญหาที่พบ	การแก้ไขและผลการแก้ไข
8.	การควบคุมการกำกับดูแลในกลุ่มบริหารความปลอดภัยทางนิวเคลียร์, การควบคุมการกำกับดูแลในกลุ่มสนับสนุนวิชาการความปลอดภัยทางนิวเคลียร์, การควบคุมการกำกับดูแลในกลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางนิวเคลียร์ และการควบคุมการกำกับดูแลในกลุ่มความปลอดภัยและใบอนุญาต	<ol style="list-style-type: none"> ข้อที่ใช้ไม่มีความเหมาะสมทำให้เกิดความไม่เข้าใจในการนำมาใช้ การดำเนินงานในเรื่องนี้มีอยู่ในทุกกลุ่มงานที่สามารถดำเนินงานเหมือนกัน ทำให้ไม่สามารถบอกความแตกต่างกันระหว่างคู่มือวิธีปฏิบัติงานในแต่ละกลุ่มงาน การดำเนินงานในเรื่องการประเมินตนเองนั้นเป็นขั้นตอนเกินความจำเป็นในการสร้างเป็นคู่มือวิธีปฏิบัติงาน 	<ol style="list-style-type: none"> เปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานที่แท้จริงภายในหน่วยงาน สร้างคู่มือวิธีการปฏิบัติงานโดยเขียนในลักษณะที่สามารถใช้ได้กับทุกกลุ่มงานตามเทคนิคการรวม (Combine) เพื่อให้สะดวกต่อการนำไปปฏิบัติและหากแยกแต่ละกลุ่มงานไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ นำไปรวมกับการประเมินโดยกลุ่มประเมินอิสระตามเทคนิคการรวม (Combine) เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันในส่วนของการปฏิบัติและยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในผลการประเมินตนเอง เนื่องจากมีการตรวจประเมินซ้ำโดยกลุ่มประเมินอิสระ จึงทำให้ทราบสมรรถนะของแต่ละกลุ่มงานเพิ่มเติม

ตารางที่ 6.9 รายละเอียดการแก้ไขปัญหาลงการทดลองการนำไปปฏิบัติ (ต่อ)

ลำดับที่	คู่มือวิธีปฏิบัติงานตามคู่มือคุณภาพ	ปัญหาที่พบ	การแก้ไขและผลการแก้ไข
8.	การควบคุมการกำกับดูแลในกระบวนการความปลอดภัยทางนิวเคลียร์, การควบคุมการกำกับดูแลในกลุ่มสนับสนุนวิชาการความปลอดภัยทางนิวเคลียร์, การควบคุมการกำกับดูแลในกลุ่มตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางนิวเคลียร์ และการควบคุมการกำกับดูแลในความปลอดภัยและใบอนุญาต	4. การประเมินตนเองมีการคำนึงถึงเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยด้วย ซึ่งบุคลากรไม่มีความเข้าใจในการประเมินเนื่องจากเป็นนามธรรม	4. ออกแบบแบบฟอร์มการประเมินตนเองซึ่งเชื่อมโยงกับการดำเนินงานในปัจจุบัน ทำให้บุคลากรนั้นมองเห็นภาพของการประเมินในเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยในลักษณะรูปธรรมมากขึ้น 5. การออกแบบรูปแบบและคำถามที่ใช้ในแบบฟอร์มนั้นมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย รวมทั้งสามารถประเมินได้สะดวกและสอดคล้องกับการดำเนินงานของหน่วยงานและเป็นไปตามมาตรฐานในระดับสากล
9.	การวิเคราะห์ข้อมูล	1. การเลือกใช้เครื่องมือทางคุณภาพไม่เหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูล	1. จัดทำเอกสารอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือทางคุณภาพต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้และเป็นพื้นฐาน



5. การดำเนินงานบางขั้นตอนยังไม่ชัดเจนเพียงพอ เนื่องจากขาดการอธิบายเพิ่มเติมในรายละเอียดในคู่มือวิธีปฏิบัติงาน และหากขั้นตอนใดสามารถระบุรายละเอียด เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการดำเนินงานควรที่จะเพิ่มลงไป แต่หากเพิ่มแล้วทำให้การดำเนินงานขาดความยืดหยุ่น นั้นควรจะขึ้นอยู่กับพิจารณาของบุคลากรร่วมกัน