

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การศึกษาการรับรู้การมีส่วนร่วมการดำเนินงานเพื่อการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดเป็นหัวข้อและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร
- 2.2 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร
- 2.4 การดำเนินงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกที่กระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 : 252)

2.1.1 ความหมายของคุณภาพ

คุณภาพเป็นเรื่องของความสมบูรณ์แบบและการแก้ไขปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ทั้งในวันนี้ วันหน้า

คุณภาพเป็นคำที่มีความหมายและเป็นคำที่ทำให้จำกัดความในยุคแรกๆ คุณภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับผลผลิต การสร้างและพัฒนาผลิตภัณฑ์ ทำให้ความหมายของคุณภาพเน้นไปที่ความสอดคล้องกับมาตรฐาน แต่ต่อมาได้มีการนิยามความหมายของคุณภาพกว้างขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมทั้งในเรื่องการผลิตและการบริการ ซึ่งความหมายของคุณภาพได้มีการกำหนดไว้ดังนี้

คุณภาพ หมายถึง การทำในสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ได้ผลดีและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ให้บริการ (ประจักษ์ บัวผัน, 2545 :16)

คุณภาพ หมายถึง สินค้าหรือบริการที่สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ให้บริการ ซึ่งความพอใจของผู้ใช้บริการจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความต้องการที่จำเป็น (need) ของตนได้รับ

การตอบสนองนั้นคือปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยมารับบริการ ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่พึงพอใจ สินค้าหรือบริการที่มีความเป็นเลิศในทุกด้าน (วิฑูรย์ สิมะโชคดี. 2541 : 27)

คุณภาพ หมายถึง คุณสมบัติและลักษณะโดยรวมของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่แสดงให้เห็นได้ว่าจะมีความสามารถ ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจได้ตรงตามความต้องการ ของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว (Johnson. 1993 อ้างถึงใน ประจักษ์ บัวผัน. 2545 : 17)

คุณภาพ หมายถึง การปรับปรุง คือ เมื่อองค์กรพัฒนาการให้บริการจนสามารถนำองค์กรให้หยุดรอดได้แล้ว บุคลากรในองค์กรจะต้องเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงกระบวนการในการทำงานให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (วิฑูรย์ สิมะโชคดี. 2544 : 27)

คุณภาพ ควรเน้นการปรับปรุงกระบวนการในการทำงานมากกว่าการจับผิดหรือการให้โทษ การเสริมพลังเจ้าหน้าที่ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพราะ ผู้ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ที่รู้ข้อมูลมากที่สุด (Hamber. 1998 อ้างในประจักษ์ บัวผัน. 2545 : 18)

คุณภาพคือ สภาวะที่เป็นพลวัต (Dynamic State) เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ บริการ คน กระบวนการและสิ่งแวดล้อม ซึ่งตรงตามความต้องการหรือเกินความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Goetsch. 1997 อ้างถึงใน สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปีติกุล. 2543 : 2)

คุณภาพคือ คุณลักษณะโดยรวมของสิ่งๆ หนึ่งที่แสดงออกซึ่งความสามารถในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการ (ของลูกค้า/ผู้รับบริการ) ทั้งที่ระบุโดยชัดแจ้งหรือที่ควรจะเป็น (ISO 8402)

คროสบี (Crosby 1986 : 60) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง การทำได้ตามข้อกำหนด ความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการ (Conformance to Requirement) และเพิ่มเติมว่า คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ Zero Defect คือความปราศจากข้อผิดพลาด ปราศจากข้อตำหนิและปราศจากข้อบกพร่อง

เดมมิ่ง (Deming 1992 : 45) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ความมุ่งหมายที่จะตอบสนองความต้องการของลูกค้า ทั้งในปัจจุบันและอนาคตจะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด โดยคำนึงถึงความต้องการของลูกค้าเป็นสำคัญ และให้ความหมายของการปรับปรุงกระบวนการเพื่อเพิ่มผลผลิต ลดต้นทุน และเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

ไฟเกนบาวม (Feigenbaum. 1992 : 7) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง การสร้าง ความพึงพอใจแก่ ลูกค้าด้วยต้นทุนที่ต่ำสุด (Customer Satisfaction at the Lowest Cost) อีกทั้ง

กล่าวว่า คุณภาพเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับเงื่อนไขของลูกค้า และเชื่อว่าคุณภาพสามารถวัดได้จากความต้องการ หรือความคาดหวังของลูกค้ามิใช่จากผู้ให้บริการ และเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรได้ ถ้ามีการนำไปประยุกต์อย่างเหมาะสม

จูรัน (Juran. 1992 : 9) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมกับประโยชน์ใช้สอยของ ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือผู้รับบริการ (Fitness for Use) โดยอธิบายใน 2 ลักษณะ คือ รูปลักษณะของผลิตภัณฑ์หรือผู้รับบริการที่ดีกว่า และการปราศจากข้อบกพร่องหรือมีข้อบกพร่องน้อยกว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่นๆ ในสายตาลูกค้า

แซลลิส (Sallis. 1993 : 23-24) กล่าวว่า คุณภาพมี 2 รูปแบบ ได้แก่ คุณภาพตามความเป็นจริง (Quality in Fact) คือคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ส่วนคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in Perception) คือ คุณภาพที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า และได้ลำดับขั้นของแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพไว้ 4 ระดับ คือ ระดับการตรวจสอบ (Inspection) ระดับการควบคุม (Quality Control : QC) ระดับการประกันคุณภาพ (Quality Assurance : QA) และระดับสูงสุด คือ ระดับการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM)

โนเรียกิ (Noriaki Kano. 1993 อ้างใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2543 : 2) กล่าวว่า คุณภาพมี 2 ลักษณะ คือ คุณภาพที่ต้องมี (Must be Quality) หรือคุณภาพที่ผู้รับผลงานคาดหวัง (Expected Quality) กับคุณภาพที่ประทับใจ (Attractive Quality)

คุณภาพที่ต้องมี เป็นระดับขั้นต่ำที่ต้องทำให้เกิดขึ้นเพราะหากไม่มีคุณภาพจะทำให้เกิดความไม่พอใจเป็นอย่างสูงคุณภาพที่ต้องมีมาจากส่วนที่ผู้รับผลงานคาดหวัง และการนำมามาตรฐานวิชาชีพมาตอบสนองความคาดหวังนั้น แต่การมีคุณภาพจะไม่ก่อให้เกิดความชื่นชมจากผู้รับผลงาน

คุณภาพที่ประทับใจ เป็นสิ่งที่ลูกค้าไม่คาดหวัง หากองค์กรใดไม่มีลูกค้าจะเฉยๆ แต่ถ้าจัดให้มีขึ้นจะทำให้ลูกค้าเกิดความชื่นชม ประทับใจ ผูกพันที่จะมาใช้บริการการให้คำชมเชย จะเป็นกำลังใจหล่อเลี้ยงคนทำงานให้ดียิ่งขึ้น

อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2542 : 45) กล่าวว่า คุณภาพ หมายถึง ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้บริการหรือลูกค้าด้วยการตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของลูกค้าอย่างเหมาะสมตาม

มาตรฐานเชิงวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัย มีรายละเอียดดังนี้

1) ปราศจากข้อผิดพลาด (Zero Defect) คือ การที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการให้บริการพยาบาล กระทำในสิ่งที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก

2) ลูกค้ำพึงพอใจ (Response of Customer's Need and Expectation) ความพึงพอใจของลูกค้ำจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อความต้องการที่จำเป็น (Needs) ของตนได้รับการตอบสนอง นั่นคือ ปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยนำมาใช้บริการ และได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่น่าพอใจ

3) ได้มาตรฐาน (Professional Standard) เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นจากความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของสังคม

4) สานคุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพโดยส่วนใหญ่ คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพในปัจจุบันโดยทั่วไปจะมีองค์ประกอบดังนี้

- (1) สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้ำ
- (2) ได้ตรงตามมาตรฐานที่กำหนด
- (3) ปราศจากข้อบกพร่อง
- (4) เกี่ยวข้องกับคน กระบวนการ ผลิตภัณฑ์ บริการ และสิ่งแวดล้อม
- (5) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความสุข
- (6) มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพคือการให้บริการจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่ได้มาตรฐานวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกัน ผู้รับบริการยอมรับและพึงพอใจ มีความปลอดภัย มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

จะเห็นได้ว่า การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรนี้ จะมีองค์ประกอบของทั้งการตรวจสอบ คุณภาพ การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความมุ่งมั่นร่วมกัน การมีเป้าหมายร่วมกัน ภาวะผู้นำที่ดีและการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยสำคัญ

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) กำหนดให้คุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพรวมทั้งการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ โดยมีมิติทางคุณภาพ ดังนี้

- 1) ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ (Competency)
- 2) บริการเป็นที่ยอมรับ ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ (Acceptability)
- 3) บริการมีความเหมาะสมได้ตามมาตรฐานที่กำหนดและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ (Appropriateness)
- 4) บริการมีสิทธิผล ได้ผลการบริการหรือผลการรักษาที่ดี (Effectiveness)

- 5) บริการมีประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Efficiency)
- 6) บริการมีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายหรือผลกระทบแทรกซ้อน (Safety)
- 7) สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีให้บริการเมื่อจำเป็น (Accessibility)
- 8) ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ (Equity)
- 9) ความต่อเนื่องในการให้บริการ หรือดูแล รักษาพยาบาล (Continuity)

2.1.2 หัวใจของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

- 1) ใช้หลักการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ องค์กรจะต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขึ้น ซึ่งประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และกิจกรรมที่ต้องกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- 2) ลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง องค์กรจะต้องถือลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง (ทั้งภายในและภายนอก) เป็นศูนย์กลางเสมอ โดยที่ลูกค้าภายนอกจะเป็นผู้กำหนดคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กร ขณะที่ลูกค้าภายในจะเป็นผู้ช่วยกำหนดคุณภาพของคน คุณภาพของกระบวนการ ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงควรมีการสำรวจความต้องการของลูกค้า และจัดผลิตภัณฑ์/บริการ ระบบงาน กระบวนการ คนและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องหรือเกินกว่าความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า
- 3) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ องค์กรจะต้องมีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าที่จะพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพโดยจะต้องเป็นความมุ่งมั่นถาวร (ไม่ใช่การปฏิบัติตามนโยบายของหน่วยเหนือ) และบุคคลที่ควรมีความมุ่งมั่นมากที่สุดคือ ผู้นำสูงสุดขององค์กร
- 4) คิดเรื่องคุณภาพตลอดเวลาองค์กรจะต้องสร้างวัฒนธรรมให้พนักงานทุกระดับมีจิตสำนึกและตระหนักเรื่องคุณภาพตลอดเวลา มีการกำหนดความหมายของคุณภาพของพนักงานทุกระดับจะต้องคิดใคร่ครวญในเรื่องคุณภาพตลอดเวลา และหมั่นถามตนเองอยู่เสมอว่า “เราจะทำให้ดีขึ้นกว่านี้ได้อย่างไร”
- 5) มีการทำงานเป็นทีม องค์กรต้องสร้างบรรยากาศให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม มีการร่วมกันรับผิดชอบ ร่วมกันแก้ไขและปรับปรุงคุณภาพโดยใช้กลไกกลุ่ม รวมทั้งมีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ
- 6) ใช้หลักคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ องค์กรจะต้องใช้แนวทางการบริหาร การตัดสินใจ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาโดยใช้หลักคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ นั่นหมายความว่า องค์กรควรจัดให้มีการทำงานที่เป็นระบบ มีการเปรียบเทียบข้อมูล (Benchmark) มีการเฝ้าระวังผลงานขององค์กรหรือดัชนีชี้วัดต่างๆ มีการตัดสินใจโดยใช้สถิติหรือข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์ และพยายามปรับปรุงให้ดีขึ้น

7) ปรับปรุงระบบงานและกระบวนการอย่างต่อเนื่อง องค์กรจะต้องมีการทบทวนระบบงานและกระบวนการที่ทำอยู่ องค์กรไม่ควรพอใจแต่เพียงปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง องค์กรไม่ควรพอใจแต่เพียงการไม่มีปัญหา แต่ควรหมั่นถามตนเองว่า “จะปรับปรุงระบบงานหรือกระบวนการให้ได้ผลดีขึ้น มีผลิตภาพสูงขึ้น และผู้รับบริการพอใจมากขึ้นได้อย่างไร” ประเด็นนี้เป็นจุดต่างที่สำคัญระหว่างระบบประกันคุณภาพกับระบบจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร องค์กรใดที่ยึดติดกับระบบประกันคุณภาพมากเกินไป มักคิดว่าไม่จำเป็นต้องมีกิจกรรมคุณภาพใดๆ เกิดขึ้น トラบเท่าที่ดัชนีชี้วัดผลงานยังคงบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ในขณะที่การพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลา จะไม่พอใจเพียงแต่การควบคุมคุณภาพให้ได้ตามเป้า ด้วยปรัชญาการทำงานเช่นนี้จะช่วยให้องค์กรบรรลุความเป็นเลิศได้ ในขณะที่การประกันคุณภาพจะเป็นเพียงการคงไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามที่กำหนดเท่านั้น

8) การศึกษาและการฝึกอบรม องค์กรจะต้องจัดให้มีการศึกษาและการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเพียงพอที่จะทำให้พนักงานทุกคนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลายเป็นผู้ที่ใฝ่รู้กระหายที่จะเรียนรู้เพื่อปรับปรุงคุณภาพงานตลอดเวลา

9) การมีส่วนร่วมของพนักงานและการเสริมสร้างพลังองค์กรควรจัดโครงสร้างให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยมีการกระจายอำนาจตัดสินใจลงไปในระดับต่างๆ อย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์ที่จัดให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ก็เพื่อให้ได้การวางแผน ผลลัพธ์หรือการตัดสินใจที่ดีกว่า และทำให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของในเรื่องนั้นๆ แต่ไม่ได้หมายความว่าพนักงานทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในทุกเรื่อง ควรพิจารณาตามความเหมาะสม โดยอาจยึดหลักว่าผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นจะเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดว่าควรแก้ไขปัญหาหรือวางแผนในการพัฒนาอย่างไร

10) การมีอิสระภายใต้การควบคุม บางคนเข้าใจผิดคิดว่า การที่จัดให้มีการเสริมพลังให้พนักงาน หมายถึงว่าเขามีอิสระที่จะเปลี่ยนแปลงทุกอย่าง แท้จริงแล้ว พวกเขา มีอิสระในการคิดปรับปรุงระบบและกระบวนการให้ดีขึ้น หรือทำให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่ฝ่ายบริหารต้องการ แต่ยังคงอยู่ภายใต้การควบคุมของฝ่ายบริหารตามกรอบแห่งนโยบาย พันธกิจ วิสัยทัศน์ และเป้าหมายขององค์กร รวมทั้งยังต้องรับผิดชอบในการจัดทำระบบงานให้ได้มาตรฐานเดียวกัน (Standardization) และควบคุมให้ทุกคนปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติหรือระบบงานที่จัดทำขึ้นดังกล่าว

11) การมีเป้าหมายร่วมกัน ทุกคนในองค์กรจะต้องยึดมั่นเป้าหมายร่วมกัน ยึดมั่นในพันธกิจ และวิสัยทัศน์ร่วมกัน รวมทั้งยึดในหลักปฏิบัติ (Guiding Principle) เดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพขององค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรนี้ จะมีองค์ประกอบของทั้งการตรวจสอบคุณภาพ การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความมุ่งมั่นร่วมกัน การมีเป้าหมายร่วมกัน ภาวะผู้นำที่ดีและการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยสำคัญ

2.1.3 วิวัฒนาการของการรับรองคุณภาพ

จากการกระตุ้นและเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพขององค์กรของประเทศสหรัฐอเมริกา จึงได้ก่อตั้งรางวัลมัลคอล์มบอริดจ์ (The Malcolm Baldrige National Quality Award : MBNQA) (ปรารธนา หมี่แสน. 2542 : 30) ซึ่งความเป็นมาของรางวัลมัลคอล์มบอริดจ์ สรุปสาระสำคัญไว้ดังนี้

การจัดตั้งรางวัลมัลคอล์มบอริดจ์ ซึ่งเป็นรางวัลคุณภาพแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นการสร้างความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐบาลและเอกชนของประเทศสหรัฐอเมริกา ในรัฐสมัยของประธานาธิบดีเรแกน (Regan) เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นรางวัลนี้จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายมหาชนเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายของ Stevenson-Wylder และรางวัลนี้ตั้งชื่อตามอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ ชื่อ Malcolm Baldrige ซึ่งเป็นนักธุรกิจที่ประสบความสำเร็จที่สุด คนหนึ่ง ที่สามารถแก้ไขปัญหาวิกฤตทางการเงินได้ในระยะเวลาสั้นๆ และในช่วงที่ บอริดจ์ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ในสมัยประธานาธิบดีเรแกน บอริดจ์เป็นผู้ที่ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งรางวัลคุณภาพดีเด่นแห่งชาตินี้ขึ้น แต่หลังจากการจัดตั้งเสร็จไปไม่นานบอริดจ์ ก็เสียชีวิตเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุ ด้วยเหตุที่รัฐบาลขณะนั้น จึงได้ตั้งชื่อรางวัลตามชื่อของบอริดจ์ เพื่อเป็นเกียรติแก่รัฐมนตรีที่มีคุณภาพและความสามารถนี้คือ Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)

1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งรางวัลมัลคอล์มบอริดจ์

(1) เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้องค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพขององค์กร ในอันที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการ แข่งขันในองค์กรและเพิ่มผลกำไรให้องค์กร

(2) เพื่อที่จะจัดสร้างแนวทางและเกณฑ์ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับวงการธุรกิจ อุตสาหกรรม สถาบันการศึกษา สาธารณสุข องค์กรของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในอันที่จะประเมินและวัดผล คุณภาพขององค์กรรวมถึงประเมินความสำเร็จในการพัฒนาปรับปรุงองค์กร

(3) เพื่อที่จะมอบรางวัลเกียรติยศ ให้กับองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพขององค์กรโดยรวม ซึ่งหมายถึง คุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการคุณภาพในการปฏิบัติงานขององค์กร ความพึงพอใจของลูกค้า และด้านอื่นๆ ที่ระบุไว้ในเกณฑ์การตรวจให้รางวัล ทั้งนี้เพื่อที่จะเป็นตัวอย่างให้กับองค์กรอื่นได้ปฏิบัติตาม

(4) เพื่อที่รวบรวมข้อมูลสำหรับองค์กรในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ต้องการจะเรียนรู้และศึกษาแนวทาง ในการจัดการเพื่อคุณภาพที่ยอดเยี่ยม ทั้งนี้โดยการจัดเตรียมฐานข้อมูลและสารสนเทศให้พร้อม โดยเฉพาะเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์และแนวทางที่องค์กรได้รับรางวัล ประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงองค์กรและวัฒนธรรมของคนในองค์กรได้เป็นผลสำเร็จ

เฮิร์ตซ์ (Hertz. 1999 : 53) ได้อธิบายถึงเกณฑ์ของรางวัลมัลคอล์มบอริดจ์ ใน Health Care Criteria for Performance Excellence ดังนี้

- 1) ภาวะผู้นำ (Leadership)
- 2) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)
- 3) ความพึงพอใจของลูกค้าและผู้รับบริการและการตลาด (Focus on Patients other Customers and Market)
- 4) สารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and Analysis)
- 5) การจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management)
- 6) การบริหารกระบวนการ (Process Management)
- 7) การประเมินผลลัพธ์ขององค์กร (Organizational Performance Results)

เนื่องจากคนเป็นทรัพยากรที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ถ้าองค์กรใดมีคนที่มีคุณภาพแล้วก็จะสามารถควบคุมและจัดการปัจจัยด้านอื่นๆ ให้ดีตามไปด้วยแต่ในทางตรงกันข้าม หากองค์กรใดมีคนที่มีขาดคุณภาพ แม้จะมีปัจจัยอย่างอื่นสมบูรณ์ดี งานขององค์กรนั้นก็ยากที่จะสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากคนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด จึงควรพัฒนาให้มีคุณภาพเหมาะสม และทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบงานและวิทยาการต่างๆ ที่เจริญก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหากไม่มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถที่ทันสมัย จะทำให้บุคคลนั้นเป็นคนล้าหลัง ในที่สุดก็จะกลายเป็นคนที่ขาดคุณภาพ ซึ่งจะเกิดความเสียหายต่อบุคคลนั้น ต่อองค์กรและต่อประเทศชาติด้วย (วิลาส สิงห์วิสัย. 2536 : 26)

จากแนวคิดของรางวัล มัลคอล์มบอริคจ์ ด้านการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร มีลักษณะดังนี้

1) เป็นการเสริมสร้างความรู้ ความสามารถในการทำงานของบุคลากร ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสร้างศักยภาพขององค์กรและบุคลากร รวมถึงการชำระไว้ซึ่งการรักษาใบอนุญาตในการประกอบอาชีพ การให้ความสำคัญในการพัฒนาภาวะผู้นำของบุคลากร โดยจัดให้มีการฝึกอบรมในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ เช่น การให้การพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing) ทักษะความเป็นผู้นำ การติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การใช้เทคโนโลยี การให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรวมถึงความสามารถทางภาษาต่างประเทศในรูปแบบของการอ่านและการเขียน ตลอดจนการคำนวณทางคณิตศาสตร์

2) การแจ้งข้อมูลข่าวสารในการศึกษา ฝึกอบรม ขององค์กร จะทำให้บุคลากรมีความตื่นตัวในการพัฒนาตนเอง องค์กรควรจัดวิธีการออกแบบในการให้การศึกษาอบรม โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น กำหนดความต้องการฝึกอบรม (Training Needs) การศึกษาอบรมอยู่ในรูปของภายในหน่วยงาน หรือนอกหน่วยงานก็ได้ หรืออาจใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนการใช้สื่อ การสอนอื่นๆ ตามความเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ

3) การประเมินผลการฝึกอบรม อาจให้มีการประเมินผลเป็นรายบุคคลเป็นกลุ่มแล้วแต่ความเหมาะสมในแต่ละหน่วยงาน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมแต่ละครั้ง และผลลัพธ์ที่คุ้มค่าในการจัดฝึกอบรมตลอดจน ความพึงพอใจของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการรับการศึกษา ฝึกอบรม และพัฒนาตนเอง

วิธีให้การศึกษา ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร ตามความคิดของรางวัลมัลคอล์มบอริคจ์ นั้นเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรและองค์กร บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เป็นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การวางแผนงานการจัดการศึกษา ฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากรในองค์กร
- 2) บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการของตนเองและออกแบบการศึกษา ฝึกอบรม ทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน
- 3) การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
- 4) การให้การสนับสนุนบุคลากรในการแสวงหาความรู้ และเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน
- 5) การประเมินผลและการปรับปรุงการศึกษา ฝึกอบรม

2.1.4 การพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) คือ การจัดระบบบริหาร และระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตรวจสอบความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อ แก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรม การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) เข้าด้วยกัน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2542 : 6-7)

เบเบอร์ (Baber. 1996 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ สุภชติกุล. 2543 : 12) เสนอแนวคิดว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้

- 1) เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้บริการ การจัดการบริการสุขภาพจะต้องนำความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการตัดสินใจ
- 2) มีความเป็นผู้นำ ผู้บริหารในระดับสูงและผู้บริหารในระดับต่างๆ กำหนดทิศทางของการปฏิบัติงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การกำหนดทิศทางต้องมีค่านิยมมองเห็นพันธกิจที่ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีการอุทิศตนในการทำงานและมีส่วนร่วมในงาน
- 3) มีการปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ กระบวนการ ปรับปรุงคุณภาพนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีระบบรองรับการทำงานต่างๆ และมีการปรับปรุงการทำงานอยู่ตลอดโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์และการประเมินจากผู้ร่วมงานและผู้มีส่วนเป็นเจ้าของ
- 4) พนักงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร องค์กรที่ประสบผลสำเร็จนั้นจะปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยอาศัยสมรรถภาพ ความชำนาญและแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดเข้ามามีส่วนพัฒนาองค์กร โดยให้โอกาสพนักงานมีการพัฒนาการปฏิบัติและมีความรู้ในประสบการณ์ใหม่ๆ
- 5) บริหารงานบนพื้นฐานข้อเท็จจริง การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีการประเมินข้อมูลข่าวสาร และการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาตัดสินใจและวางแผนในการปรับกลยุทธ์ขององค์กร
- 6) มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ผลของการปฏิบัติงาน กระบวนการปฏิบัติงานขององค์กรจะต้องมุ่งไปที่ผลลัพธ์ และสะท้อนกลับให้เห็นถึงความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ การทบทวนถึงผลการปฏิบัติงานทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเป็นการตรวจสอบถึงกระบวนการทำงานด้วย

7) มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของชุมชนและสาธารณสุของค์กรด้านสุขภาพ จะต้องอุทิศตัวเองเพื่อยกระดับสุขภาพของชุมชนที่ตนอยู่ โดยการทำงานร่วมกับผู้นำในชุมชน จัดให้บริการการดูแลด้านต่างๆ การป้องกันโรค และการให้สุขศึกษาต่อคนในชุมชน

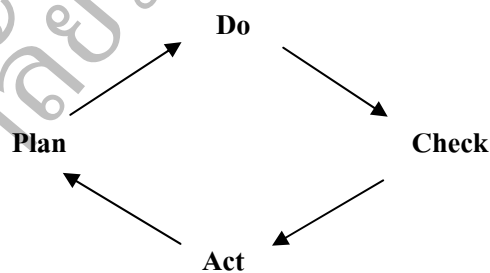
8) มีการพัฒนาเพื่อร่วมดำเนินงาน คุณภาพจะบรรลุได้เมื่อมีการพัฒนา เพื่อดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร

9) มีการออกแบบระบบและการป้องกันที่คำนึงถึงคุณภาพ การวางรูปแบบ หรือการปรับรูปแบบให้บริการควรจะคำนึงถึงคุณภาพและค่านิยมต่างๆ และนำองค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาพิจารณา

10) มองการณ์ไกลไปยังอนาคต การให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านโครงสร้างองค์กร ด้านสังคม ด้านการเงิน ด้านเทคโนโลยีการวางแผนระยะสั้น ต้องทำควบคู่กับการวางแผนอนาคต และคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้าก่อนที่สิ่งต่างๆ เหล่านั้นจะเข้ามามีผลกระทบต่อองค์กร

11) สนองตอบด้วยความรวดเร็ว องค์กรที่สามารถจะปรับเปลี่ยนให้บริการ ที่รวดเร็ว โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้มาใช้บริการได้และจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้องค์กรประสบผลสำเร็จ

ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ PDCA cycle



ภาพ 2 วงจรการพัฒนาคุณภาพ 4 ขั้นตอน

P หรือ Plan ได้แก่ การค้นหาโอกาสพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูลระดับของ ปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา

D หรือ Do ได้แก่ การทดลองนำทางเลือกไปปฏิบัติ

C หรือ Check ได้แก่ การตรวจสอบผลการทดลองทางเลือก

A หรือ Act ได้แก่ การนำผลการทดลองไปกำหนดเป็นมาตรฐานในการทำงาน

เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

- 1) การระดมสมอง (Brainstorming)
- 2) แผนภูมิกลุ่มความคิด (Affinity Diagram)
- 3) แผนภูมิความสัมพันธ์ของความคิด (Relation Diagram)
- 4) แผนภูมิการไหลของงาน (Flow Chart)
- 5) แผนภูมิเหตุและผล (Cause and Effect Diagram)
- 6) คำจำกัดความเพื่อการเก็บข้อมูล (Operational Definition)
- 7) แผนภูมิควบคุม (Control Chart)

2.1.5 วิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

วิวัฒนาการในการทำให้โรงพยาบาลมีคุณภาพแบ่งออกเป็น 3 ยุค (อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. 2542 : 34-37) ดังนี้

1) ยุคเริ่มต้นในดิงเกล และ โคดแมน (Nightingale and Codman. 1913) และวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา มีความพยายามที่จะตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดย Nightingale และ Codman ความพยายามของ Codman นำมาสู่การก่อตั้งวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา ในปี ค.ศ. 1913 ซึ่งกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำขึ้น 5 ข้อ ซึ่งมาตรฐานขั้นต่ำนี้เป็นจุดเริ่มต้นของแผนงานมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standardization Program) ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลในยุคนั้นเป็นอย่างมากในปี ค.ศ. 1951 ได้มีการก่อตั้ง Joint Commission on Accreditation of Hospitals เป็นองค์กรที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาและกลายมาเป็น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ในปัจจุบัน

2) ยุคการติดตามประเมินผล (Monitoring Evaluation) มาตรฐานสำหรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้มีการพัฒนาอย่างช้าๆ ในช่วงต้นทศวรรษที่ อาเวดิส โดนาเบเดียน (Avedis Donabedian. 1960) ได้สร้างกรอบทฤษฎีสำหรับประเมินผลการดูแลผู้ป่วย คือ โครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์มาใช้โดยเน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงโครงสร้างและกระบวนการกับผลลัพธ์ ต่อมาได้มีความพยายามที่จะประเมินผลลัพธ์ และติดตามไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดกระบวนการประกันคุณภาพ ซึ่งเป็นการประเมินร่วมกับการปรับปรุงคุณภาพ การประกันคุณภาพในยุคนั้น เน้นการกำหนดระดับที่ยอมรับได้

3) ยุคการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพซึ่งประสบความสำเร็จจากวงการอุตสาหกรรมมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ เริ่มจากโครงการนำร่องสาธิตและขยายตัวออกไปจนกระทั่งองค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา ได้กลับมาทบทวนแนวคิดและ

วิธีการรับรองคุณภาพของตน และในที่สุดรับเอาแนวคิด TQM/CQI เข้ามาเป็นแกนหลักในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539 : 2 - 21) ได้นำหลักการและแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยยึดหลักการดำเนินการตามแนวคิดของ Deming. (1986 : 68 - 76) มาสรุปเป็น 4 หลักการดังนี้

1) ยึดลูกค้าเป็นหลัก

ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในองค์กรเป็นลูกค้าซึ่งกันและกัน เรียกว่า ลูกค้าภายใน ส่วนลูกค้าภายนอก คือ ผู้ใช้บริการ ซึ่งถ้าปราศจากลูกค้าภายนอกองค์กรแล้ว จะไม่สามารถอยู่ได้ ดังนั้น ทุกคนต้องตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า และความคาดหวังของลูกค้า จะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ต้องมีการสำรวจโดยตรงจากผู้ใช้บริการ สำรวจชุมชน ผู้บริหาร พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอหรือมีหน่วยงานแทนผู้ป่วยสำหรับการร้องเรียน

2) หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพ

หลักการด้านเทคนิค ได้แก่ การทำความเข้าใจเรื่องของระบบกระบวนการ ความแปรปรวนของปัญหาการใช้เครื่องมือต่างๆ การเรียนรู้จากข้อมูลที่ได้รับการตัดสินใจโดยใช้ข้อเท็จจริง การเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผนและการป้องกันปัญหา

(1) การบริหารเชิงระบบ คือ การมององค์กรเป็นระบบหนึ่งระบบที่มีเป้าหมายประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกัน ผู้บริหารจะมององค์กรเป็นหนึ่งเดียว กำหนดเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน ระบบย่อยต่างๆ ประกอบกัน เป็นระบบใหญ่ และมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันและปรับระบบให้มีความเหมาะสมพอดีในแต่ละช่วงเวลา

(2) หลักความผันแปร (Variation Principle) ความผันแปร เป็นส่วนหนึ่งของทุกระบบ หรือทุกระบวนการ ระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา ความผันแปรของทรัพยากรนำเข้าทำให้เกิด Variation ของผลลัพธ์ได้

(3) หลักความรู้ (Knowledge Principle) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจในวิธีการบริหารแบบเดิมอยู่ที่ความรวดเร็วมากกว่าคุณภาพ ผู้บริหารจะต้องมีการวางแผนเพื่อความอยู่รอดของ องค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคต จะต้องเป็นผู้มีความรู้ เรียนรู้ สิ่งใหม่ แนวคิดใหม่ วิธีการใหม่และเรียนรู้สิ่งที่ไม่ถูกต้อง

(4) หลักการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน การปรับปรุงคุณภาพอย่างไม่หยุดยั้ง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งสามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพที่เรียกว่า 7 QC Tools และ 7 new Tools ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. 7 QC Tools หมายถึง เครื่องมือคุณภาพ 7 ชนิด ที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพ เพื่อช่วยรวบรวม ข้อมูล นำเสนอข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา โดยเครื่องมือดังกล่าวนี้ช่วยค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อจะได้หาวิธีการแก้ไขต่อไป เครื่องมือคุณภาพ 7 ชนิด ได้แก่ ตารางเก็บข้อมูลหรือตารางตรวจสอบ (Check Sheet) กราฟชนิดต่างๆ (Graph) ฮิสโตแกรม (Histogram) แผนภูมิพาเรโต (Pareto Diagram) แผนภูมิก้างปลา (Cause and Effect Diagram) แผนภูมิกระจาย (Scatter Diagram) และ แผนภูมิควบคุม (Control Chart)

ข. 7 new Tools ได้แก่ แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ (Affinity Diagram) แผนภูมิอินเตอร์รีชันชิฟ (Inter-relationship diagram) แผนภูมิต้นไม้ (Tree Diagram) แผนภูมิแมทริก (Matrix Diagram or Chart) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบเมทริก (Matrix Data Analysis) ฟังกระบวนการตัดสินใจ (Process Decision Program Chart) แผนภูมิแอร์โร (Arrow Diagram) การปรับปรุงระบบควรได้รับการบันทึกและสื่อสารให้ผู้อื่นทราบ

3) หลักการมีส่วนร่วมของทุกคน

การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งต้องอาศัยการพัฒนาพฤติกรรม เจตคติ และค่านิยมใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในองค์กร เพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง ผู้บริหารต้องยอมรับในความแตกต่างของผู้ใต้บังคับบัญชาฝึกฝนให้ทุกคนรู้จักการทำงานเป็นทีม เน้นการติดต่อสื่อสาร การประชุมและการนำเสนอ

ทุกคนในองค์กร ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงคนทำความสะอาด แต่ละคนต่างมีบทบาทสำคัญเท่าเทียมกันในระบบ ผู้นำต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในงานของตนเองเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้ร่วมงานนำไปปฏิบัติ หัวหน้าหรือผู้ช่วยต้องทำอย่างไรให้ผู้ร่วมงานเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการ โดยการถามความคิดเห็น และให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนและทุ่มเทการทำงานอย่างเต็มที่

2.1.6 การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

การจัดตั้งคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM) หรือเรียกว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) ในประเทศญี่ปุ่นเรียกว่า การควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Company -Wide Quality Control : CWQC) ได้มีผู้ให้ความหมายของการ จัดการคุณภาพทั้งองค์กรไว้ดังนี้

โอกแลนด์ (Oakland. 1989 : 14-15) ให้ความหมายว่า TQM เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการปรับปรุงให้เกิดประสิทธิผล มีความยืดหยุ่นทางด้านธุรกิจโดยรวมทั้งการจัดกิจกรรม และเป็นความพยายามที่จะใช้กระบวนการปรับปรุงการทำงานให้เกิดประสิทธิผล

อิชิกาวา (Ishikawa, 1985 : 32) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร คือ ความมุ่งมั่นต่อการจัดการคุณภาพด้วยความร่วมมือของทุกองค์กรในการแก้ปัญหาด้วยการทำงานเป็นทีม และใช้เครื่องมือทางสถิติในการปรับปรุงคุณภาพ

เทนเนอร์ และ เดอโตโร (Tenner and Detoro, 1992 : 31) ได้ให้ความหมายโดยสรุปว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) หมายถึงการมีส่วนร่วมของผู้บริหารระดับสูง (Senior Manager) ที่เลือกและดำเนินการกระบวนการที่จะทำให้บริษัทมีพันธกิจและวิสัยทัศน์ร่วมกัน ซึ่งหลักการที่สำคัญของการบริหารคุณภาพทั้งทั้งองค์กร ประกอบไปด้วยการให้ความสำคัญกับลูกค้า หรือผู้รับบริการเป็นสิ่งแรกและมีการพัฒนา กระบวนการ (Process) อย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในองค์กรมีส่วนร่วม

วิฑูรย์ สิมะโชคติ (2541 : 110) ให้ความหมายการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร หมายถึง แนวทางในการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นคุณภาพโดยสมาชิกทุกคน มีส่วนร่วมและมุ่งผลกำไรในระยะยาวโดยสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า รวมทั้งการสร้างผลประโยชน์แก่หมู่สมาชิกขององค์กรและแก่สังคมด้วย

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2542 : 201) ใช้คำว่า CQI โดยให้ความหมายว่า เป็นปรัชญาและระบบการบริหาร ซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบอาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วมในการปรับปรุง กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติและเครื่องมือของกระบวนการกลุ่ม เพื่อลดความสูญเปล่าและความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นโดย มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองหรือทำให้เกินความคาดหวังของผู้รับบริการพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพ ผู้มอบสินค้าและชุมชน

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539 : 16) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร เป็นการบูรณาการทางการจัดการที่ใช้หลักการ เทคนิควิธีและการปฏิบัติในการสร้าง ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในทุกภาวะขององค์กร โดยสมาชิกทุกคนเพื่อยกระดับความสามารถขององค์กรในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเป็นแบบแผนและต่อเนื่อง

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539 : 62) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรเป็นกระบวนการอย่างมีระบบและมีโครงสร้างในการสร้างความร่วมมือของทั้งองค์กร ในการวางแผนและลงมือ ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

วิระพจน์ คือประสิทธิ์สกุล (2540 : 126) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร คือ ปรัชญาแห่งชีวิตขององค์กรธุรกิจเป็นระบบบริหารที่ทุกคนทุกแผนกทุกขั้นตอนการผลิต ดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยใช้วิธีคิดและวิธีการแบบ PDCA วิธีการทางสถิติ ใช้เครื่องมือควบคุม

คุณภาพ เพื่อปรับปรุงมาตรฐานการทำงานให้มีคุณภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยี โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า บุคลากรและสังคม

ณัชนันท์ บุญคำกลาง (2543 : 21) การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร หมายถึง ระบบบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพ มุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้รับบริการ เน้นการบริหารกระบวนการให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนทุกระดับ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้เกิดแก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์

จากที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า การที่บุคลากรแต่ละคนในองค์กรร่วมมือกันในการวางแผนปฏิบัติและประเมินผลงานมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

2.1.7 การนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรในองค์กรสุขภาพ

ปรารธนา หมี่แสน (2542 : 63) กล่าวถึง การนำการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรไปใช้ในงานบริการพยาบาล มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1) บุคลากรในองค์กรคือลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Employee as Customer) หมายถึง บุคลากรเป็นลูกค้าซึ่งกันและกันโดยบุคลากรแต่ละคนเป็นทั้งผู้ให้บริการแก่ขั้นตอนต่อไปและผู้รับบริการผลิตผลจากขั้นตอนก่อนหน้า เขาคาดหวังที่จะได้รับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ดีที่สุด ดังนั้น จึงต้องการเริ่มทำในขั้นตอนแรก

2) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ทุกกระบวนการในองค์กรเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มผลผลิต และลดต้นทุนโดยใช้วงจร PDCA

3) การประเมินความต้องการ (Needs Assessment) และประสบการณ์ของผู้รับบริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการ แล้วนำมาเป็นเกณฑ์และสื่อสารไปยังทุกระดับขององค์กร เพื่อใช้ในการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการในแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

4) ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ (Management Accountability) ผู้บริหารต้องรับผิดชอบต่อการสร้างระบบการทำงานของบุคลากร การปรับปรุงระบบเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน

5) การศึกษาและฝึกอบรม (Education and Training) ควรจัดให้แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เข้าใจว่าควรปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนเองอย่างไร และเข้าใจปรัชญาการจัดการ

คุณภาพทั้งองค์กร เข้าใจเทคนิควิธีการลดต้นทุน ซึ่งถือเป็นปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

6) ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Data) มีการใช้เครื่องมือทางสถิติในการเก็บข้อมูลแต่ละแผนกและสื่อสารไปทั่วองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถตัดสินใจปรับปรุงกระบวนการทำงานของตนบนพื้นฐานข้อมูล

7) การประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ (Quality Assurance and Control) การประกันคุณภาพเป็นการหาข้อมูลที่เกิดขึ้นนำมาวิเคราะห์ระดับคุณภาพขององค์กร โดยผู้ปฏิบัติเป็นผู้รวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันคุณภาพและส่งข้อมูลที่ได้ออกการวิเคราะห์ไปยังหน่วยงานผู้ปฏิบัติเพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป ถือเป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

8) ผู้ส่งมอบ (Suppliers) องค์กรต้องการความร่วมมือกับผู้ส่งมอบทั้งภายในและภายนอกองค์กรให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

9) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ช่วยให้บุคลากรใช้กระบวนการแก้ปัญหาและจัดอุปสรรคระหว่างบุคลากรกับบทบาท

10) การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร (Cultural Change) ที่เกี่ยวกับการปกครองแบบมีลำดับชั้น ต้นทุนการผลิต และมนุษยสัมพันธ์ โดยมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (1) ทำความเข้าใจและวิเคราะห์วัฒนธรรมที่เป็นอยู่ (2) ตั้งเป้าหมายระยะยาวและวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงคุณภาพ (3) การคำนึงถึงคุณภาพก่อนกำไร (4) การรักษามาตรฐานการปฏิบัติงานและการให้รางวัลแก่ผู้ที่พัฒนาความสามารถปฏิบัติงานให้สูงขึ้น (5) ให้อำนาจการตัดสินใจ (Empowerment) แก่บุคลากรและการให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก ส่งเสริมทัศนคติและพฤติกรรมที่สนับสนุนคุณภาพและผลผลิต (6) การประชุมปรึกษาและสนับสนุนปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร โดยผู้บริหารระดับสูงเป็นตัวอย่างและให้คำแนะนำ (7) สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ (8) สนับสนุนการพัฒนาการตัดสินใจ (9) พัฒนาการแก้ปัญหาโดยทีมในทุกระดับขององค์กร

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539 : 40) เสนอรูปแบบขั้นตอนการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร มาใช้ในองค์กรที่ให้บริการสุขภาพ เป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารระดับสูงอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการจัดการ โดยผู้นำต้องมีความมุ่งมั่นต่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างจริงจัง จึงจะมีโอกาสสำเร็จได้มากที่สุด ความรู้ควรประกอบด้วย ความรู้ทางวิชาชีพ (Professional Knowledge) และความรู้

ด้านการปรับปรุง (Improvement Knowledge) ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับระบบ ความรู้เกี่ยวกับความแปรปรวน ความรู้ ทางจิตวิทยา และทฤษฎีความรู้

ระยะที่ 2 การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย รวมทั้งวางแผนการปฏิบัติการศึกษา องค์กรโดยมีการประเมินผลงานและความพยายามในการจัดการคุณภาพบริการทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อการวางยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับอนาคต เตรียมความพร้อมโดยการอบรมบุคลากรตำแหน่งสำคัญๆ ในโรงพยาบาลและสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน อบรม ทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมแก่ผู้บริหารระดับต่างๆ สร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม สร้างแนวร่วมในกลุ่มผู้เห็นด้วยและทำโครงการตัวอย่างที่แสดงถึงความสำเร็จเพื่อขยายงานให้กว้างขวางต่อไป

ระยะที่ 3 การวางพื้นฐานเตรียมงาน ได้แก่ การวางเป้าประสงค์ การอบรมบุคลากรให้มีทักษะและความพร้อมในการทำงานเป็นทีม การใช้วิธีทางสถิติ การสำรวจความต้องการของลูกค้า การวางโครงสร้างองค์กรและทีมงานที่จะรับผิดชอบในการประสานงานและปฏิบัติ รวมทั้งการเปรียบเทียบการทำงาน (Benchmarking) หาตัววัดหรือตัวบ่งชี้ปัญหาความสำเร็จ สร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้งานได้ง่ายและเชื่อมโยงกัน อาศัยข้อมูลที่แท้จริงในการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ

ระยะที่ 4 การลงมือปฏิบัติ มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้การยอมรับและให้รางวัลความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพ ผู้บริหารมีบทบาทสร้างความเปลี่ยนแปลงในองค์กร สนับสนุนด้านทรัพยากรที่เพียงพอ มุ่งเน้นเป้าหมายของทีมงานปรับปรุงคุณภาพให้อยู่ที่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบการประเมินผลงานเน้นผลงานกลุ่ม ให้รางวัลทั้งผลงานส่วนบุคคลและทีม

ระยะที่ 5 การประเมินผลควรมีการประเมินผลเป็นประจำและนำผลการประเมินมาใช้ในการทบทวนแก้ไขในกรณีที่ไม่สำเร็จและทำอย่างต่อเนื่อง การวัดควรประเมินทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วยตัววัดทางการเงิน การดำเนินการ ทรัพยากรบุคคล และการตลาดโดยคำนึงถึงผลระยะยาวและปัจจัยภายนอกที่อิทธิพลด้วย

2.1.8 หลักสำคัญของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management) เป็นปรัชญาด้านการบริหารที่ประกอบด้วยกิจกรรม ซึ่งเป็นความต้องการและความคาดหวังของผู้บริโภคและวัตถุประสงค์ของ องค์กร เป็นความพึงพอใจในประสิทธิภาพการลงทุนโดยการใช้ศักยภาพสูงสุดของคนงานทั้งหมดในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Deming. 1986, Crosby. 1986, Juran. 1992, Feigenbaum. 1992)

เดมมิ่ง (Deming. 1986 : 49) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหลักการบริหารที่กำหนด เป็นความรับผิดชอบการบริหาร (Management Commitment) และนโยบายคุณภาพ(Quality Policy) 14 ประการ หรือเรียกว่า Deming 14 point (Waltion. 1989, Bank. 1992 : 66-67, Sallis. 1992 : 48-49, Goetsch. 1994 : 22 อ้างถึงใน ฉันทันท์ บุญดำนกลาง. 2543 : 21) สรุปได้ดังนี้

- 1) การกำหนดเป้าหมายที่แน่นอนเพื่อนำสู่การปรับปรุงผลผลิตและบริการ โดยใช้ในการศึกษา ค้นคว้าและนำนวัตกรรมมาปรับปรุงการออกแบบการผลิตและบริการ สม่ำเสมอ
- 2) การยอมรับแนวคิดปรัชญาใหม่ๆ นำแนวคิดของทุกคนมาใช้ตัดสินใจ ร่วมกัน ผู้บริหารจะต้องสร้างวัฒนธรรมด้านคุณภาพขึ้นในองค์กรจนกลายเป็นวิถีชีวิต
- 3) การยึดมั่นในหลักการขององค์กร เพื่อยึดเป็นหลักในการเนนกิจกรรมต่างๆ ของผู้รับบริการ รวมทั้งการตอบสนองความต้องการเพื่อให้ผู้รับบริการพอใจ
- 4) การสร้างความเชื่อมั่นในกับผู้รับบริการในด้านต่างๆ สนใจและยอมรับแนวคิดของผู้รับบริการ รวมทั้งการตอบสนองความต้องการเพื่อให้ผู้รับบริการพอใจ
- 5) ปรับปรุงระบบการผลิตหรือกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของการผลิตและบริการ
- 6) จัดการฝึกอบรมความรู้ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพให้กับบุคลากร ในหน่วยงานทุกคน
- 7) พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเพื่อสร้างภาวะผู้นำ ให้บุคลากรทำงาน มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 8) ขจัดความกังวลต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการตามแนวคิด การบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กร เช่น เมื่อบุคคลกลัว ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น จะทำให้ การปรับปรุงคุณภาพตามแนวคิดนี้ลดลง ผู้บริหารจะต้องบริหารงานให้เกิดความยุติธรรม สร้างความมั่นใจให้ทุกคน
- 9) ร่วมกันทำงานเป็นทีม สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน
- 10) เน้นการกระตุ้นให้ทุกคนมีแรงจูงใจที่จะทำงาน โดยบอกวิธีการกระทำให้ถึง เป้าหมายว่าควรทำอย่างไร เพื่อนำสู่การพัฒนาคุณภาพงานและอาจกระตุ้นเสริมด้วยการใช้คำขวัญ
- 11) เน้นการทำงานโดยคำนึงถึงคุณภาพมากกว่าปริมาณ
- 12) กระตุ้นให้ทุกคนใช้ความสามารถในการทำงานให้เต็มศักยภาพ ขจัด อุปสรรคที่มีผลต่อความภูมิใจในการทำงาน หลีกเลี่ยงการนำผลการประเมินบั่นทอนความมุ่งมั่น ในการทำงาน

13) สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการศึกษาอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ

14) ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความสำเร็จโดยทุกคนร่วมมือกัน และฝ่ายบริหารให้การสนับสนุนและรับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมาย

จูรัน (Juran. 1992 : 109) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับ TQM ว่าประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การสร้างความตระหนักในความต้องการและโอกาสเพื่อปรับปรุงคุณภาพ
- 2) การกำหนดเป้าหมายการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- 3) การจัดตั้งองค์กรเพื่อส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน โดยการกำหนดทีมงานและการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ
- 4) การให้ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน
- 5) ดำเนินกิจกรรมที่จะนำมาสู่การแก้ปัญหาในการทำงาน
- 6) รายงานผลการปฏิบัติงาน
- 7) รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย
- 8) นำผลงานมาเผยแพร่
- 9) บันทึกผลการปฏิบัติงาน
- 10) ร่วมมือพัฒนาระบบการทำงานของหน่วยงาน และกระบวนการทำงาน เพื่อให้การทำงานของทุกฝ่ายได้รับการพัฒนาอย่างราบรื่น

ครอสบี (Crosby. 1986 : 60 - 65) ได้กล่าวถึงโครงการลดความสูญเสีย (Zero Defects Project) โดยเน้นการทำงานเป็นทีมซึ่งเรียกว่า “14 ขั้นตอนของครอสบี” (Philip Crosby's 14 Steps to Quality) ดังนี้

- 1) การสร้างความรับผิดชอบต่อด้านการบริหาร
- 2) การปรับปรุงคุณภาพทีมงาน
- 3) การวัดคุณภาพ
- 4) การประเมินค่าของคุณภาพ
- 5) การตระหนักถึงคุณภาพ
- 6) การแก้ไขให้ถูกต้อง
- 7) การรวมกันทำโครงการ Zero Defects
- 8) การฝึกอบรม
- 9) การจัดวันคุณภาพงาน

- 10) การกำหนดเป้าหมาย
- 11) การขจัดความผิดพลาด
- 12) การสร้างจิตสำนึก
- 13) การรวมกันสร้างคุณภาพ
- 14) การตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าการทำงานมีคุณภาพ

จากแนวความคิดและหลักการเกี่ยวกับระบบการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรของนักวิชาการทั้ง 3 ท่านนี้ จะเห็นได้ว่า หลักการที่สอดคล้องกัน ได้แก่ เรื่องการกำหนดเป้าหมายที่แน่นอนในการปรับปรุงคุณภาพ การจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในหน่วยงานการทำงานเป็นทีม การกระตุ้นให้บุคลากรใช้ความสามารถทำงานเต็มศักยภาพ มีความเสียสละ และมีจิตสำนึกของความรับผิดชอบต่อหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีหลักการที่สำคัญอื่นๆ อีก เช่น การปรับปรุงระบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงคุณภาพและวิธีการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย การสร้างจิตสำนึกในการปรับปรุงคุณภาพ เป็นต้น

2.1.9 การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้กระบวนการ PDCA Cycle

การนำระบบการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (TQM) มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมุ่งหวังให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมทุกขั้นตอน โดยหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลต้องเห็นความสำคัญและสนับสนุนกิจกรรมให้ทุกคนในหน่วยงานมีความมุ่งมั่น และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้กระบวนการของการทำงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุดโดยเริ่มตั้งแต่การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก ป้องกันการทำงานซ้ำซ้อน ความผิดพลาดและมีการวางระบบใหม่ให้ได้มาตรฐานทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลโดยรวมลดลง แต่คงคุณภาพและประสิทธิภาพไว้ โดยมุ่งเน้นเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดย เดมมิ่ง (Deming, 1995 : 53) ได้กล่าวว่า ความผิดพลาดทั้งหลายมีสาเหตุมาจากกระบวนการทำงานถึงร้อยละ 80 - 85 การทำแนวคิดและหลักการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรมาใช้กำหนดเป็นกิจกรรมการบริหารงานเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่กำหนดระบบการพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายคุณภาพ กิจกรรมและเทคนิคในทางปฏิบัติต่างๆ ของระบบคุณภาพ เน้นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและประสานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้ดีที่สุด หัวหน้าหน่วยงานเป็นแกนนำที่สำคัญสู่การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยการนำวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA Cycle มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของกระบวนการทำงานมี 4 ขั้นตอน

- 1) Plan คือ การวางแผนหรือวางระบบ เพื่อกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

2) Do คือ การนำแผนไปปฏิบัติหรือทำตามระบบที่ได้กำหนดไว้ หากความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินการนั้นด้วยการฝึกอบรม หรือศึกษาด้วยตนเองและดำเนินการตามวิธีที่กำหนด และเก็บรวบรวมบันทึก ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์

3) Check คือ การวัด ทบทวนตรวจสอบผลปฏิบัติงาน ว่าบริการที่ให้มีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ และตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่

4) Act คือ การแก้ไขปรับปรุงระบบ ถ้าผลการปฏิบัติงานนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจหรือไม่ได้มาตรฐานแล้ว จะมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นได้

การนำวงจร PDCA มาใช้ในกระบวนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวม การวินิจฉัยการพยาบาลการวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม. 2538 : 1-5) เกิดเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพบริการ การปฏิบัติ กิจ จ ก ร ร ม ดังกล่าว สอดคล้องกับกระบวนการทางการพยาบาล ได้แก่

1) การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นที่การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย

2) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ข้อมูลที่รวบรวมได้ สามารถนำมาวิเคราะห์และสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ ปัญหาความเกี่ยวข้องและการปฏิบัติตอบสนองในด้านบุคคล

3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการกำหนดยุทธวิธีในการป้องกันหรือแก้ปัญหา ซึ่งกำหนดในการวินิจฉัยการพยาบาล

4) การนำไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดในแผนการพยาบาล ซึ่งคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่สภาวะปกติ และปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมได้รับการพยาบาลและมีการบันทึกรายงานการพยาบาล

5) การประเมินการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่บอกเป้าหมายการดูแลในแผนการพยาบาลนั้นบรรลุความสำเร็จเพียงใด และปรับให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จะสำเร็จตามเป้าหมายคือ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ก่อให้เกิดความประทับใจในบริการที่ได้รับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ต้องสามารถยืดหยุ่นเหมาะสมกับความต้องการขององค์กร บุคคล ชุมชน และสังคม

2.1.10 การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรในโรงพยาบาลของรัฐ

1) ความเป็นมาของโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลรัฐ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูงขึ้น และจากการส่งเสริมการขยายตัวของเอกชนด้านบริการสุขภาพ เพื่อเสริมการให้บริการของภาครัฐ โดยมุ่งให้บริการแก่ผู้มีระดับรายได้สูงและปานกลาง การแข่งขันในภาคเอกชนทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบาย และรวดเร็วในการใช้บริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนมองระบบบริการสุขภาพของรัฐด้วยความไม่พึงพอใจในเรื่องความล่าช้า แออัด ผู้ให้บริการไม่เป็นมิตร เจ้าอารมณ์ ตรวจไม่ละเอียด ไม่ให้คำแนะนำ และหยาบคาย ทำให้ประชาชนไปใช้บริการสุขภาพ ภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน รัฐมีหน้าที่ในการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยการจัดระบบประกันสุขภาพหรือการจัดให้มีบริการที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของประชาชนในระดับที่ประชาชนสามารถจ่ายได้

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของรัฐได้มีการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้เริ่มโครงการนำร่องวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพหลายแห่ง ภายหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า ก่อให้เกิดประสบการณ์ด้านบวก ลดความรู้สึกลดงานในการทำงานเป็นเครื่องมือที่ใช้สามารถป้องกันการขัดแย้งภายในกลุ่มได้ดี ได้เรียนรู้ข้อเท็จจริงว่าแตกต่างจากความรู้สึก และได้เรียนรู้การเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา และพบว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรสามารถ

ป ร ะ ยุ ก ต์ ไ ช้

ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐได้ (องอาจ วิพุทธศิริ และคนอื่นๆ. 2540 : 10)

จากผลดีที่ได้จากการดำเนินงานโครงการนำร่องโครงการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว ได้มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โดยต่อมาในปี พ.ศ. 2540 ได้กำหนดนโยบาย “โรงพยาบาลคุณภาพ” ไว้ในแผนงานพัฒนาคุณภาพบริการในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) โดยกองพยาบาลภูมิภาคเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง เป็นโรงพยาบาลคุณภาพภายในปี พ.ศ. 2544 โดยการนำหลักการและวิธีการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรมาเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานและมุ่งหวังให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาให้กับ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยต่อไป (วิฑูร แสงสิงแก้ว. 2538 : 12)

2) ประโยชน์ของการนำการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรมาใช้ในการบริการสุขภาพ

จากรายงานการศึกษาคุณภาพตามโครงการสัมมนาผู้บริหารโรงพยาบาล ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 18 - 28 ธันวาคม 2536 พบว่า ผลจากการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรมาใช้ในสถานพยาบาลต่างๆ เป็นการส่งเสริมให้มีการให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพและ ความต้องการของผู้ป่วย ลดการให้บริการที่ไม่จำเป็นทำให้มีมาตรฐานของการให้บริการเฉพาะสำหรับ แต่ละสภาพการเจ็บป่วยด้วยวิธีการเดียวกันบนหลักการของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2537 : 5)

การนำมาจัดการคุณภาพทั้งองค์กรมาใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจลูกค้าหรือ ผู้รับบริการดีขึ้น บริการมีความสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าหรือ ผู้รับบริการ ความผิดพลาดลดลงสามารถทำนายปัญหาล่วงหน้าได้ ใช้วิธีการแก้ปัญหาทั่วไป ลูกค้าหรือผู้รับบริการรู้สึกได้บริการที่ดีขึ้น นับไว้ต่อการตอบสนอง ผู้ให้บริการอยากให้บริการแก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ วัสดุนำเข้ามีคุณภาพดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติงานดีขึ้น มีการคิดริเริ่มมากขึ้น มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (ชาติรี บานชื่น. 2541 : 2)

3) ปัญหาอุปสรรคต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรในโรงพยาบาลรัฐ

จอร์ช และเดวิส (Goetsch and Davis. 1994 : 30 อ้างถึงใน จินดากร ศรีพระราม. 2544 : 24) กล่าวว่า ปัญหาอุปสรรคต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงมีการกระจายอำนาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการสร้างภาวะผู้นำ แก่บุคลากร ไม่มีการเตรียมบุคลากรเพื่อการทำงานเป็นทีมทำให้ทีมสร้างปัญหามากกว่าการแก้ไข ปัญหา ไม่มีการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับองค์กร ต้องใช้เวลาที่แตกต่างกัน ในการให้ความรู้และฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ปฏิบัติให้สามารถนำไปใช้ได้จริง

ตาบทิพย์ ลูติพงษ์พานิช (2539 : 65) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับ การบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ขาดการต่อเนื่องของการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจวิธีการ ปฏิบัติขาดการติดต่อสื่อสาร ไม่เข้าใจเครื่องมือ ขาดการทำงานเป็นทีม ไม่เข้าใจเป้าหมายและ การประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากสาเหตุใหญ่ๆ 3 ประการ คือ เจ้าหน้าที่ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่ร่วมมือขาดความตั้งใจจริง ประการที่สอง การดำเนินการจัดการ

คุณภาพทั้งองค์กร ขาดหน่วยงานที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาและมีความยุ่งยากในการปฏิบัติที่ต้องมีตัวชี้วัด ประการสุดท้ายเกิดจากนโยบายที่ไม่ชัดเจน

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในส่วนของโรงพยาบาลของภาครัฐบาล คือ ความไม่มีความพร้อมของบุคลากรในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจในวิธปฏิบัติ ขาดทีมงานที่เข้มแข็ง ขาดความต่อเนื่อง ความเสียสละ แรงจูงใจ รวมถึงความมุ่งมั่นในอันที่จะนำองค์กรให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและเพื่อการได้รับรองคุณภาพ

2.1.11 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แต่โดยความหมายที่จะนำมาใช้เน้นขั้นตอนในการพัฒนามากกว่าการรับรอง จึงใช้คำแปลว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งคือกระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาล เป็นกลไกส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลสร้างระบบงานและระบบการตรวจสอบด้วยตนเองเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยมาตรฐานระดับชาติเป็นแนวทางการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถประกาศให้ประชาชนรับทราบการพัฒนาจนมีระบบตรวจสอบที่ดี โดยมีการยืนยันการประเมินนั้นจากหน่วยงานนอกกระบวนการ HA จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าโรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือเพียงใด สามารถพิสูจน์ให้ผู้อื่นเห็นและยอมรับได้ เป็นการเรียนรู้จากการทำงานประจำวัน จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นการเรียนรู้ด้วยการประเมินตนเองและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น นับว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ไม่มีจุดสิ้นสุด (ธิดา นิงสานนท์. 2541 : 31)

1) ความเป็นมาของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีต้นการกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ 70 ปีก่อน โดยมีเป้าหมายเริ่มต้นเพื่อเลือกสรรโรงพยาบาลสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ต่อมากลึงนำมาใช้เป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพในช่วงต้นระบบนี้ได้ขยายตัวไปในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สวีเดน มีการนำการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้กับประเทศกำลังพัฒนาเมื่อไม่นานมานี้ โดยองค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541 : 19)

ในประเทศไทย หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลได้มีการเคลื่อนไหว เพื่อสนับสนุนและสร้างกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ เช่น แพทยสภาได้ยกร่างมาตรฐานชุดแรกขึ้น สำนักงานประกันสังคมได้นำไปพัฒนาต่อ เพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม สภาการพยาบาลและกองการพยาบาล

ได้สร้างเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำลังสร้างระบบการรับรองห้องปฏิบัติการ กองการประกอบโรคศิลป์ได้กำหนดกฎกระทรวงเพื่อยกระดับมาตรฐานด้านโครงสร้างและกำลังคนของโรงพยาบาลเอกชน (สถาบันระบบสาธารณสุข. 2541 : 23)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการรวบรวมมาตรฐานโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบและพัฒนาตนเองผนวกกับมาตรฐานเชิงวิชาชีพขององค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานต่างๆ ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำล่องนำแนวทางนี้มาใช้ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจำนวน 35 แห่ง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ในชื่อ “โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540 ถึง 31 กรกฎาคม 2543 (สถาบันระบบสาธารณสุข. 2541 : 26)

หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงคือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ ภายใต้สังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเดิมมีรูปแบบการดำเนินงานเป็นโครงการ ต่อมามีการตื่นตัวการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจนในที่ประชุม National Forum on Hospital Accreditation เมื่อเดือน พฤศจิกายน 2541 จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานจากโครงการมาเป็นสถาบัน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการนำร่องได้ และเน้นการเผยแพร่ให้ความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทำหน้าที่ส่งเสริมการสร้างและการใช้องค์ความรู้ เพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (สถาบันระบบสาธารณสุข. 2543 : 26) โดยมีภารกิจ ดังนี้

- (1) รับทราบข้อมูลและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลจากผู้ที่เกี่ยวข้องและกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ
- (2) รวบรวมองค์ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- (3) ดำเนินการฝึกอบรม เผยแพร่แนวคิดและองค์ความรู้ให้ผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง สร้างวิทยากรสร้างเครื่องช่วยฝึกอบรม และจัดทำสื่อการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ
- (4) ร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพสร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย จัดให้มีเครือข่ายและเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในภูมิภาคและกลุ่มวิชาชีพต่างๆ
- (5) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือแนวทางการพัฒนาให้คำแนะนำ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อม

(6) ประเมินและรับรองโรงพยาบาล เฝ้าระวังหลังการประเมินและกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2) วัตถุประสงค์ของการรับรองคุณภาพ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กำหนดวัตถุประสงค์ได้เป็นวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2541 : 289) ดังนี้ วัตถุประสงค์ทั่วไปของโครงการคือ เพื่อสร้างกลไกส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เหมาะสมและใช้การได้สำหรับประเทศไทย อันเป็นการยกระดับคุณภาพและป้องกันปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการมี ดังนี้

(1) ให้โรงพยาบาลนาร่องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาศักยภาพ คุณธรรมและจริยธรรมของคนในองค์กรเพื่อความร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผลตรวจสอบได้ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ

(2) สร้างกระบวนการในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นการประเมินกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลโดยมีผลวัดตามวิทยาการ และใช้ได้สำหรับโรงพยาบาลที่มีลักษณะหลากหลาย

(3) พัฒนากระบวนการประเมินและรับรอง รวมทั้งผู้ที่มีความสามารถและเจตคติที่เหมาะสมในการประเมินยืนยันจากภายนอกองค์กร

(4) วางโครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดระบบที่พึงประสงค์และสามารถดำเนินการได้ในระยะยาวเมื่อสังคมเห็นคุณค่าของกระบวนการนี้ และเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดขึ้น

3) เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ

ผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล หากความต้องการของทั้ง 3 กลุ่มนี้ สอดคล้องกันมากเท่าใด การพัฒนาคุณภาพจะมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล. 2542 : 71)

(1) ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น

(2) ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยง สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประสานงานดีขึ้น ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง

(3) ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

4) เป้าหมายของการรับรองคุณภาพ

(1) กระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(2) การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) ทั้งนี้โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนจะต้องแสดงออก เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการโรงพยาบาล ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอกซึ่งมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยเข้าไปประเมินตามกรอบที่ตกลงร่วมกัน

(3) การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค

(4) โรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในลักษณะของอาสาสมัคร

5) มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงระบบงานของโรงพยาบาลในภาพรวม การประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงานในสหรัฐอเมริกาใช้มาตรฐานของ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ซึ่งมาตรฐานนี้มีกรอบในการประเมินโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน 15 บท (อนุวัฒน์ ศุภชอุฏ. 2542 : 39) ดังนี้

ส่วนที่ 1 Patient-Focused Function ได้แก่ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร การประเมินผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้และการดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 Organization -Focused Function ได้แก่ การปรับปรุงสมรรถนะองค์กร (การพัฒนาคูณภาพ) การนำ การบริหารสิ่งแวดล้อม การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารสารสนเทศ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 Structures with Function ได้แก่ ธรรมาภิบาล (Good Governance) การบริหาร คณะแพทย์และพยาบาล

สำหรับประเทศไทยกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก แนวคิดการพัฒนาคุณภาพยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวง กำหนดไว้ครอบคลุม ทั้งด้านทรัพยากร กระบวนการทำงานและกิจกรรมคุณภาพ

สิทธิศักดิ์ พุทธิพิทักษ์ (2543 : 22) กล่าวไว้ว่า มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก จะพบว่า มีเนื้อหาทั้งหมด 31 เรื่อง ตามลักษณะงานบริการหรือการบริหารจัดการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

- (1) การนำขององค์กร
- (2) มาตรฐานร่วมที่ทุกงานต้องใช้
- (3) การบริหารระดับองค์กร
- (4) การบริหารทางคลินิก
- (5) บริการสนับสนุนอื่นๆ

แต่ถ้ามองลึกลงไปในเนื้อหาและพิจารณาในเชิงการนำไปสู่การปฏิบัติ พบว่าจริงๆ แล้วสามารถแบ่งออกเป็นสองระดับเท่านั้น คือระดับองค์กร (Organization) และระดับหน่วยงาน (Functional Unit)

- 6) มาตรฐานระดับองค์กร ได้แก่
 - (1) สิทธิผู้ป่วย (ETH)
 - (2) องค์กรบริหารสูงสุด (GOV)
 - (3) การนำและการบริหาร (LED)
 - (4) โครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย (ENV)
 - (5) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM)
 - (6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)
 - (7) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (IM)
 - (8) บริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์ (MED)
 - (9) บริการพยาบาล/องค์กรพยาบาล (NUR)

มาตรฐานระดับหน่วยงาน (GEN) 9 ข้อ ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (2540 : 19) มีดังนี้

GEN 1 กำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมาย วัตถุประสงค์
ลายลักษณ์อักษรชัดเจน

- (1) พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตการจัดบริการ/หน่วยงาน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล
- (2) เป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปได้และวัดได้
- (3) มีการสื่อสารความ พันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย วัตถุประสงค์ไปยังบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(4) บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเป้าหมายการจัดบริการและทราบบทบาทของตนเอง

GEN 2 การจัดองค์กรและการบริหารเพื่อต่อการบริการตามพันธกิจอย่างมีคุณภาพ

(1) มีโครงสร้างขององค์กรชัดเจนและเหมาะสม
 (2) ผู้บริหารมีคุณสมบัติเหมาะสม รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสมมีความสามารถบริหารได้บรรลุตามพันธกิจ

(3) กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร
 (4) มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

(5) มีกลไกเพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลในภาพรวม

GEN 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อบริการผู้ป่วยตามพันธกิจอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) การจัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอและเหมาะสมเมื่อเทียบกับปริมาณงาน
 (2) การประเมินผลงานอย่างสม่ำเสมอและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

(3) บุคลากรมีคุณสมบัติครบถ้วน และนักศึกษาฝึกงานต้องปฏิบัติภายใต้การควบคุม

GEN 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นการเตรียมความพร้อมเพิ่มความรู้ทักษะ ให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

(1) มีการประเมินปัญหาและความต้องการบุคลากร เพื่อเป็นข้อกำหนดในการพัฒนาบุคลากร (Training Need ,Training Year Plan)

(2) มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งประเมินผลการทำงาน

(3) บุคลากรใหม่ทุกคนได้รับการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน

(4) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการ อย่างสม่ำเสมอ

(5) มีการประเมินแผนพัฒนานุเคราะห์ในรูปแบบของการเปลี่ยนพฤติกรรมและผลกระทบต่อ การ ดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

GEN 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ เป็นลายลักษณ์อักษร สะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัยสอดคล้องกับพันธกิจการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บที่บุคลากรสามารถยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ

(1) มีกระบวนการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ มีการรับรอง และเผยแพร่ให้รับทราบทั่วกัน

(2) นโยบาย วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

(3) บุคลากรมีความรู้เข้าใจและปฏิบัติตาม

(4) ประเมินและปรับปรุงนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอให้สมบูรณ์สอดคล้อง สภาพแวดล้อมการทำงาน

GEN 6 สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ ที่เอื้อต่อการบริหารอย่างสะดวกปลอดภัย และมีคุณภาพ

(1) พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และจัดแบ่งโครงสร้างภายในหน่วยงานเหมาะสมกับการบริการและการเก็บอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้

(2) สภาพทั่วไปในหน่วยงาน ปลอดภัย การระบายอากาศดี แสงสว่าง อุณหภูมิเหมาะสมไม่มีสิ่งรบกวน และเป็นระเบียบ

(3) สถานที่ตรวจรักษาให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนมีฉัตรกันฝนจากสายตาและการได้ยิน

(4) สถานที่อำนวยความสะดวกแก่บุคลากร

GEN 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพ

(1) ประเมินเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการบริหาร

(2) เครื่องมือ อุปกรณ์เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

(3) การอบรมเฉพาะและรู้วิธีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

(4) มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้

ตลอดเวลา

(5) มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมที่จะให้บริการได้ตลอดเวลา

(6) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

GEN 8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- (1) มีการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
- (2) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนดูแลรักษา
- (3) แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบริการ
- (4) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน และวางแผนดูแลรักษาเป็นระยะๆ

เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาและด้านสุขภาพ

(5) กระบวนการให้การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ

(6) มีการบันทึกข้อมูล ปัญหาการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

(7) กระบวนการช่วยผู้เจ็บป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็วที่สุด

GEN 9 กิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคูณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยทำเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(1) ทุกหน่วยงานมีกิจกรรม CQI โดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานให้ความร่วมมือในกิจกรรมนี้

(2) มีกิจกรรมพัฒนาคูณภาพ

(3) นำมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ กิจกรรมการทบทวนดูแลรักษาผู้ป่วยสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) คือ กลไกในการกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคูณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบโดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคูณภาพ การประเมินตนเอง และการประเมินและรับรองคุณภาพโดยองค์กรภายนอก ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ คือ

1) การรับรองคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นช่วงของการประเมินตนเองและช่วงที่ผู้ประเมินภายนอกมาให้ข้อคิดเห็นแก่ทีมงานของโรงพยาบาล

2) การขอรับการประเมินตนเองเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล

3) เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบงานที่ดีควบคู่ไปกับผลลัพธ์มากกว่าที่จะรับรองในเชิงผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว

4) ใช้กรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพสำหรับประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอกกรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก สถาบันพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล จัดทำขึ้นเมื่อปี 2539 โดยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลประกอบด้วย 7 หมวดคือ

- (1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
- (2) ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร
- (3) การประกันและพัฒนาคุณภาพ
- (4) การรักษามาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมวิชาชีพ
- (5) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
- (6) การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพ
- (7) บริการเฉพาะด้าน

ประเด็นหลักในการรับรองและสิ่งที่คาดว่าจะพบในโรงพยาบาลที่ได้รับ การรับรองมีดังนี้

- 1) โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
สิ่งที่คาดว่าจะพบคือ
 - (1) มีการนำองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ
 - (2) มีเป้าหมายและแผนชัดเจน
 - (3) เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้าใจบทบาทของตนเอง
 - (4) มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน
- 2) มีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
สิ่งที่คาดว่าจะพบ
 - (1) มีการวางแผนและบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
 - (2) มีความร่วมมือและประสานงานที่ดี
 - (3) มีโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม การบำรุงรักษา และระบบการจัดการ
ความปลอดภัยที่ดี
 - (4) มีการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนากำลังคน
อย่างต่อเนื่อง
 - (5) มีระบบป้องกันและการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
 - (6) มีระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการบริหาร บริการ และ
การพัฒนาคุณภาพ

สิ่งที่ HA คาดหวังจากโรงพยาบาล ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ อาทิ
 - (1) มีผู้นำที่เข้มแข็งและมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
 - (2) มีการนำองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ
 - (3) มีเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
 - (4) เจ้าหน้าที่ทุกระดับรับทราบและเข้าใจบทบาทของตัวเอง
 - (5) มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน
- 2) โรงพยาบาลมีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

อาทิ

 - (1) มีการวางแผนและบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
 - (2) มีการร่วมมือและการประสานงานที่ดี
 - (3) มีโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดี สะดวกสบายและปลอดภัย
 - (4) มีเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเพียงพอในการให้บริการ
 - (5) มีระบบบำรุงรักษาที่ดี
 - (6) มีระบบการจัดการเรื่องความปลอดภัยที่ดี
 - (7) มีการบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
 - (8) มีการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง
 - (9) มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
 - (10) มีระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการบริหาร การบริการและการพัฒนา

คุณภาพ
- 3) โรงพยาบาลมีการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง อาทิ
 - (1) มีการค้นหาความเสี่ยง มีระบบป้องกันความเสี่ยงและมีวิธีการควบคุมความสูญเสียหรือความเสียหาย
 - (2) มีการทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานและระหว่างสาขาวิชาชีพ
 - (3) มีการศึกษาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการ (ทั้งภายในและ ภายนอก)
 - (4) มีการประกันคุณภาพในทุกกระบวนการหลัก
 - (5) มีการติดตามดัชนีชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ

(6) มีการปรับปรุงระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านบริการทั่วไปและด้านคลินิกบริการ

(7) มีทีมประสานงานระดับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบเรื่องการพัฒนาคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ

4) โรงพยาบาลมีการดูแลมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพที่น่าไว้วางใจ อาทิ

(1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์เพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงการพัฒนาทักษะและความรู้ของแพทย์

(2) มีกิจกรรมเพื่อทบทวนหรือตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่น Peer Review, Utilization Review, Medical Audit เป็นต้น

(3) มีระบบบริหารการพยาบาลเพื่อดูแลมาตรฐานและจรรยาบรรณของวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล

5) โรงพยาบาลมีระบบคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและดูแลจรรยาบรรณองค์กรที่น่าเชื่อถือ อาทิ

(1) มีการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย

(2) มีการปฏิบัติที่เหมาะสมในเรื่องการประชาสัมพันธ์ การรับ/ส่งต่อผู้ป่วย การแจ้งค่ารักษาพยาบาล การดูแลระยะสุดท้าย

6) โรงพยาบาลมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ อาทิ

(1) มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

(2) มีการเตรียมความพร้อมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

(3) มีการประเมินแรกรับที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

(4) มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

(5) กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

(6) มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

(7) มีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่าย

เมื่อโรงพยาบาลทำการพัฒนาคุณภาพโดยใช้ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง มีการทำงานเป็นทีม มีระบบประกันคุณภาพที่ดี มีระบบบริหารความสัมพันธ์กับลูกค้า ผู้ป่วย ญาติ และชุมชนที่ดี

มีระบบบริหารความเสี่ยงและระบบบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมั่นใจว่ามีความพร้อมในทุกแง่ทุกมุมที่กล่าวข้างต้น และพิจารณาเห็นว่า ระบบงานที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับมาตรฐานอย่างครบถ้วนแล้ว ก็สามารถขอรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

จากการศึกษาค้นคว้าได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้หลายมิติ ดังต่อไปนี้

คณะกรรมการบริหารเพื่อประสานงานเฉพาะกิจในการพัฒนาชนบทของ องค์การสหประชาชาติ ณ กรุงโรม (อัจฉริ จันทนจุลกะ. 2544 : 8) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการของการกระทำอย่างแข็งขันที่ผู้มีส่วนร่วมได้ริเริ่มและลงมือกระทำตามความคิด และวิจรรณญาณของตนเอง การมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการที่สามารถควบคุมได้

ประยูทธ สุวรรณโกตา (2536 : 17) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมในแง่การบริหาร ว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมเป็นการบริหารที่ให้โอกาสทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาหรือประชาชนกับข้าราชการที่อยู่ในองค์กรหรือทีมงาน ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้าน ความคิด จิตใจ อารมณ์ จะมีผลให้บุคคลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเหล่านั้น ทุ่มความสามารถ ใฝ่งานบรรลุเป้าหมายและมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับผลงานและการกระทำขององค์กรและทีมงาน ด้วยจิตใจอย่างแท้จริง

นาลินี ศรีกสิกุล (2536 : 18) ได้สรุปความหมายที่ Mc Gregor ได้อธิบายไว้ว่า การมีส่วนร่วมประกอบไปด้วยสภาวะเงื่อนไขที่เหมาะสมที่ทำให้บุคคลมีโอกาสเข้าไปมีอิทธิพล ในการตัดสินใจในสิ่งที่จะเป็นผลกระทบต่อตนเอง โดยการมีอิทธิพลจะมีระดับมากน้อย แตกต่างกันไป

อารี เพชรสุค (2537 : 136) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า ผู้นำจะร่วมกับ ผู้ใต้บังคับบัญชาตัดสินใจวางแผนและเน้นการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ใต้บังคับบัญชา โดยจัดการบริหารในลักษณะที่ผู้นำเป็นที่ปรึกษาและเป็นเพื่อนมากกว่าที่จะเป็นนาย

เนตินา โพธิ์ประสระ (2541 : 14) ได้สรุปความหมายขององค์กรแรงงานระหว่าง ประเทศ (International Labour Organization) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของทั้งฝ่ายนายจ้าง และลูกจ้างไว้ 3 ประการ คือ

1) การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมประสานงานกันและได้รับแบ่งปันในบางสิ่งที่เกี่ยวข้องกับงานหรือการตัดสินใจ

2) การมีส่วนร่วม หมายถึง การได้รับส่วนแบ่งในสิ่งที่บุคคลคาดว่าจะได้รับจากความรับผิดชอบหลักของตน

3) การมีส่วนร่วม หมายถึง การได้ร่วมเกี่ยวข้องกับธุรกิจที่ตนเป็นสมาชิก สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2541 : 127) กล่าวว่า การให้มีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกิจต่างๆ

วิลาวินัย เสนารัตน์ และคนอื่นๆ (2541 : 29) กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง การให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องโดยสมัครใจในกิจกรรมทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การเข้าร่วมประเมินปัญหาในชุมชน ตัดสินใจร่วมกันในการวางแผน แก้ไขปัญหา ลงมือแก้ไขปัญหาและประเมินผล ซึ่งกระบวนการทั้งหมด ตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบความเชื่อทัศนคติและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นเป็นสำคัญ

สมนึก ปัญญาสิงห์ (2542 : 24) ให้ความหมายของการให้มีส่วนร่วมในแง่การทำงานว่า หมายถึง พฤติกรรมการทำงานร่วมกันของหมู่คณะ กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่งภายในหน่วยงานเดียวกันหรือต่างหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องการอาศัยการประสานความร่วมมือและความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องในกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคเอกชนและภาคธุรกิจ

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่นๆ (2543 : 5) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะเป็นกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

อัจฉรี จันทนจุลกะ (2544 : 24) ได้สรุปการมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นกระบวนการของความร่วมมือเพื่อที่จะนำพลังจากกลุ่มบุคคลมาใช้กำหนดสภาพแวดล้อมในการทำงาน และกำหนดระบบขององค์กรให้เหมาะสมกับสถานการณ์

เกษณี เอกสุวรรณ (2545 : 5) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม มีความหมายในลักษณะ เป็นกระบวนการพัฒนา โดยให้บุคคล เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรการบริหารจัดการ การเรียนรู้ร่วมกัน การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรมของชุมชน

ไรลีย์ (Reilly. 1979 : 29) กล่าวว่าไว้ว่า การมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่บุคคลกำหนดสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อตนเอง ทั้งนี้บุคคลอาจจะมีอิทธิพลเฉพาะในกระบวนการตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำ หรือมี

โอกาสต่อรองในส่วนที่ตนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมจึงเกิดขึ้นเมื่อมีการตกลงร่วมกันทั้งสองฝ่าย ในการที่จะทำกิจกรรมใดๆ ด้วยความสมัครใจ

เดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom. 1993 : 321 - 365) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า เป็นการเกี่ยวข้องในด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลในสถานการณ์กลุ่มที่จะกระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรค์ที่จะกระทำในสิ่งที่บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม และแบ่งปันความรับผิดชอบกันระหว่างสมาชิกกลุ่มซึ่งมีแนวคิดสำคัญ 3 ประการ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมคือ

1) มีความเกี่ยวข้องในด้านจิตใจและในด้านอารมณ์ (Mental and Emotional Involvement) บุคคลจะนำตัวเองเข้ามาเกี่ยวข้องในด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย

2) มีแรงจูงใจที่จะสร้างสรรค์งาน (Motivation to Contribute) การให้อำนาจพนักงานเป็นการกระตุ้นให้พนักงานได้ดึงความคิดสร้างสรรค์ การริเริ่มภายในตนเองออกมาให้เข้ากับวัตถุประสงค์ขององค์กร การได้มีส่วนร่วมจะทำให้พนักงานเกิดแรงจูงใจในการทำงานไปสู่เป้าหมายและมีความรับผิดชอบสูงขึ้น

3) เกิดการยอมรับในความรับผิดชอบ (Acceptance of Responsibility) การมีส่วนร่วมจะกระตุ้นให้พนักงานเกิดการยอมรับความรับผิดชอบร่วมกันในกิจกรรมกลุ่มอันเป็นกระบวนการทางสังคมที่ทำให้พนักงานมีส่วนร่วม และมุ่งที่จะเห็นความสำเร็จขององค์กร

คอตตอน (Cotton. 1997 : 678 - 688) กล่าวว่าไว้ว่า การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการของความร่วมมือเพื่อที่จะนำความสามารถที่บุคคลนำมาใช้ ซึ่งจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นจากการที่บุคคลได้มีการทำกิจกรรมพัฒนา
ค ุ ญ ภา พ
ร่วมกันเป็นตัวแทนในรูปของคณะกรรมการของหน่วยงาน คณะกรรมการบริหารอื่นๆ

อรวรรณ นกน้อย (2545 : 9) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมเป็นการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนและร่วมดำเนินการ ร่วมประเมิน ร่วมรับผิดชอบของบุคลากรในองค์กรไม่ว่าจะเป็นผู้บังคับบัญชาหรือผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงานและบรรลุเป้าหมายในแนวทางที่วางไว้

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participation Theory)

ทฤษฎีการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาและทางสังคมวิทยา เนื่องจากการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคคลและสังคม ในด้านตัวบุคคลทฤษฎีทางจิตวิทยาช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากแนวความคิด ความปรารถนา แรงจูงใจ ความจำ และความรู้สึก โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะทางจิตใจแตกต่างกัน

ในด้านสังคม ทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน (Human Interaction) โดยศึกษามนุษย์ในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มต่างๆ ในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม มีดังนี้

1) ทฤษฎีวิเคราะห์การกระทำ เป็นทฤษฎีที่ระบุถึงสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ ฟริตซ์ ไฮเดอร์ (Fritz Heider อ้างถึงใน พนิตา วิมานรัตน์. 2543 : 14) แบ่งสาเหตุได้ 2 ประเภท คือ สาเหตุที่มาจากส่วนบุคคล และสาเหตุที่มาจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม โดยเงื่อนไขทั้ง 2 ประเภท นี้อยู่ในความสัมพันธ์เพิ่มหรือลดแบบบวกลบ กล่าวคือ ถ้าจะกระทำใดๆ ด้วยความต้องการของตนบุคคลจะกระทำได้ง่ายขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมอำนวยให้ แต่จะยากขึ้นเมื่อสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขัดขวางสาเหตุที่มาจากบุคคลสามารถแยกได้เป็น 2 สาเหตุย่อย คือ สาเหตุที่มาจากแรงจูงใจให้พยายามทำ (Trying) และความสามารถ (Ability) ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมอันใดก็ได้ ทักษะและกำลังที่จะทำสาเหตุย่อยทั้ง 2 สาเหตุนี้มีความสัมพันธ์จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ หมายความว่าบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมออกมาหากไม่มีแรงจูงใจและความสามารถในการกระทำได้

จากทฤษฎีเมื่อนำมาพิจารณาการมีส่วนร่วมของบุคคลพบว่า บุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมหากมีแรงจูงใจและความสามารถที่จะกระทำได้ รวมทั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

2) ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (The Theory of Action) พาร์สัน (Parsons อ้างถึงใน เกษร วงศ์วัฒนากิจ. 2542 : 34) อธิบายการกระทำของมนุษย์ (Action of Human) ในลักษณะที่สามารถนำไปปรับใช้ทางสังคมทั่วไป (A General Theory of Action) กล่าวคือ การกระทำใดๆ ขึ้นอยู่กับ

(1) บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Personality)

(2) วัฒนธรรม (Culture) ในสังคมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่และวัฒนธรรมนี้จะเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับความคิดหรือความเชื่อ (Ideas or Believes) ความสนใจ (Primary of Interest) และระบบค่านิยมของบุคคล (System of Value Orientation)

ปรีวอร์ธน์ แสงพิทักษ์ (2545 : 21) ได้กล่าวว่า การให้คนในสังคมเข้ามา มีกิจกรรมทางสังคม ต้องมีความรู้ความเข้าใจวิถีชีวิต ค่านิยม จารีตประเพณี ทักษะคติของบุคคล การใช้สิ่งเร้าที่เหมาะสมจะนำไปสู่การที่สมาชิกในชุมชนเข้ามาร่วมกิจกรรมของชุมชนในรูปแบบของการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ

3) ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory)

ชื่นใจ บูชาธรรม (2542 : 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับสิ่งใหม่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการยอมรับสิ่งใหม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อสื่อสาร ซึ่งได้แก่ ช่องทางการสื่อสารและปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ดังนี้

(1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสังคมฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งรวมถึงรายได้ ขนาดที่ดิน การถือครองที่ดินและความสามารถเฉพาะอย่าง ซึ่งรวมถึงระดับการศึกษา

(2) ช่องทางการสื่อสาร ความรู้ หรือ กระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งประกอบไปด้วยผู้ส่งสารหรือแหล่งกำเนิดสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ช่องทางการสื่อสารซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ส่งสารส่งไปยังผู้รับสารแยกเป็น 2 ลักษณะ คือ

ก. ช่องทางสื่อมวลชน (Mass Media Channel) เป็นวิถีทางในการถ่ายทอดข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร หรือสิ่งตีพิมพ์อื่นๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น

ข. ช่องทางสื่อสารระหว่างบุคคล (Interperson Channel) เป็นการติดต่อระหว่างบุคคลเพื่อการถ่ายทอดข่าวสารระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร

สื่อมวลชนมีความสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ การแพร่ข่าวสาร รวมทั้งสามารถในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ และสื่อบุคคลมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลได้มากกว่า

ปรีวอร์ธน์ แสงพิทักษ์ (2545 : 22) ได้กล่าวว่ากระบวนการติดต่อสื่อสารมีอิทธิพลต่อการเพิ่มความรู้ ความสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจแก่บุคคลมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมากขึ้น

รูปแบบและขั้นตอนการมีส่วนร่วม

เมื่อก้าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานด้านการพัฒนา จะพบว่า มีรูปแบบและขั้นตอนหลายลักษณะ ดังต่อไปนี้

ประยูทธ สุวรรณโกตา (2536 : 17) ได้แบ่งลักษณะสำคัญของการบริหารแบบมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ

1) เป็นความรู้ทางด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ของคนหลายคนที่ทำงานร่วมกัน การมีส่วนร่วมที่ถูกต้อง ควรมีลักษณะที่คนในทีมงานรู้สึกด้วยใจและสำนึกในความคิด

2) มีการจูงใจที่นะเป็นผู้ที่ให้แกทีมงาน ทุกคนในทีมงานจะต้องได้รับแรงจูงใจที่จะแสดงออกทางความคิด ลงมือกระทำงานที่เป็นภารกิจของทีมงาน จึงได้ชื่อว่ามีส่วนร่วม

3) มีความรับผิดชอบร่วมกันในผลงานและการปฏิบัติของทีมงาน มีความรู้สึกว่าเป็นงานของพวกเขาแทนคำว่างานของฉัน

นาถินี ศรีภักติกุล (2536 : 28-29) ได้นำแนวคิดของ Pateman ที่ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1) Full Participation หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกของส่วนที่ต้องมีหน้าที่ตัดสินใจ มีอำนาจเท่าเทียมกันในการกำหนดพิจารณาผลของการตัดสินใจ

2) Partial Participation หมายถึง การมีส่วนร่วมในการทำการตัดสินใจ ที่กลุ่มต่างๆ ใช้อิทธิพลต่อกันในกระบวนการทำการตัดสินใจ แต่จะมีเพียงฝ่ายเดียวที่มีอำนาจสุดท้ายในการทำการตัดสินใจ ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเพียงบางส่วน แต่สุดท้ายผู้ที่ทำการตัดสินใจอยู่ที่ฝ่ายจัดการหรือผู้บังคับบัญชา ซึ่งยกเว้นกรณีที่มีการตัดสินใจสุดท้ายผู้ที่ทำการตัดสินใจอยู่ที่ฝ่ายจัดการหรือผู้บังคับบัญชา ซึ่งยกเว้นกรณีที่มีการตัดสินใจสุดท้ายอยู่ที่ผู้ใต้บังคับบัญชา

คอตตอน (Cotton. 1989 : 678 - 688) ได้สรุปการมีส่วนร่วม ซึ่งจะเน้นหนักการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจไว้ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

(1) การมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ (Formal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่ถูกต้องตามระบบขององค์กร เป็นการมีส่วนร่วมที่เป็นไปตามการจัดผังการบังคับบัญชาขององค์กรซึ่งเท่ากับเป็นการมีส่วนร่วมตามหน้าที่ มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมตามขอบเขตที่องค์กรได้วางนโยบายไว้

(2) การมีส่วนร่วมอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีโครงสร้าง เป็นการร่วมตกลงกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ระหว่างพนักงานหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของหัวหน้างานและลูกน้องที่เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในบรรยากาศของความเป็นส่วนตัว มากกว่าลักษณะการมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ

2) การมีส่วนร่วมทางตรงและทางอ้อม

(1) การมีส่วนร่วมทางตรง (Direct Participation) เป็นการเกี่ยวข้องกันโดยตรงที่สมาชิกหรือพนักงานในองค์กรได้มีส่วนร่วมโดยตรงแบบทันที พนักงานแต่ละคนมีสิทธิและโอกาสที่จะแสดงการเกี่ยวข้อง

(2) การมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) เป็นการมีส่วนร่วมของพนักงานโดยผ่านทางตัวแทนพนักงาน

वाद หนุมมา (2540 : 20) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วม คือ การที่สมาชิกของ
หน่วยงานนั้นได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงานของตนเอง ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ระหว่าง
สมาชิกกับองค์กร ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า งานจะสำเร็จได้ด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่งนำไปสู่
ความร่วมมือแห่งการดำรงชีวิตในสังคมเดียวกัน สมาชิกควรจะมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒินครินทร์

- 1) การรับรู้ข่าวสาร
- 2) การแสดงความคิดเห็น
- 3) การตัดสินใจ
- 4) การวางแผนการดำเนินงาน
- 5) การประเมินผล
- 6) ความรับผิดชอบ
- 7) การรับผลประโยชน์

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่นๆ (2543 : 146) ได้แบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

1) การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือ การช่วยทำกิจกรรม คือการเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามประเมินผล

2) อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้ แสดงถึงระดับอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการพัฒนาความสามารถของประชาชน เป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมเพียงบางส่วน เพราะหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ทางออกที่ควรเป็น คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ประชาชน

สายสุนีย์ ปวดีนันท์ (2541 : 49) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดเป็นกรอบในการศึกษา ไว้ดังนี้ คือ

- 1) การร่วมวางแผน
- 2) การร่วมปฏิบัติตามแผน
- 3) การร่วมประเมินผล
- 4) การร่วมกำหนดมาตรฐาน
- 5) การร่วมรักษามาตรฐาน

ศันสนีย์ นิจพานิช (2542 : 40) ได้เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหาร การพัฒนาเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการศึกษา ไว้ดังนี้ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง การร่วมกิจกรรมตั้งแต่การระบุ ปัญหา ความต้องการจัดลำดับความสำคัญ การประชุม และวางแผนดำเนินการ

2) การมีส่วนร่วมดำเนินการ หมายถึง การร่วมกิจกรรมในการปฏิบัติงาน จัดระบบการทำงาน การระดมความช่วยเหลือ การติดต่อประสานงานและตรวจสอบการทำงาน

3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ หมายถึง การได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินการ

4) การมีส่วนร่วมประเมินผล หมายถึง การได้มีกิจกรรมการร่วมประชุมประจำปี การเสนอผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนเสนอแนวคิดข้อปรับปรุงเพื่อนำไปแก้ไขและพัฒนา

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่นๆ (2543 : 143) ได้สรุปกระบวนการมีส่วนร่วมไว้ดังต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน จะเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมกันเรียนรู้สภาพชุมชน การดำเนินชีวิต ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน และร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตลอดจนจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยจะมีการรวมกลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางดำเนินงานและทรัพยากรที่ต้องใช้

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา โดยการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ แรงงาน เงินทุนหรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านวัตถุ และจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคลและสังคม

5) การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลการพัฒนา เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เกิดขึ้นได้ทันที

มานิตย์ นวลละออ (2544 : 4-6) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมโดยพิจารณาจากเกณฑ์ต่างๆ ดังนี้

- 1) พิจารณาจากการเข้าร่วมกิจกรรม
 - (1) การตัดสินใจ (Decision Making)
 - (2) การดำเนินการ (Implementation)
 - (3) ผลประโยชน์ (Benefits)
 - (4) การประเมินผล (Evaluation)

2) พิจารณาจากการมีส่วนร่วม

- (1) การเป็นสมาชิก (Membership)
- (2) การเข้าร่วมประชุม (Attendance at Meeting)
- (3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Financial Contribution)
- (4) การเป็นสมาชิกอย่างเป็นทางการ (Membership on Committee)
- (5) การเป็นผู้นำชุมชน (Position of Leadership)
- (6) ผู้ชักชวน (Solicitor)
- (7) ผู้รับผลประโยชน์ (Customers)
- (8) ผู้ประกอบการ (Entrepreneur)
- (9) ลูกจ้าง (Employee)

3) พิจารณาจากกระบวนการมีส่วนร่วม

- (1) การวางแผน
- (2) การดำเนินงาน
- (3) การใช้บริการ
- (4) การได้รับผลประโยชน์

4) พิจารณาจาก Participants (ผู้มีส่วนร่วมหลักที่สำคัญ)

- (1) ผู้กระทำ (Actor)
- (2) ผู้รับผลการกระทำ (Recipient)
- (3) ชุมชน (Public)

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ในปัจจุบันแนวคิดของการมีส่วนร่วมได้รับความนิยมนและเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น มีความสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องของการพัฒนาจะต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมด้วยเสมอ องค์การบริการสุขภาพในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน และแนวคิด ต้องเผชิญกับความคาดหวังต่อคุณภาพบริการมากขึ้น ในขณะที่ต้องใช้งบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายให้ต่ำที่สุด จำเป็นจะต้องสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการให้สูงที่สุดเพื่อที่จะสามารถแข่งขันกับผู้อื่นได้ ดังนั้นการเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆ ด้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบคุณภาพโดยรวม เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายนั้นเกิดจากบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับงานการแก้ไขปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติจะมีวิถีทางที่ชัดเจน มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่างๆ ระหว่างกัน ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกเกี่ยวข้องและผูกพันกับงานหรือองค์กรในหลายๆ สถานการณ์ โดยเฉพาะบุคลากรมีความเชี่ยวชาญ

เป็นพิเศษในเรื่องที่จะตัดสินใจ จะสามารถ ตัดสินใจได้ดีกว่า ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจมากขึ้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังทำให้นุคลากรเกิดความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมุ่งที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ (Hetherington. 1998 : 29 - 37) โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับปรุงคุณภาพของการบริการด้วยการนำเอากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาใช้นั้น การเปิดโอกาสให้นุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ในระยะแรก จะทำให้นุคลากรยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น มีความพร้อมที่จะทำงานร่วมกับผู้บริหาร เกิดความพึงพอใจในงาน ลดการขาดงาน การลาออก และการโอดนัย (Davis and Newstrom. 1985 : 135) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมจะช่วยสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการประสานงานและการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ทำให้แต่ละฝ่ายได้รับข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม มีดังนี้

1) ทำให้นุคลากรยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น เมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการเปลี่ยนแปลง จะทำให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น แต่หากการเปลี่ยนแปลงถูกมองว่าเป็นสิ่งที่บังคับโดยบุคคลบางคนแล้ว จะทำให้มีความไม่พอใจที่จะต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในทางกลับกัน เมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง จะเกิดความผูกพันกับการเปลี่ยนแปลงมาก เพราะมีผลได้ผลเสียกับความสำเร็จของการปฏิบัติตามการเปลี่ยนแปลงนั้น

2) ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชามีความราบรื่นมากขึ้นเนื่องจากการมีส่วนร่วมจะทำให้รู้ว่าใครมีความไม่พอใจอย่างไร ความไม่พอใจเหล่านี้สามารถยุติได้โดยการอภิปรายอย่างตรงไปตรงมา ความไม่พอใจที่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือซ่อนเร้นอยู่อาจจะทำให้เกิดการนัดหยุดงาน การทำงานช้าๆ เกิดความสูญเสียและการขาดงานได้ การมีส่วนร่วมจะช่วยให้อัตราการร้องทุกข์น้อยลงด้วย เนื่องจากโดยปกติการร้องทุกข์เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายกับองค์กรส่วนใหญ่ การมีส่วนร่วมจึงช่วยประหยัดเงินให้กับฝ่ายบริหารได้

3) ทำให้นุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้น เมื่อมีส่วนร่วมในกระบวนการสำคัญ เช่น การตัดสินใจจะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น บุคลากรรู้สึกว่าตนเองและคำแนะนำถูกให้คุณค่าโดยองค์กร ดังนั้น บุคลากรจึงสามารถตอบสนองความต้องการความเชื่อถือตนเองและความสมหวังของชีวิตได้

4) ทำให้นุคลากรไว้วางใจฝ่ายบริหารมากขึ้น บุคลากรที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกไว้วางใจฝ่ายบริหารมากขึ้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สำคัญขององค์กร จะทำให้

บุคลากรรู้แรงจูงใจและความต้องการของฝ่ายบริหาร การรับรู้สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคลากรไว้วางใจ ความต้องการฝ่ายบริหาร ความรู้สึกไว้วางใจนี้เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างหนึ่งของการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

5) ทำให้การบริหารงานง่ายขึ้น หากผู้ใต้บังคับบัญชารู้สึกผูกพัน ยอมรับ การเปลี่ยนแปลงไว้วางใจฝ่ายบริหาร จะทำให้การบริหารผู้ใต้บังคับบัญชามีความง่ายมากขึ้น จำนวนของผู้บริหารที่ต้องการจะมีย่อยลง เนื่องจากการควบคุมอย่างใกล้ชิดจะลดลง ผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อตนเองจะทำให้มีความรู้สึก รั บ ผิ ด ช อ บ ต่อการปฏิบัติงานของตนเองมากขึ้น ดังนั้น จึงเต็มใจยอมรับอำนาจหน้าที่ของผู้บังคับบัญชา ของตนมากขึ้น

6) ทำให้การตัดสินใจทางการบริหารมีคุณภาพดีขึ้น เนื่องจากการรวมความรู้ และความสามารถของบุคคลหลายคนเข้าด้วยกันในการแก้ปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่า การตัดสินใจของผู้บริหารฝ่ายเดียว

7) ทำให้การติดต่อสื่อสารจากเบื้องล่างสู่เบื้องบนดีขึ้น การมีส่วนร่วมบังคับ ให้มีการติดต่อสื่อสารจากเบื้องบน ทำให้ผู้บริหารได้รับสิ่งย้อนกลับจากบุคลากรเป็นอย่างดี

8) ช่วยสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมช่วยปรับปรุงทีมงาน ให้ดีขึ้น ทีมงานมีความจำเป็นต่อการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนที่องค์กรเผชิญอยู่ องค์กรจะขาด ประสิทธิภาพหากบุคลากรมีเป้าหมายที่ขัดแย้งกัน การมีส่วนร่วมช่วยสร้างกลุ่มงานที่มี ประสิทธิภาพและประสานงานระหว่างกันได้

ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

บุคลากรในองค์กรอาจมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆ ภายในองค์กรได้ ทั้งการมีส่วนร่วมโดยตรง ด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง หรือการมีส่วนร่วมทางอ้อม โดยผ่านตัวแทนที่เข้าไปทำงานแทนตน การมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพต่อการทำงานเป็นทีม แต่ก็มี ข้อจำกัดในตัวเอง คือ ในทางปฏิบัติทำได้ยาก และอาจล้มเหลวได้ง่าย หากนำมาใช้ไม่เหมาะสม ดังนั้น หากต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมในระดับสูง ควรคำนึงถึงปัจจัย ดังนี้

การสร้างเสริมบรรยากาศของความไว้วางใจระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร

1) ผู้บริหารควรสร้างบรรยากาศการทำงานที่มีความโปร่งใส เปิดเผย และให้ ข้อมูลแก่บุคลากรให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้

2) ผู้บริหารควรเข้าหาบุคลากรโดยตรง มีความจริงใจต่อกัน

- 3) ควรชี้แจงเกณฑ์โดยใช้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรมาตัดสิน มากกว่าการใช้เกณฑ์ของแต่ละบุคคล
- 4) บุคลากรจะมีส่วนร่วมเมื่อรู้สึกว่าการตัดสินใจนั้นไม่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของตนเอง
- 5) ผู้บริหารควรช่วยเหลือ เข้าใจ และตระหนักถึงข้อจำกัดของบุคลากรแต่ละคน
- 6) ควรมีนโยบายที่จะพัฒนาบุคลากร
- 7) ควรมีการฝึกฝนอบรมบุคลากร
- 8) มีการปรับระบบงานให้เหมาะสมกับบุคลากรมากกว่าที่จะบีบบังคับให้บุคลากรปรับตัวให้เหมาะสมกับงาน
- 9) ผู้บริหารควรมีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้บุคลากร
- 10) มีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้บริหารกับบุคลากรให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้

2.3 การมีส่วนร่วมตามกรอบแนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980 : 213 - 235) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ การปฏิบัติ ผลประโยชน์และการประเมินผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อให้การได้รับการรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอกประสบความสำเร็จ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

กระบวนการตัดสินใจเป็นลักษณะของการแก้ไขปัญหาตามขั้นตอนวิทยาศาสตร์ที่มีการกำหนดปัญหา การวิเคราะห์สถานการณ์ การพิจารณาทางเลือกต่างๆ และการเลือกทางเลือก สำหรับการตัดสินใจในแนวทางของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมุ่งไปที่การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาคุณภาพของหน่วยงาน การวางแผนและการดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน ทุกฝ่าย ทุกหน่วยงาน จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายของการให้บริการที่ดีมีคุณภาพต่อผู้ใช้บริการ โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกันเพื่อให้ผลการตัดสินใจเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดมาใช้ โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่หน่วยงานมีอยู่ ได้แก่ จำนวนบุคลากรในหน่วยงาน ศักยภาพของบุคลากร งบประมาณสนับสนุน อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นตลอดจนข้อมูลข่าวสาร

ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโครงสร้างองค์กรที่สนับสนุนผู้ปฏิบัติมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจ จะเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับผู้ปฏิบัติและองค์กร

(1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (Initial Decisions) การที่ทำให้บุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้มากน้อยเพียงใดนั้น การริเริ่ม การตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ดังนั้นทีมนำซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ซึ่งมีอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ เช่น คณะกรรมการการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ ควรเป็นแกนนำในการจัดเตรียมความพร้อมของบุคลากร เพื่อรับการนำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร มีการชี้แจงทำความเข้าใจให้บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ เห็นความสำคัญของการพัฒนา และรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลว่ามีความจำเป็นอย่างไรที่องค์กรจะต้องเข้าร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลและภายหลังจากเข้าร่วมแล้ว ผู้รับบริการ บุคลากร และองค์กรอื่นๆ จะได้รับประโยชน์อย่างไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อความตื่นตัว และส่งเสริมให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพมากยิ่งขึ้น

(2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงดำเนินการ (Ongoing Decisions) หลังจากที่หน่วยงาน ได้นำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้แล้ว องค์กรอาจส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยวิธีการจัดประชุม ชี้แจงนโยบายคุณภาพขององค์กร การจัดทำวารสารหรือเอกสารเผยแพร่ความรู้ และข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จัดการฝึกอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้บุคลากรได้เข้าใจกระบวนการทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สร้างความมั่นใจในการทำงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและลดความสับสนเปลี่ยนแปลงต่างๆ ลง

(3) การมีส่วนร่วมในช่วงปฏิบัติการ (Operational Decisions) นอกเหนือจากการที่บุคลากรแต่ละคนได้มีส่วนร่วมโดยตรงต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว แต่ละหน่วยงานอาจส่งบุคลากรในหน่วยงานของตนเข้าไปเป็นตัวแทนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพขององค์กรได้ เช่น การส่งเข้าไปเป็นผู้นำทีม เป็นกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรรมการวิชาการ กรรมการประกันคุณภาพ กรรมการจัดทำมาตรฐาน กรรมการตรวจสอบมาตรฐาน กรรมการ 5 ส. เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ เป็นการร่วมดำเนินการที่จะก่อให้เกิดความรู้สึก เป็นเจ้าของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ มี 3 ทาง คือ

(1) การมีส่วนร่วมในด้านทรัพยากร เช่น แรงงาน เงิน สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งการมีส่วนร่วมในด้านของแรงงาน จะเป็นสิ่งที่ปฏิบัติง่ายที่สุด ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลการสละแรงกายโดยการใช้ความสามารถและทักษะของตนอย่างเต็มที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ขององค์กร การเสียสละเวลานอกเหนือจากงานประจำเพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อใช้ประโยชน์จากทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า

(2) การมีส่วนร่วมในการบริหาร และการประสานงาน ได้แก่ การเข้าร่วมเป็นกรรมการต่างๆ การให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่มีผลจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริม กระตุ้นและแนะนำเพื่อนร่วมงานในการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตลอดจนถึงการประสานงานให้ความช่วยเหลือกับหน่วยงานอื่นๆ

(3) การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติ จะเน้นถึงการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การปรับปรุงขบวนการทำงานหรือระบบการทำงานอย่างไม่สิ้นสุด การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การบันทึกรายงานอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม และปฏิบัติตามแนวทางที่เป็นมาตรฐาน

3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์

ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ควรมีการจัดตั้งหน่วยบริการเพื่ออำนวยความสะดวกต่อบุคลากรในการปฏิบัติงานบริการ โดยจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน มีสถานที่ทำงานสะอาด เป็นระเบียบ เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในการทำงานให้ดีขึ้น มีการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร โดยการจัดฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้มีความต่อเนื่องทันเหตุการณ์ การฝึกอบรมนั้นเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งก่อนประจำการโดยให้ได้รับการปฐมนิเทศทั้งในระดับโรงพยาบาล และระดับหน่วยงานเพื่อรับทราบนโยบาย ระเบียบ กฎข้อบังคับต่างๆ แนวทางในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ตลอดจนผลประโยชน์ที่จะได้รับระหว่างปฏิบัติงานในองค์กร เช่น การพิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น สำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการจัดการอบรม การสัมมนา และดูงานทั้งในและนอกสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน

แห่งวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มาใช้บริการแต่ละรายได้ โดยมี การปรับปรุงการทำงานอย่างไม่มีที่สิ้นสุดทำให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาที่ดี ห่างจากโรค ได้เร็วขึ้น ลดความรุนแรงของโรค สร้างความไว้วางใจและเป็นที่ยอมรับ ทำให้ผู้มาใช้บริการ มากขึ้น และนำมาซึ่งผลกำไรให้กับองค์กร องค์กรอยู่รอดและมั่นคง ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ จากความสำเร็จของงานเห็นคุณค่าตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเห็นคุณค่าของงานที่ทำ เป็นการสร้างแรงผลักดันภายในให้เกิดความต้องการเปลี่ยนแปลง เกิดความมั่นใจที่จะแสดงออก ซึ่งความสามารถต่างๆ ให้มากขึ้นในกิจกรรมอื่นๆ ส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการที่ดี การทำงาน ในองค์กรเป็นระบบยิ่งขึ้นลดความซ้ำซ้อนและสูญเปล่า สามารถปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อม ที่ดีมีความปลอดภัยทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน การกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติงานของตนให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นนั้น ควรพิจารณาให้ค่าตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ตั้งใจ ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ อาจเป็นการจ่ายค่าตอบแทนที่สูงขึ้นหรือการประกาศเกียรติคุณ เป็นต้น

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ในการประเมินผลการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลนั้น ผู้บริหารสูงสุดจะมีส่วนร่วมในการพิจารณางบประมาณเพื่อวางแผนในการจัดสรรทรัพยากร หรือวางแผนในระยะยาว ซึ่งผู้ปฏิบัติจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในส่วนนี้ แต่จะเกี่ยวข้องกับการประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในหน้าที่ที่ปฏิบัติ จะเห็นได้ว่าบุคคลจะมีส่วนร่วม ในกิจกรรมมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ความพร้อมสำหรับการมีส่วนร่วม ทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจในกิจกรรมที่ทำ ความสามารถและเวลาที่เพียงพอต่อการมีส่วนร่วม ทักษะที่ดีต่อกิจกรรม ปัจจัยทางด้านส่วนร่วม ความต้องการมีเกียรติ การได้รับข้อมูล ข่าวสารกระบวนการนำบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมและการประสานงานที่ดี ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้นจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และบทบาททั้งของผู้บริหารระดับสูงจนถึงผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงานในองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลที่จะผ่านการรับรองนั้น จะมีการเตรียมการเข้าสู่การรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล คือ

(1) เตรียมคน งานพัฒนาคุณภาพจะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากบุคลากร ทุกระดับองค์กร ตั้งแต่ผู้บริหารทุกระดับไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานทุกคน เริ่มจากผู้บริหารระดับสูง ตัดสินใจว่าจะพัฒนาคุณภาพตามกรอบแนวทางมาตรฐานโรงพยาบาล กำหนดผู้รับบริการโดยตรง เรื่องการพัฒนาคุณภาพ ทำความเข้าใจกับคนทั้งองค์กรว่ากำลังทำอะไร ร่วมกันสร้างความมุ่งมั่น

และกำหนดเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกันระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน มีการสร้างทีมงานต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรในหน่วยงานเช่นเดียวกัน หรือทีมงานที่ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยร่วมกัน ดำเนินการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรและทีมงานต่างๆ ให้ทุกคนเข้าใจและมีรู้สึกมีส่วนร่วมในการทำงาน ทুমเทแรงกายแรงใจให้กับการทำงานนั้น จะทำให้ทุกคนเกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน คือ ต้องทำดีกับพวกเขา ยอมรับผลงานและแบ่งปันความสำเร็จที่ได้รับแก่พวกเขาด้วย

(2) วางระบบงาน มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานภายใน เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควรมีการจัดสร้างทีมคร่อมสายงาน (Cross Functional Team) ซึ่งใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแทรกอยู่ในองค์กรเดิม โดยเน้นเรื่องกระบวนการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ

การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดทีมที่รับผิดชอบในการประเมินและพัฒนาตนเอง มีการทำการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสม และใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนา

โรงพยาบาลจะทำการพัฒนาคุณภาพสำเร็จหรือไม่ นั่น สำคัญที่สุดอยู่ที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ซึ่งต้องมีความเข้าใจและมีความมุ่งมั่นในเรื่องคุณภาพ ต้องปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี มีความเป็นผู้นำสูงและพร้อมจะร่วมทำงานกับลูกน้องในทุกสภาวะ นอกจากผู้บริหารสูงสุดแล้วหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องมีความมุ่งมั่นเรื่องการพัฒนาคุณภาพ และดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างจริงจัง จะต้องสามารถอบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับให้เข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพ ขณะเดียวกับผู้บริหารเองก็ต้องให้ความมุ่งมั่น และทุ่มเท กับกลุ่มบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง (ณชนันท์ บุญคำนกลาง. 2543 : 39-40)

โสพาร์ธ (Soparth. 1993 : 58) ได้เสนอระดับการมีส่วนร่วม หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า บันได 8 ขั้น แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ขั้นตอนการถูกจัดการและขั้นตอนการถูกบำบัดรักษา โดยผ่านโครงการต่างๆ ซึ่งทั้งสองขั้นนี้ ไม่ถือว่าเป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วม เพราะประชาชนไม่สามารถร่วมในการวางแผนหรือกำหนดโครงการได้ แต่เป็นอำนาจหน้าที่ของเจ้าของโครงการ

2) ขั้นตอนการได้รับแจ้งข่าวสาร ขั้นตอนการได้รับการปรึกษาหารือ ซึ่งประชาชนสามารถมีโอกาสได้ร่วมฟังและคิดตามไปด้วย และขั้นตอนการปลอบประโลมเป็นขั้นตอนที่ประชาชนสามารถเตรียมการตัดสินใจได้

3) ขั้นตอนการมีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนที่ประชาชนสามารถจะเจรจาต่อรองและจัดการสับเปลี่ยนอำนาจกับเจ้าของโครงการเดิม ขั้นตอนการมอบอำนาจและขั้นตอนการควบคุม

โดยประชาชนเป็นขั้นตอนที่ประชาชนสามารถใช้อำนาจในการตัดสินใจและการจัดการได้ โดยสมบูรณ์

จากแนวความคิด เกี่ยวกับรูปแบบและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมข้างต้น จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก จะแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยอย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสรุปขั้นตอนการมีส่วนร่วมของบุคลากรเพื่อการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรไว้ดังนี้ คือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการวางแผน
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน
- 3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

คุณลักษณะของประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม

ประชาชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมมีหลายลักษณะด้วยกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของประชาชนหรือกลุ่มประชาชนนั้น ในทางระดับการศึกษาและระดับทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับผลกระทบที่มีต่อประชาชนกลุ่มนั้น ซึ่งย่อมขึ้นอยู่กับที่อยู่อาศัย สถานที่ประกอบอาชีพ ลักษณะและความรุนแรงของผลกระทบ

ระดับการมีส่วนร่วม

คาสเปอร์สันและเบียทแบท (Kasperson and Breitbat. 1985 : 36 อ้างถึงใน จุริภรณ์ ไถ้บ้านกวย. 2544 : 23) ได้เสนอมาตรฐานวัดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ประการ คือ

- 1) การกระทำโดยแต่ละบุคคลมิใช่เป็นการกระทำโดยกลุ่ม ซึ่งอาจทำให้การวิเคราะห์หรือได้ข้อสรุปที่ไม่ถูกต้อง เพราะการแสดงออกของแต่ละบุคคลในกระบวนการมีส่วนร่วมนั้น จะเห็นได้ถึงค่านิยม ความรับรู้และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ กริยาที่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมคือ กริยาที่มีต่อการแสดงต่อผลของการกระทำนั้นโดยตรงของแต่ละบุคคล
- 2) ความหนาแน่นของการกระทำ ซึ่งแสดงออกโดยร่วมกระทำที่บ่อยครั้ง ระยะเวลาของกิจกรรมที่ยาวนาน หรือมีความผูกพันและมีแรงจูงใจในการกระทำ
- 3) คุณภาพของการเข้าร่วม ซึ่งดูจากผลกระทบของการกระทำในเบื้องต้นแรก เช่น ความรับผิดชอบ การตัดสินใจ การเปิดกว้างยอมรับความสามารถและความคิดเห็นมีการทำการประเมินผล

ชินรัตน์ สมสืบ (2539 : 58 - 61) การมีส่วนร่วมสามารถแบ่งเป็นระดับ ได้ดังนี้

- 1) การไม่มีส่วนร่วมอย่างสิ้นเชิง (No Participation at All)
- 2) การมีส่วนร่วมเพียงในนาม (Nominal Participation)
- 3) การมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย (Minimal Participation)

4) การมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม (Optimal Participation)

5) การมีส่วนร่วมมาก (Maximal Participation)

6) การมีส่วนร่วมในอุดมคติ (Ideal Participation)

และสามารถแบ่งชนิดของการมีส่วนร่วม ได้ดังนี้

1) บังคับร่วม (Join or Eiae) ประชาชนเข้าร่วมเพราะ การขู่เข็ญ (Threats) หรือการบังคับ (Coersion) จากภายนอก กลวิธีการขู่เข็ญและการบังคับมีหลายรูปแบบ จะเกิดจาก คนที่มีผลประโยชน์จากการดำเนินงานหรือจากผลของงาน

2) การมีส่วนร่วมโดยการผลักดัน (Push Car Participation) ประชาชนจะถูก ผลักดันจากอำนาจของผู้ที่มีส่วน ได้ส่วนเสียผลประโยชน์จากโครงการ อำนาจของผู้มีส่วน ได้ ส่วนเสียอาจเป็นการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน โดยได้รางวัลในรูปแบบแต่งตั้งในตำแหน่ง ที่สูงขึ้นเพื่อความสำเร็จของโครงการ ผู้ที่ใช้อำนาจนี้ เช่น ผู้นำหัวคะแนนนักการเมือง

3) กลอุบายหรือการมีส่วนร่วมโดยมีเงื่อนไข (Trick or Participation by Gimmickry) ประชาชนถูกจูงใจให้ร่วมกิจกรรมอื่นที่ไม่ได้แก้ปัญหของพวกเขา การเบี่ยงเบน ความสนใจไปสู่เรื่องอื่น เป็นการสร้างความสบายใจให้แก่ประชาชนเป็นการชั่วคราวจากปัญหา ที่แท้จริงของพวกเขา

4) การพูดข้างเดียว (Monologue) เป็นการสื่อสารแบบทางเดียวโดยส่งข่าว จะป้อนข้อมูลแก่ผู้รับฝ่ายเดียว วิธีนี้ไม่ได้จัดทำกลไกสำหรับการรับฟังข้อมูลย้อนกลับ และไม่ได้มี การเจรจาต่อรอง โครงการเหล่านี้มักดำเนินการผ่านสื่อมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ เป็นต้น

5) ถาม – ตัดสินใจเอง (I ask -I decide) ประชาชนจะถูกถามถึงความคิด และข้อเสนอแนะต่างๆ แต่ไม่ได้รับประกันว่าความคิดของประชาชนจะได้รับการพิจารณา ในการกำหนด วางแผน และดำเนินโครงการ วิธีกระทำโดยการประชุม การมีสภาท้องถิ่น การสำรวจ การสอบถาม และการไต่สวนสาธารณะ แต่ในความจริงและการมีส่วนร่วมชนิดนี้ มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

6) การนำไปสู่ความสงบ (Peace Pipe) ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของ ประชาชนจะถูกร้องขอให้มีส่วนในการวางแผนและการบริหารโครงการ ประชาชนจะมีส่วนร่วม จริงๆ ในกลไกของการวางแผนแต่การตัดสินใจและการคงอยู่ของโครงการยังเป็นสิทธิของ ผู้กำหนดโครงการ

7) การจับมือกัน (Handclasp) ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดโครงการ จนดำเนินการโครงการ การตัดสินใจจะทำงานร่วมกันระหว่างประชาชนและผู้ออกแบบโครงการ

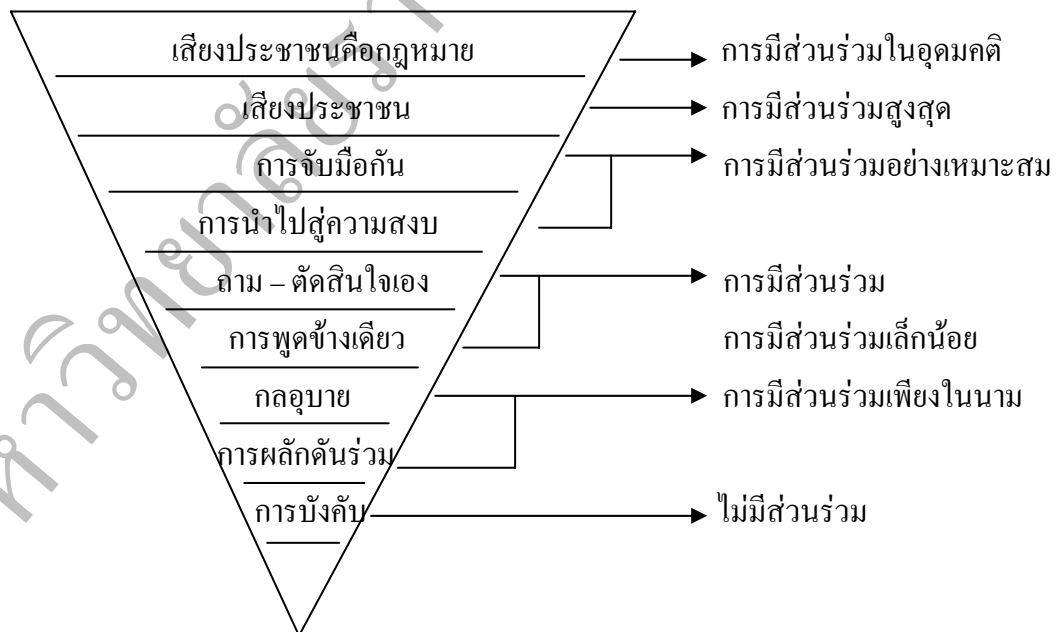
ปัญหาและประเด็นต่างๆ จะถูกแก้ไขโดยการเจรจาต่อรองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเสรี มีการร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างผู้ที่ได้รับประโยชน์และผู้มอบโครงการ

8) เสียงประชาชน (Vox Populi) เสียงของประชาชนจะได้รับการรับฟังและพิจารณาความคิด ความเห็น ข้อเสนอแนะ และความรู้สึกของประชาชนมีน้ำหนักในกระบวนการตัดสินใจ ประชาชนจะมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจจากการกำหนดจนถึงการประเมินผลโครงการ ถ้ามีปัญหาผู้จัดทำโครงการและผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการเกิดขึ้นก็ต้องฟังเสียงประชาชนว่ามีความต้องการอย่างไร

9) เสียงประชาชนคือกฎหมาย (Vox Populi Est Lex) การมีส่วนร่วมแบบนี้ เป็นวิธีที่ความต้องการของประชาชนมีความเข้มแข็งสูงสุด ประชาชนจะตัดสินใจในโครงการด้วยตนเอง ตั้งแต่ชนิดของโครงการ ทิศทางโครงการ ทรัพยากรที่ใช้ แหล่งที่มาของทรัพยากร ผู้ใช้ และช่วงที่ใช้การมีส่วนร่วมแบบนี้มีทั้งจากกลุ่มที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถพิจารณาได้จากชนิดและระดับการมีส่วนร่วม

ระดับการมีส่วนร่วม



ภาพ 3 ชนิดของการมีส่วนร่วม

(ที่มา : ชินรัตน์ สมสืบ. 2539 : 58-61)

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชนครินทร์

หน่วยงานพยาบาลที่จะดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาคุณภาพ ควรจะมีกระบวนการ ดังนี้

1) กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control)

กระบวนการ AIC เป็นวิธีการและเทคนิคในการเอาคนที่ทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบเข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จะดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 A (Appreciation) คือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่นโดยไม่รู้สึกรู้สีกหรือแสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน โดยใช้ข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึกตามที่เป็นจริง เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากคนอื่น จะทำให้มีความรู้สึกที่ดี มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วมในที่ประชุม ในขั้นนี้จะเป็นการใช้จินตนาการ (Imagination) ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วม (Vision) หรืออุดมการณ์ร่วม (Shared Ideal) ซึ่งได้แก่ สิ่งที่มีมุ่งปรารถนาอย่างสูงสุดร่วมกัน

ขั้นที่ 2 I (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ ที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมนั้น

ขั้นที่ 3 C (Control) คือ การนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) กำหนดเป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติ กำหนดเวลา ผู้รับผิดชอบ และงบประมาณ การร่วมกันคิดแผนปฏิบัติการเป็นการกำหนด ข้อผูกพัน (Commitment) ให้ตนเองเพื่อควบคุม (Control) ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่ การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงการกำหนดข้อผูกพันเฉพาะตัว (Personal Commitment) ได้อีกด้วย

กระบวนการ AIC จะสร้างพลังสร้างขึ้นเมื่อฝ่ายต่างๆ เข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันด้วยความรักความเมตตา เป็นการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Development) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงาน (Interactive Learning Through Action) จึงจะทำให้การพัฒนาเกิดความสำเร็จ

2) กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ หรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน (Management Tools) โดยมีปรัชญาการบริหารแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up Approach) คือ เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม และในขณะเดียวกัน ผู้บริหารก็ต้องยอมรับแนวคิดหรือแนวทางแก้ไขปัญหาของระดับล่างเป็นเหตุเป็นผล (ฉันทน์ที่ บุญदानกลาง. 2543 : 46) ซึ่งการยอมรับจะทำให้บรรยากาศในการทำงานร่วมกัน

ปรัชญาของ QC เป็นการสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรแก้ไขและว่าระบบการทำงานด้วยตนเอง ซึ่งปราศจากการชี้นำจากผู้บริหาร โดยการผสมผสานหลักวิชาการต่างๆ อย่างเหมาะสมจนเกิดพลังในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ทฤษฎีองค์การและการจัดการองค์การ นโยบายและการวางแผน หลักพฤติกรรมศาสตร์และวิชาเศรษฐศาสตร์

จะเห็นได้ว่า QC เป็นการปลูกฝังค่านิยม (Values) และทัศนคติที่ดีในการทำงาน ทำให้เกิดการเกื้อหนุนและลดการนิทนาบว่าร้าย QC เป็นกระบวนการวางแผนอีกรูปแบบหนึ่ง กล่าวคือใช้วงจร PDCA (Plan Do Check Action) โดยก่อนจะวางแผน กลุ่มจะต้องค้นหาปัญหาว่าจะมีอะไรบ้างที่กลุ่มสามารถทำได้ ทำเป็นกลุ่ม ทำต่อเนื่อง และไม่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงาน จากนั้น พิจารณาความสำคัญของปัญหาโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล (Management by Facts) โดยเก็บข้อมูลของปัญหาแต่ละปัญหา อาจให้ใบตรวจสอบ (Check Sheet) แล้วนำเสนอเป็นกราฟเพื่อให้กลุ่มสามารถอ่านและวิเคราะห์ได้ทันที เมื่อได้ปัญหาสำคัญแล้ว กลุ่มตั้งหัวข้อเรื่องกำหนดเป้าหมายการปรับปรุงเป็นตัวเลขที่สามารถวัดได้ จากนั้น กลุ่มจึงวิเคราะห์สาเหตุ อาจใช้แผนภูมิแกงปลาหรือแผนภูมิความสัมพันธ์หรือแผนภูมิต้นไม้ จนได้เป็นตัวแบบเหตุผล จากนั้นกลุ่มก็ต้องระดมสมองเพื่อเป็นแนวทาง การปรับปรุงแก้ไขก่อนตัดสินใจเลือกแนวทางใด ต้องทำการวิเคราะห์แนวทางโดยใช้ หลักต้นทุน-ผลประโยชน์และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วจึงตั้งเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในเรื่องนั้นๆ

3) กิจกรรม 5 ส

5 ส เป็นตัวย่อของ ส จำนวน 5 ตัว คือ สะสาง (SEIRI) สะดวก (SEITON) สะอาด (SEISO) สุขลักษณะ (SEIKETSU) และสร้างนิสัย (SHISUKE) (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. 2542 : 22)

ส ตัวแรก คือ สะสาง เป็นการแยกของที่จำเป็นออกจากของที่ไม่จำเป็นและจัดของที่ไม่จำเป็นออกไป หัวหน้าหน่วยงานจะต้องเป็นผู้แยกของที่จำเป็นและของที่ไม่จำเป็น โดยของที่จำเป็นและใช้บ่อย ควรเก็บไว้ใกล้ตัว ของที่จำเป็นและใช้บางครั้ง ควรเก็บไว้ใกล้กระบวนการที่ใช้ ของจำเป็นแต่นานๆ ใช้ ควรเก็บไว้ในนอกบริเวณที่ทำงาน ส่วนของที่ไม่จำเป็นและไม่ใช้แล้วควรขจัดออกจากหน่วยงาน

ส ตัวที่ 2 สะดวก เป็นการจัดวางหรือจัดเก็บสิ่งของต่างๆ ในที่ทำงานให้เป็นระเบียบเพื่อความสะดวกและปลอดภัยและคงไว้ซึ่งคุณภาพ ประสิทธิภาพในการทำงาน เมื่อสถานที่ทำงานเหลือแต่สิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานหลังจากสะสางแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการจัดสิ่งของให้เป็นหมวดหมู่ มีป้ายชัดเจนและเหมาะสมต่อสภาพการใช้งานที่ทุกคนสามารถเข้าใจได้

ง่าย การทำเช่นนี้จะทำให้ลดการสูญเสียวเวลาในการค้นหา การหยิบและการจัดเก็บไม่ผิดพลาด ซึ่งมีผลทำให้ได้การบริการรวดเร็วและถูกต้อง

๕ ตัวที่ 3 สะอาด เป็นการทำความสะอาด (ปิดกวาด เช็ด ถู) วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งบริเวณพื้นที่ที่ทำงาน หัวหน้าหน่วยงานควรเริ่มขั้นตอนการทำความสะอาดโดย 1) กำหนดแบ่งเขต บริเวณ สิ่งของ เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และมอบหมายความรับผิดชอบให้บุคลากรแต่ละคน 2) ศึกษาวิธีการใช้งาน การทำความสะอาด ที่ถูกต้องของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ 3) กำหนดเวลาการทำความสะอาด เช่น ก่อนและหลังการใช้งาน กำหนดวัน 5 ส ประจำสัปดาห์ วันทำความสะอาดใหญ่ประจำปี (Big Cleaning Day) เป็นต้น 4) กำหนดเวลาการทำความสะอาดและรายละเอียดของการทำความสะอาดของแต่ละจุด เช่น 5 นาที 5 ส แต่ละคนต้องทำอะไรบ้าง 5) ทำความสะอาดที่ทำงานทุกๆ วัน จนติดเป็นนิสัย

๕ ตัวที่ 4 สุขลักษณะ เป็นการรักษามาตรฐานการปฏิบัติ 3 ส แรกที่ดีไว้ ค้นหาสาเหตุต่างๆ เพื่อยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น สุขลักษณะเป็นการทำ 5 ส แรกอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพื่อรักษามาตรฐานของความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่ทำงานให้อยู่ในสภาพที่ดีตลอดเวลา รวมทั้งต้องพยายามหาทางปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ประเด็นสำคัญของสุขลักษณะ คือ การรักษามาตรฐานและปรับปรุงให้ดีขึ้น

๕ ตัวที่ 5 สร้างนิสัย เป็นการสร้างนิสัยและฝึกวินัยในตนเอง ให้ปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ จนกลายเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ หรือโดยธรรมชาติ เช่น การเก็บของที่นำไปใช้เข้าที่เดิมทุกครั้งโดยไม่ต้องมีใครบอก การจัดการแยกขยะและทิ้งให้ถูกที่เป็นต้น

การปฏิบัติกิจกรรม 5 ส นอกจากจะมีผลดี คือ ทำให้สถานที่ทำงานสะอาด สวยงาม ช่วยบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน ยังส่งผลต่อผลผลิต คุณภาพ ต้นทุน การส่งมอบและขวัญกำลังใจ หากสิ่งต่างๆ ดังกล่าวลดลงจะส่งผลให้กำไรลดลง และส่งผลกระทบต่อองค์กร คือ โอกาสในการแข่งขันลดลง ความอยู่รอดลดลง การขยายกิจการลดลง และไม่สามารถเป็นเลิศในธุรกิจได้ ส่วนผลที่กระทบต่อบุคลากร คือ เงินเดือนและโบนัส สวัสดิการและตำแหน่งของบุคลากรลดลง เมื่อบุคลากรช่วยกันทำ 5 ส จะมีส่วนช่วยให้ผลเสียต่างๆ ลดลง กิจกรรม 5 ส เป็นพื้นฐานของการบริหาร และช่วยส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ อีกมากมาย

4) การพัฒนาองค์กร

การพัฒนาองค์กร (Organization Development : O.D.) เป็นการฝึกอบรม เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในทางที่ดี ให้มีความรัก ความสามัคคี ให้มองโลกในแง่ดี ให้เข้าใจธรรมชาติของคน ให้เห็นคุณค่าของทุกคนและให้ทำงานเป็นทีม โดยอาศัยกิจกรรมและสถานการณ์เป็นเครื่องมือในการฝึกอบรม (ภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2540 : 165) การนำแผนพัฒนาองค์กรมาใช้จะต้องเป็นความเห็นชอบของผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ใกล้ชิดผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด จึงต้องดูแลและดำเนินการตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล หากพบว่าหน่วยงานมีปัญหา เช่น ขาดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงาน บรรยากาศในการทำงานเต็มไปด้วยการแข่งขัน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ต้องการเปลี่ยนทัศนคติของคนในหน่วยงาน การพัฒนาองค์กรทำเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ในหน่วยงาน และเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ เนื้อหาในการอบรม O.D. ประกอบไปด้วย กิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมความรัก ความสามัคคี การทำงานเป็นทีม การสร้างมนุษยสัมพันธ์ เช่น กิจกรรม Buddy กิจกรรมละลายพฤติกรรม กิจกรรมหน้าต่างโจฮารี กิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Stroke) เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการใช้ Stork กับผู้ร่วมงาน ถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญและทรงคุณค่าที่สุดของกิจกรรม O.D. หลังจากทำโครงการ การพัฒนาองค์กร (O.D.) แล้ว ผู้บริหารจะรู้สึกเบาใจขึ้น เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายมีความรับผิดชอบมากขึ้นทุกคนให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน มองโลกในแง่ดี มีการยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายกัน ที่สำคัญที่สุดทุกคนยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้บังคับบัญชาได้รับการยอมรับจากผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชายอมรับและเห็นความสำคัญของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนยอมรับเพื่อน นอกจากนี้ประโยชน์จากโครงการ O.D. คือ ประชาชนผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาล ได้รับการต้อนรับ เอาใจใส่ดูแลจากเจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น

5) พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ

พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ (Excellence Service Behavior : ESB) เป็นการ อบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการหรือรูปแบบของมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การฝึกอบรมมุ่งเน้นที่จะอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลทุกคน และได้จัดทำให้กับผู้บริหารทุกระดับ โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้บริหารเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการแนวทางในการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นการบรรยายกึ่งสนทนา มีการปลูกเร้าจิตสำนึก มีกิจกรรมเพื่อให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง

เนื้อหาในการอบรมแบ่งออกเป็น 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรการบริการงานบุคคลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการเป็นหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร ส่วนหลักสูตรสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพเป็นหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เนื้อหาในการอบรมจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลจิตเวชบริการ มนุษยสัมพันธ์ การประสานความร่วมมือกิจกรรมกลุ่มและวิดีโอ พฤติกรรมบริการ จิตสำนึกในการบริการ วจิกรรมบริการและการใช้โทรศัพท์ นอกจากกิจกรรมเหล่านี้แล้วในหลักสูตรสำหรับผู้บริหารจะเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารความขัดแย้งทักษะการบริหารงานบุคคล เทคนิคการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชา การตัดสินใจปัญหาและการวินิจฉัยสั่งการเบื้องต้น ภายหลังจากฝึกอบรมบุคลากรจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน มีการทักทายอย่างอ่อนน้อม มีความอยากที่จะทำงานเพื่อให้องค์กรดีขึ้น

พฤติกรรมดีๆ เหล่านี้ หากผู้บริหารเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริหารผลที่เกิดขึ้นจะส่งเสริมให้ยั่งยืนขึ้น ข้อเสนอแนะของโรงพยาบาลที่อบรม ESB คือ การฝึกอบรมควรเน้นที่การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลเป็นเบื้องต้น เพราะบุคคลเหล่านี้ คือ คนสำคัญที่จะทำให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานการอบรมพฤติกรรมที่เป็นเลิศ หัวหน้าหรือผู้ป่วนนอกจากอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริหารให้ดีขึ้นแล้ว จึงต้องดูแลบุคลากรผู้ใต้บังคับบัญชาในหน่วยงานให้ได้รับการอบรมเช่นเดียวกัน

6) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

การจัดทำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guidelines : CPGs) เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับขั้นตอนอื่นๆ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การนำ CPGs ไปปฏิบัติ การทบทวนวิธีการดูแลรักษาและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และการปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นและนำไปสู่การปรับปรุง CPGs อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายคือ เพื่อให้ผลการรักษามีคุณภาพ ใน CPGs จะบ่งถึงขั้นตอนการรักษาโรคต่างๆ โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ความสำคัญกับบุคลากรหลายวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย CPGs ป่วย ทีมงาน CPGs จึงประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา โภชนาการ เป็นต้น ทีมงานกลุ่มนี้จะทำหน้าที่ตั้งแต่ยกร่าง CPGs ติดตามผล และรับผิดชอบในการปรับ จนสามารถนำไปใช้ได้จริง การนำ CPGs ไปใช้ในหน่วยงานหัวหน้าหน่วยงานจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ดีขึ้น

ประโยชน์ของการทำ CPGs คือ ด้านผู้ป่วย จะได้รับการดูแลที่เป็นระบบ และมีแนวการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีมให้การรักษา ด้านผู้ประกอบวิชาชีพ จะทำให้ได้ร่วมมือปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ด้านองค์กรวิชาชีพเอง ทำให้

มั่นใจว่ามีการดำเนินการตาม CPGs ที่ได้กำหนดไว้ ด้านสังคม ทำให้รับรู้แผนการดูแลรักษาที่มีต่อผู้ป่วยและเชื่อมั่นในมาตรฐานการรับรองของโรงพยาบาล ด้านโรงพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น AIC กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ กิจกรรม 5 ส การพัฒนาองค์กร พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศและการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยมาใช้นั้นจะต้องให้บุคลากรในองค์กร ทราบว่าที่ผ่านมามีปัญหาอะไร แล้วปัญหานั้นสร้างความเสียหายแก่องค์กรระดับใด เพื่อให้เกิดความตระหนัก เมื่อทุกคนเกิดความตระหนักแล้ว ทุกคนจะต้องร่วมกันคิดวางแผน ลงมือปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ ตรวจสอบผลการปฏิบัติงานและปรับปรุงข้อบกพร่อง ซึ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จะต้องเกิดการมีส่วนร่วมในทุกระดับของบุคลากรในองค์กร ซึ่งตัวกิจกรรมย่อยเป็นเพียงการแก้ไขข้อบกพร่องเพียงบางประการเท่านั้น ซึ่งในภาพรวมจะต้องทราบสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงก่อน เพื่อที่จะทำการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด

2.4 การดำเนินงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล บางน้ำเปรี้ยว

2.4.1 ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว เริ่มก่อสร้างเปิดบริการรักษาประชาชนผู้เจ็บป่วยเมื่อ พ.ศ. 2501 ในรูปแบบของสุขศาลา ต่อมาได้ยกฐานะเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งขึ้น พ.ศ. 2517 ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว แต่อาคารคงสภาพเดิมไม่มีการสร้างต่อเติม คือ อาคารช่วงล่างเป็นปูนช่วงบนอาคารเป็นไม้ มีเรือนคลอดแยกจากตัวอาคารเดิม เมื่อปี พ.ศ. 2527 และก่อสร้างโรงพยาบาลใหม่เป็นแบบแปลนโรงพยาบาล 10 เตียง ในปี พ.ศ. 2529 ได้เปิดทำการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวตั้งอยู่เลขที่ 190/1 ม. 5 ต.โพรงอากาศ อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา ห่างจากตัวจังหวัด 18 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 5 ไร่ 2 งาน ต่อมาเมื่อมีผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลจึงได้ย้ายมาก่อสร้างใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2538 ยกฐานะเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 100 ม. 2 ต.หมอนทอง อ. บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา เนื้อที่ 50 ไร่ ปัจจุบัน ปี พ.ศ.2546 กำลังดำเนินการสร้างตึกผู้ป่วยในเพิ่มอีก 30 เตียง และมีโครงการก่อสร้างอาคารเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน อาคารห้องผ่าตัดและ ห้องคลอดเพิ่มจำนวนประชากร ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ชาย 36,632 คน หญิง 37,278 คน รวม 73,910 คน 15,774 หลังคาเรือน อำเภอ
บางน้ำเปรี้ยวมีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

| | |
|-------------|--|
| ทิศเหนือ | จรดอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก และอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี |
| ทิศใต้ | จรดอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา |
| ทิศตะวันออก | จรดอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา และอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี |
| ทิศตะวันตก | จรดอำเภอหนองจอก กรุงเทพมหานคร |

รายนามแพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

ปี พ.ศ. 2501 – พ.ศ. 2504

นายแพทย์บรรณสิทธิ์ สกลผลุงเขตต์

ปี พ.ศ. 2504 – พ.ศ. 2516

นายแพทย์สมบูรณ์ วรรณดาวสันต์

ปี พ.ศ. 2516 – พ.ศ. 2519

นายแพทย์เกียรติ ใจบุญมา

มีนาคม พ.ศ. 2519 – มีนาคม พ.ศ. 2521

นายแพทย์ธีรศักดิ์ ชำรงธีรกุล

มีนาคม พ.ศ. 2521 – เมษายน พ.ศ. 2521

นายแพทย์สมศักดิ์ คงวิวัฒนากุล

พฤษภาคม พ.ศ. 2521 – มีนาคม พ.ศ. 2524

นายแพทย์สมหมาย โรจนานุกูลพงศ์

พฤษภาคม พ.ศ. 2524 – เมษายน พ.ศ. 2524

นายแพทย์พรชัย พฤษพานาชาติ

พฤษภาคม พ.ศ. 2524 – พฤษภาคม พ.ศ. 2527

นายแพทย์วีระวัฒน์ อินทรอุทก

17 พฤษภาคม พ.ศ. 2527- มีนาคม พ.ศ. 2529

นายแพทย์สุรพงษ์ อึ้งศรีวงศ์

เมษายน พ.ศ. 2529 – 21 ตุลาคม พ.ศ. 2535

นายแพทย์ยุทธนา พูนพานิช

21 ตุลาคม พ.ศ. 2535 – ปัจจุบัน

นายแพทย์สรลักษณ์ มิ่งไทยสงค์

วิสัยทัศน์

คุณภาพมาตรฐาน บริการเพื่อสุขภาพที่ดี

พันธกิจ

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการที่มีมาตรฐานในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดี เกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ มีการพัฒนาคุณภาพบุคลากรและการให้บริการอย่างต่อเนื่องรวมทั้งเป็นแหล่งเผยแพร่ข้อมูลด้านการพัฒนาคุณภาพ

ค่านิยมร่วมของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

- (1) สร้างสรรค์สิ่งใหม่
- (2) ใฝ่หาความรู้
- (3) ทำงานเป็นทีม
- (4) รวดเร็ว ซื่อสัตย์
- (5) โปร่งใส เป็นธรรม สื่อสารชัดเจน
- (6) มีความสุขในการทำงาน

2.4.2 กรอบและหลักในทางปฏิบัติสำหรับค่านิยมร่วมของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

1) สร้างสรรค์สิ่งใหม่

(1) ทำงานพร้อมกับใฝ่หาความรู้และสิ่งใหม่ๆ เพื่อพัฒนาการทำงาน ต้องศึกษาหาความรู้ในทุกภารกิจของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว และร่วมแสดง ความคิดเห็น เพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น ต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิทยาการใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ ในการปฏิบัติงานของเราให้สำเร็จตามเป้าหมาย

(2) ติดตามความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ในปัจจุบัน และมองไปถึงอนาคต ต้องคำนึงถึงสถานการณ์ในปัจจุบัน และคาดการณ์ในอนาคตเพื่อก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลง ติดตามการเปลี่ยนแปลงขององค์กรภายนอก เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานของเรา

2) ใฝ่หาความรู้

(1) พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อก้าวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องใฝ่หาความรู้ด้านการบริหาร ด้านวิทยาการใหม่ และปรับตัวให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลง ในทุกสถานการณ์ได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา การอบรม และการสัมมนา มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

(2) ต้องมีการวางแผนหาแนวทางป้องกัน และประเมินผลการปฏิบัติงาน ต้องวางแผนการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน เพื่อให้สอดคล้องความต้องการของประชาชน ติดตาม ประเมินผล และสำรวจการทำงานของตนเองทุกวัน ต้องหาแนวทางป้องกัน และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยทันที

3) ทำงานเป็นทีม

(1) ให้เกียรติ และเคารพในความคิดของผู้ร่วมงานอย่างจริงใจ ประสานงาน กับทุกคนในทีมงาน ด้วยมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เชื่อมมั่น ไว้วางใจในความสามารถของผู้ร่วมงานในทีม มีน้ำใจ มีเจตนาที่ดีต่อกัน เปิดใจ ยอมรับด้วยความเต็มใจ ไม่ยึดผลงานของทีมมาเป็นผลงาน ของตนเอง คำนึงถึงความสำเร็จของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว เป็นที่ตั้ง เปิดโอกาสให้ทุกคน ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี

(2) ช่วยกันแก้ปัญหาและไม่ทอดทิ้งกัน ยอมรับว่าในข้อขัดแย้งอาจก่อให้เกิดความเห็นหรือทางเลือกอื่นจะเกิดประโยชน์ต่อการทำงาน แก้ปัญหาด้วยวิธีการเจรจา กันอย่างเปิดเผย จริงใจ เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด ยินดีให้ผู้ร่วมงานแก้ไขข้อผิดพลาดและร่วมแก้ปัญหา อย่างจริงใจ

4) รวดเร็ว ซื่อสัตย์

(1) ทำงานโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน เน้นการทำงานให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์หลัก วิสัยทัศน์ และค่านิยมร่วมของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ทำงานอย่างมีเป้าหมาย และทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย

(2) ปรับปรุงการทำงานให้รวดเร็ว ถูกต้อง และทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ วางแผน จัดลำดับความสำคัญของงาน ตรวจสอบ และปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานอยู่เสมอ

(3) ทำงานด้วยความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และผู้อื่น ตรงต่อเวลา ตรงต่อ นัดหมาย ทักษะความสามารถ และศักยภาพ เพื่อการทำงาน ใช้เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ อย่างระมัดระวัง ประหยัด คุ่มค่า ไม่นำทรัพย์สินสมบัติของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวมาใช้ประโยชน์ ส่วนตน ไม่ใช่ตำแหน่งหน้าที่ เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ทำ ธุรกิจส่วนตัว หรือกิจกรรมส่วนตัวในเวลาทำงาน

5) โปร่งใส เป็นธรรม สื่อสารชัดเจน

(1) มุ่งเน้นการทำงานด้วยอุดมการณ์ และหลักการที่ถูกต้อง ต้องพูด ความจริงเสมอ แม้ว่าความจริงนั้นจะทำให้เราเสียประโยชน์ กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างกับ คนอื่น แม้ว่าจะแตกต่างกับผู้บังคับบัญชา หากความคิดเห็นจะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ไม่ทำผิด ระเบียบ หรือข้อบังคับ กฎเกณฑ์ ไม่บิดเบือนและเพิ่มเติมข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ ไม่ว่ากรณีใด

(2) ให้ความยุติธรรม โปร่งใส และเป็นธรรมแก่ทุกคนเท่าที่ทำได้ ปฏิบัติต่อบุคคลต่างๆ อย่างรู้กาลเทศะ และให้ความเท่าเทียมกัน ไม่เล่นพรรคเล่นพวก

(3) รับฟัง และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ร่วมงาน เพื่อเป็นการสื่อสารที่ชัดเจน ยินดีให้ข้อมูลแก่เพื่อนร่วมงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานอย่างเต็มใจ ยอมรับในความคิดที่แตกต่างและให้โอกาสการแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน ยินดีให้บริการข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ต่อบุคคลภายในและบุคคลภายนอกอย่างเต็มใจ ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากองค์กรภายใน และภายนอก เพื่อให้การสื่อความหมายถูกต้องตรงกัน

6) มีความสุขในการทำงาน

(1) การช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานและผู้อื่นช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่แก่เพื่อนร่วมงานแม้มีชั่วโมงที่โดยตรงใส่ใจในทุกข์สุข และเป็นกำลังใจให้เพื่อนร่วมงานให้บริการประชาชนผู้มาติดต่อด้วยอัธยาศัยไมตรีอย่างอบอุ่นและประทับใจ

(2) การสร้างบรรยากาศการทำงานให้มีความสุขร่วมกันสนุกกับการทำงานร่วมกับผู้อื่นให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์ระหว่างหน่วยงานและเพื่อนร่วมงาน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ โดยเริ่มที่โต๊ะทำงานของเราก่อนรักษาสิ่งแวดล้อมภายในที่ทำงานของเราให้น่าทำงานยิ่งขึ้น

2.4.3 เป้าหมาย

- 1) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการด้านต่างๆ
- 2) องค์กรมีคุณภาพการบริการตามมาตรฐาน HA ภายในปี 2547
- 3) บุคลากรของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวมีความพึงพอใจในการบริหารงานของโรงพยาบาล

2.4.4 ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล

- 1) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล < 0.1
- 2) อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ > 85 %
- 3) อัตราความพึงพอใจของบุคลากร > 85 %
- 4) อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio) > 2
- 5) อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)
- 6) อัตราการป่วยด้วยโรคที่ต้องรายงานตาม รง.506 ลดลง 10 %
- 7) อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อลดลง 10 %
- 8) เด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ (50%)
- 9) อัตราตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาลลดลง

10) อัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว 100 %

11) อัตราผู้ใช้ความรู้และทักษะมาพัฒนาโรงพยาบาล 90 %

2.4.5 แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

- 1) แผนการเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ
- 2) แผนสร้างความพึงพอใจให้บุคลากรในด้านการบริหารงานของโรงพยาบาล
- 3) แผนงานบริการเชิงรุก
- 4) แผนพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ คุณภาพบริการ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้จัดที่ปรึกษา 2 ท่าน คือ

อ. สงกรานต์ พุทธิขจร และ ภญ. ศุสดี บัวทอง เข้าเยี่ยมและให้คำปรึกษาเข้ม (Intensive Consultation Visit) ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2546 และได้รายงานผลการเยี่ยมและให้คำปรึกษาที่จะต้องแก้ไขดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1) ทีมนำควรทำความเข้าใจกันทีมงานต่างๆ ถึงความสำคัญของการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพให้ชัดเจนทั้งเป้าหมายในระดับโรงพยาบาล เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ เป้าหมายของทีมนำระดับกลาง เป้าหมายของหน่วยงานและเป้าหมายของกิจกรรมที่จะทำให้ชัดเจน รวมทั้งควรมีการประเมินการบรรลุเป้าหมายเป็นระยะ

2) ทีมนำควรสนับสนุนให้ทีมนำระดับกลางนำเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ไปจัดทำแผนพัฒนารองรับและวางระบบให้รายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายและแผนต่างๆ ที่จัดทำไว้เป็นระยะ ทั้งนี้โดยให้ทีมต่างๆ รายงานทั้งเชิงปริมาณ เช่น อัตราความสำเร็จตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้และเชิงคุณภาพ เช่น รายงานผลการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งที่พบในระบบงานที่รับผิดชอบ หรือรายงานปัญหาอุปสรรคที่พบ เป็นต้น เพื่อทีมนำจะได้รับทราบความก้าวหน้าในเชิงระบบและให้การสนับสนุนหรือช่วยแก้ปัญหาต่อไป

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1) การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

(1) ทีมงานต่างๆ ควรนำข้อมูลความต้องการของเพื่อนร่วมงานที่มีอยู่ในแบบประเมินตนเองไปสรุปการตอบสนองที่ผ่านมาหรือนำไปวางแผนตอบสนองความต้องการ

ของกันและกันให้เป็นรูปธรรมแล้วสรุปรายงานส่งให้ทีมผู้ประสานเพื่อนำไปประเมินวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรในภาพรวมของโรงพยาบาล

(2) ให้มีความครอบคลุมทั้งด้านอาคารสถานที่ ทรัพยากร กำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ ขอบเขตบริการ บนพื้นฐานข้อมูลด้านการบริหาร เช่น สถานะทางการเงิน การประมาณการรายรับ รายจ่าย ข้อมูลระบาคติวิทยาของชุมชน การประเมินประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลในปีที่ผ่านมา และข้อมูลสนับสนุนที่บ่งบอกคุณภาพเพิ่ม เช่น ผลลัพธ์ที่คาดหวังและควรส่งเสริมให้มีการรายงานเปรียบเทียบการใช้จ่ายกับแผนยุทธศาสตร์เป็นระยะเพื่อนำมาใช้ปรับแผนให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

(3) ควรกำหนดแนวทางการวางแผน การจัดสรรทรัพยากรให้มีความชัดเจน พร้อมทั้งสื่อสารแนวทางดังกล่าวให้หน่วยงานต่างได้รับทราบ และส่งเสริมให้มีการประเมินการจัดสรรทรัพยากร การใช้ทรัพยากรด้านประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดกระบวนการในการบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

(4) ควรส่งเสริมให้มีทะเบียนครุภัณฑ์โรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบันและมีข้อมูลพื้นฐานอย่างน้อย เช่น ประวัติการได้มา มูลค่า ประวัติการซ่อม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถยืนยันได้กับหน่วยงานที่ใช้เครื่องมือ

(5) ควรสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ นำข้อมูลความต้องการของเพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลไปวางแผนตอบสนองให้เป็นรูปธรรม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในแนวราบ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันให้มีความราบรื่นมากยิ่งขึ้น โดยนำข้อมูลความต้องการที่สามารถตอบสนองได้ทันทีโดยทีมงานเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้ลงมือทำได้เลย ในส่วนที่ไม่สามารถตอบสนองได้ให้นำประเด็นมาพูดคุยร่วมกันกับเจ้าของความต้องการเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันหรืออาจสรุป ข้อมูลส่งเรื่องต่อให้ผู้บริหารระดับสูงกว่าเพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนต่อไป

2) การบริหารทรัพยากรบุคคล

ทีมนำควรติดตามว่าหน่วยงานต่างๆ มีการกำหนดความรู้ ทักษะ ความสามารถเฉพาะสำหรับการให้บริการของหน่วยงานไว้ชัดเจนหรือไม่ ครอบคลุมเพียงใดได้นำไปกำหนด เป็นประเด็นสำหรับเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานหรือในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขาหรือไม่ มีการติดตามประเมินผลการให้บริการและนำไปเป็นประเด็นสำคัญในการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือไม่ รวมถึงประเมินว่ามีการนำความรู้ ทักษะเฉพาะเหล่านั้นไปประกอบในการทบทวนผลงาน/ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมาหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อเป็น

หลักประกันว่าเจ้าหน้าที่จะมีทักษะที่เพียงพอ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ได้รับการบริการหรือได้รับการดูแล โดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

3) การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

(1) ควรปรับปรุงเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพหรือกำหนดแนวทางการบริหารจัดการ ในบางหน่วยงานให้ชัดเจน เหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้น เช่น โรงพักขยะ บริเวณบ่อบำบัดน้ำเสีย บริเวณประตูเข้า - ออกหน้าโรงพยาบาล รวมทั้งวางระบบการจัดการ แผนบำรุงรักษา รายงานข้อขัดข้อง และการติดตามตรวจสอบอย่างเหมาะสม

(2) ควรทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในระบบอาชีวอนามัย ให้มีขอบเขตรับผิดชอบงานที่ชัดเจน เพื่อป้องกันการดำเนินงานซ้ำซ้อน รวมทั้งควรส่งเสริมให้มีระบบเก็บ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การดูแลเจ้าหน้าที่ผู้ประสบเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงาน การวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาปรับปรุง แก้ไขและเฝ้าระวังที่เหมาะสมต่อไป

4) เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

ควรมีแผนหรือระบบที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาเครื่องมือและการจัดการที่สอดคล้องกับแผนบริการ จำนวนผู้ป่วย หรือข้อมูล โดยเป็นการดำเนินการจากหน่วยงานกำหนดความต้องการ ประโยชน์ที่ได้รับและควรมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเครื่องมือและอุปกรณ์ ชัดเจนตามลำดับความสำคัญ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งสื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบทั่วกัน

5) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

(1) ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมเพิ่มเติมให้ครอบคลุมเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ ทั้งการใช้เทคโนโลยี และการบันทึกต่างๆ และควรวางแผนทางการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ในการนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ เผยแพร่ หรือกระจายข้อมูลข่าวสารที่วิเคราะห์แล้วแก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาคุณภาพ โดยให้มีการเผยแพร่แก่ผู้เกี่ยวข้องในเวลาที่เหมาะสมและรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งาน

(2) ควรมีการวางแผนการใช้สารสนเทศในโรงพยาบาล ที่ครอบคลุมการกำหนดเป้าหมายการใช้ การออกแบบระบบ การกำหนดข้อมูลพื้นฐาน การใช้ประโยชน์ของข้อมูล การป้องกันและการรักษาความลับของข้อมูลในระบบ รวมทั้งส่งเสริมให้หน่วยงานผู้ใช้ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบระบบสารสนเทศ

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

1) กระบวนการพัฒนาคุณภาพทั่วไป

(1) ทีมคณะกรรมการต่างๆ ควรทบทวนเป้าหมาย และบทบาทในการดำเนินการให้ชัดเจน รวมทั้งควรประเมินผลการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เห็นถึงภาพรวมที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่ทีมรับผิดชอบ อย่างเป็นรูปธรรม

(2) ทีมผู้ประสานควรประสานงานกับทีมต่างๆ เช่น ทีม IC ทีมบริหาร การพยาบาล เป็นต้น เพื่อสรุปรายการแนวทางปฏิบัติที่มีความสำคัญสูงให้ชัดเจน นำแนวทางปฏิบัติต่างๆ เหล่านั้นไปประเมินว่าสามารถปฏิบัติได้จริงมากน้อยเพียงใด กลุ่มแนวทางปฏิบัติที่ไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง มีอะไรบ้าง มีการปรับเปลี่ยนในเรื่องใด เหตุผลของการปรับเปลี่ยนคืออะไร ใช้เอกสารวิชาการ/งานวิจัยอะไรอ้างอิง เป็นต้น รวมทั้งประเมินดูว่าจากการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่เป็นผลมาจากการพัฒนาคุณภาพนั้น นำไปปรับเปลี่ยนคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องหรือยัง ทั้งนี้เพื่อสรุปผลการวางระบบต่างๆ ในภาพรวมของโรงพยาบาล

2) การจัดการความเสี่ยง

(1) ควรสร้างความเข้าใจกับหน่วยงานต่างๆ ว่า หลักในการวิเคราะห์ ความเสี่ยง ปัญหา หรือโอกาสพัฒนา คือ การประเมินค้นหาความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติจริง กับสิ่งที่เป็จุดมุ่งหมายของกระบวนการนั้น นำประเด็นความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้ไปทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมา เพื่อนำไปกำหนดมาตรการป้องกันหรือวางแผนพัฒนาคุณภาพต่อไป

(2) แพทย์และหัวหน้าหน่วยงานทางคลินิกควรร่วมกันทำกิจกรรม “ทบทวนทางคลินิก” ให้สม่ำเสมอทุกเดือน โดยกำหนดประเด็นสำคัญในการทบทวนให้ชัดเจน เช่น ความถูกต้อง/เหมาะสมในการประเมินผู้ป่วย ความชัดเจนในการระบุปัญหาของผู้ป่วยให้เป็องค์รวม ความชัดเจนในการกำหนดแผนการรักษาผู้ป่วยตามสภาพที่พบ ระยะเวลาในการขอคำปรึกษา ความชัดเจนในการวางแผนเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำร่วมกัน ความชัดเจนในการส่งต่อปัญหาของผู้ป่วยระหว่างทีมต่างๆ ความถูกต้องครบถ้วน ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ความทันเวลาในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น แล้วนำผลการประเมินมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในเวทีประชุมของ PCT

หมวดที่ 4 การรักษาพยาบาลและจริยธรรมวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- 1) องค์กรแพทย์ ควรมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทบทวนทางคลินิกให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมและครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ป่วยสำคัญของโรงพยาบาล และให้ความสำคัญกับการทบทวนเวชระเบียนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้มากขึ้น
- 2) การบริหารการพยาบาล
 - (1) ควรทบทวนความชัดเจนของการกำหนดเป้าหมายของการบริหารการพยาบาลและการจัดบริการพยาบาลให้ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการประเมินความสำเร็จของทีม
 - (2) ควรจัดเวทีให้สมาชิกทีมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันรวมทั้งการนำผลการทบทวนไปวางแผนสนับสนุนจำนวนเจ้าหน้าที่กำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรมพัฒนาทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขาหรือจัดเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุบล คุลยากรณ์ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุแตกต่างกันมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534 : 36) พบว่า การพัฒนาคุณภาพงานต้องมีการนัดประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ แม้บางครั้งอาจให้เวลาส่วนหนึ่งนอกเหนือจากเวลาทำงานและในการประชุมกลุ่มควรเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ซึ่งเป็นการตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคล (Decision Group) ก่อให้เกิดการพัฒนาสมาชิกในกลุ่ม

บุญศรี สรรเสอาด และคนอื่นๆ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการทำงานสาขาวิชาชีพในบริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่าบุคลากรทุกสายงานมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองและผู้อื่นในระดับดี แต่ในรายละเอียดมีความรู้ความเข้าใจแตกต่างกันไปบ้าง และพบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพเกิดจากสาเหตุ 4 ประการ คือ ความรู้ทางวิชาชีพแตกต่างกันของบุคลากร บุคลิกภาพเฉพาะตัว ซึ่งรวมถึงการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การประสานงานและแผนการปฏิบัติงาน

ของศูนย์บริการสาธารณสุข การมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการประชุมปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน การปฏิบัติงานที่เหลื่อมล้ำก้าวถ่างกัน ซึ่งเกิดจากการกำหนดบทบาท ภาระหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพไม่ชัดเจน นอกจากนี้ พบว่า ระดับการศึกษาอาชีวการและสถานภาพสมรสของบุคลากร ทั้ง 6 สายงานไม่มีผลต่อการเกิดปัญหา ข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพของบุคลากรในศูนย์บริการสาธารณสุข

องอาจ วิพุทธิ และคนอื่นๆ (2541 : 69) ศึกษาโครงการนำร่อง วิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2536 – 2538 เพื่อนำเอาแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยศึกษาจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในเขตปริมณฑล ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 8 แห่ง โดยวิธีการทบทวนจากเอกสารและการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้นำระดับสูงของโรงพยาบาล พบว่า การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นปรัชญาการทำงานที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ใช้บริการ และการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรในองค์กร โรงพยาบาลที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร เกิดจากการที่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางเห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง การฝึกอบรม การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม

ตาบทพิพย์ ฐิติพงษ์พานิช (2539 : 76) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพโดยรวมระดับปานกลาง มีเจตคติระดับสูง และยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมในระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม พบว่า อาชีวการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพโดยรวมมีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด และเจตคติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงานการอบรมไม่ทั่วถึง และขาดปัจจัยสนับสนุน

องอาจ วิพุทธิ และคนอื่นๆ (2541 : 75 - 79) ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM เพื่อศึกษาบทบาทรูปแบบโครงการนำร่องฯ ประยุกต์เกณฑ์ มัลคอล์มบอริดจ์ ประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข มาทดลองใช้ และศึกษาความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิด TQM/CQI ของผู้นำระดับสูง ผู้นำระดับกลางและผู้ปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาล

ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ สํารวจความคิดเห็นของผู้นำ ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ทั้งหมด ในโรงพยาบาลในโครงการนำร่องฯ สํารวจความเข้าใจทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินงานและการปฏิบัติการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการดำเนินการในภาพรวม ปัจจัยนำเข้าเริ่มต้นด้วยการมุ่งสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทุกคน ด้วยการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแนวคิด TQM/CQI 2) ปัจจัยนำเข้าของแต่ละโรงพยาบาล เริ่มด้วยการมุ่งสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานแก่บุคลากรทุกคน 3) การสร้างเสริมผู้พฤติกรรมบริการที่ดี ด้วยการฝึกอบรม TQM/CQI และ ESB แก่ผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพ 4) การสร้างเสริมวิสัยทัศน์ผู้นำแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง ด้วยการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ AIC 5) การเลือกกิจกรรมพัฒนากระบวนการนำร่องเริ่มจากการเลือกกิจกรรมที่สำเร็จได้ง่าย 6) การเน้นความพึงพอใจของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก มีการวัดความพึงพอใจบริการในภาพรวมจากผู้ป่วยนอก ส่วนความพึงพอใจของลูกค้าภายในมีเพียงการประเมินบรรยากาศการทำงานก่อนและหลังนำแนวคิด TQM มาใช้ในบางโรงพยาบาล

ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากร พบว่า ปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้ TQM ประสบความสำเร็จใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ การที่มีเจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง และการฝึกอบรม TQM/CQI ส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลให้ประสบความสำเร็จได้แก่ 3 ประการ ดังกล่าวแต่ละทิศทางกลับกัน

ประทีป เรืองมาลัย (2541 : 49) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการจัดการน้ำชลประทานของโครงการชลประทานเขื่อนแม่กวงอุดมธารา ในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน พบว่า ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารและการเป็นสมาชิกกลุ่มจะมีส่วนร่วมมาก

ไพรัช ฐะเศรษฐกุล และคนอื่นๆ (2541 : 56) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพงานบริการโรงพยาบาลเถิดเทิง ปี 2536 – 2540 พบว่าการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพจะสำเร็จได้นั้นผู้บริหารระดับสูง ต้องให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง ให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทุกระดับร่วมทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สร้างขวัญ กำลังใจ แรงจูงใจ เช่น การจัดสวัสดิการ ให้รางวัล ให้เกียรติ เลื่อนขั้นให้เป็นกรณีพิเศษ ซึ่งจะทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

อวิภา นิมสุวรรณ และ ประเสริฐ เล็กสรรเสริญ (2541 : 69) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการคงสภาพหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า จังหวัดนนทบุรี พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ การศึกษา การได้รับ

ข้อมูลข่าวสาร การมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง ได้รับข้อมูลข่าวสารมาก มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน จะมีส่วนร่วมในการคงสภาพหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้ามากที่สุด ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วม ได้แก่ ไม่มีเวลา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพของตน

สังจากรณี ชันรุปีฎน์ (2541 : 29) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลยโสธร พบว่า

1) ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติเป็นเพศหญิง สมรสแล้ว ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ไม่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งให้เป็นคณะทำงาน ผู้ประสานงาน ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง

2) ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการอยู่ในระดับปานกลาง

3) ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการในภาพรวมในระดับปานกลาง ความคิดเห็นเป็นหลายด้าน พบว่า มีความเห็นด้วยอยู่ในระดับมากในด้านขั้นตอน จะเน้นโครงการและเป้าหมาย มีความเห็นด้วยปานกลางในประเด็นวิธีการ การประเมินตนเอง การจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน การจัดทำมาตรฐาน

4) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ตำแหน่งหน้าที่ตามคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นผู้มีหน้าที่คณะทำงานผู้ประสานงาน การรับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโครงการมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน

สุดศดา พงษ์รัตนามาน (2542 : 32) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับสูง และหัวหน้าที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จะมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย

เจริญศรี แซ่ตั้ง (2542 : 54) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บ้านสันช้างมูบ ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจในการปฏิบัติ การประเมินผล และผลประโยชน์ แต่มีส่วนร่วมน้อยในการวางแผน ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วม ได้แก่ การไม่มีเวลา การไม่ทราบข่าวการประชาสัมพันธ์ การไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และการทำหน้าที่ หรือผู้นำชุมชนเป็นผู้กำหนดแผนและการดำเนินการเอง

เสาวลักษณ์ สุทธิไส (2542 : 63) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริการสาธารณสุข ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ข่าวสาร การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การวางแผนและดำเนินการ การประเมินผล ความรับผิดชอบและการรับผลประโยชน์ สำหรับปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมที่สำคัญ คือ การขาดงบประมาณการศึกษา

ทิพย์วดี บำเพ็ญบุญ, พนิดา ชูสุวรรณ และอรกัญญา สร้อยยามิตี (2542 : 87) ได้ทำการศึกษา ความพร้อมในการเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา พบว่า ผู้บริหารมีความพร้อมสูงกว่าผู้ปฏิบัติ ซึ่งสาเหตุเกิดจากผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพที่มากพอ และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาล มีภาระงานบริการแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง สัดส่วนอัตรากำลังระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ จึงทำให้บุคลากรพยาบาลมีปัญหาในการสรรหาเวลาเพื่อพัฒนาคุณภาพ ซึ่งบุคลากรทุกคนในองค์กรควรมีความรับผิดชอบในการประเมินผลการปฏิบัติงานในหน่วยงานของตนเอง สามารถเริ่มจากการประเมินผลการปฏิบัติงานว่า มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ การประเมินสภาพผู้ป่วยหลังได้รับบริการ ตลอดจนการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อปัญหาและสุขภาพ เช่น การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อุบัติเหตุและอุบัติภัยต่างๆ

ปีทมา ยิ้มพงศ์ (2542 : 55) ได้ศึกษา พฤติกรรมผู้นำบรรยากาศสองครั้งที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม ได้แก่ การมีส่วนร่วมและทัศนคติของบุคลากร ดังนั้น บทบาทของผู้บริหาร คือ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบริหารคุณภาพโดยรวมแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลการสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการนำการบริหารคุณภาพโดยรวมมาดำเนินการ การส่งเสริมให้บุคลากรทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมคุณภาพ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการนำการบริหารคุณภาพโดยรวมมาดำเนินการ ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาระดับต้นไม่สนับสนุนการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพอย่างจริงจัง ขาดทีมที่ปรึกษาที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง เจ้าหน้าที่ไม่เห็นประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพงาน สมาชิกกลุ่มมีงานประจำเต็มเวลา ทำให้ไม่มีเวลาประชุมกลุ่ม ไม่เข้าใจแนวคิดและประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพ รู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระ และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

ประเสริฐ บัวกลีใบ (2543 : 73) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการอนุรักษ์และพัฒนาป่าชุมชน บ้านป่าสักงาม ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัด

เชิงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ โดยเกษตรกรที่มีอายุ 21 – 40 ปี มีส่วนร่วมมาก ผู้ที่มีอายุ 41 – 60 ปี มีส่วนร่วมปานกลาง ผู้ที่มีการศึกษาสูงและผู้ที่มีทัศนคติที่ดี เช่น เห็นด้วยกับการอนุรักษ์ และพัฒนาป่าชุมชนจะมีส่วนร่วมมาก

วลีรัตน์ สุภานันท์ (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวสังคม คุณลักษณะประชากร ความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยสนับสนุนด้านผู้บริหาร การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านกระบวนการพัฒนาและระบบคุณภาพ

จากการศึกษาของเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องให้บุคลากรเกิดทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ หลังจากนั้นบุคลากรทุกคนจะเข้ามามีส่วนร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ภายใต้การสนับสนุนอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง มีแรงจูงใจ มีขวัญและกำลังใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือและประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ