

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน
ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ จังหวัดอุดรธานี

นายทักษิณ ชาวดร

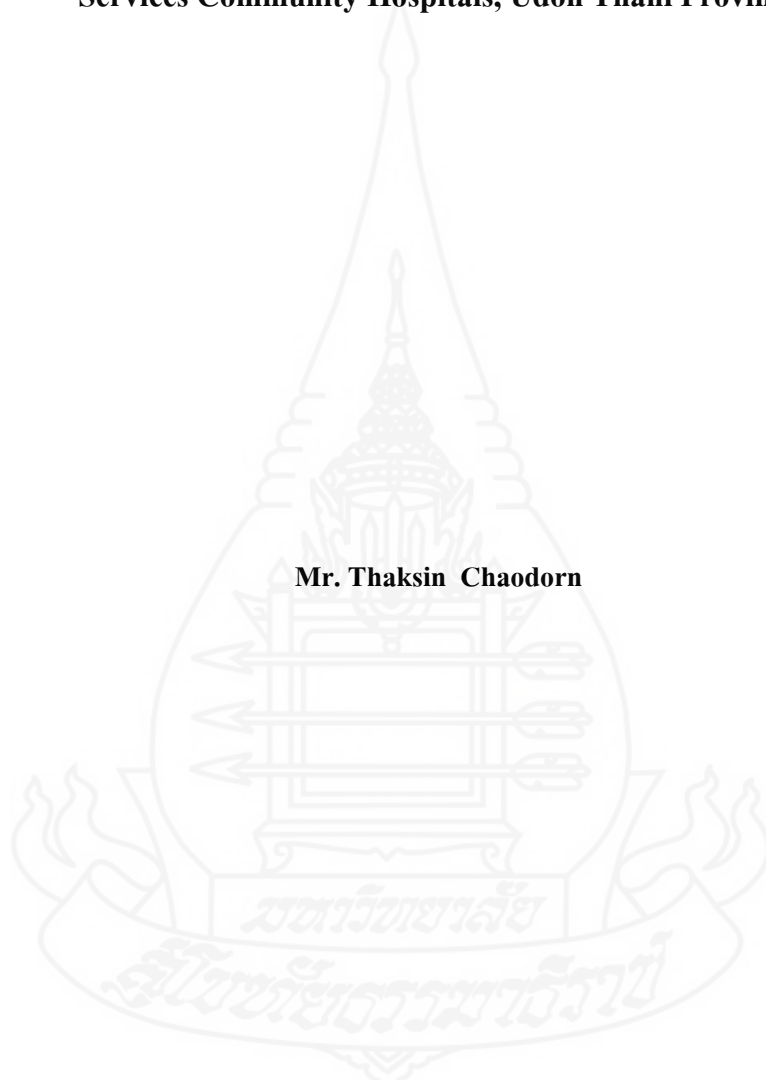


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Factors Affecting Services Quality Development in Accredited Quality
Services Community Hospitals, Udon Thani Province**

Mr. Thaksin Chaodorn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Hospital Administration

School of Health Sciences

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน
ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ จังหวัดอุดรธานี

ชื่อและนามสกุล นายทักษิณ ชาวคร

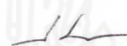
วิชาเอก บริหารโรงพยาบาล


สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช


อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.พานี สีตกะลิน
2. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ พิทยา จารุพูนผล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พานี สีตกะลิน)


..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรอง
คุณภาพบริการ จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัย นายทักษิณ ชาวคร **รหัสนักศึกษา** 2605001102 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.พณิ สัตตะกลิน (2) ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์
ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ในจังหวัดอุดรธานี (2) ระดับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ในจังหวัดอุดรธานีและ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ในจังหวัดอุดรธานี

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 แห่ง จำนวนทั้งหมด 579 คน สุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่าง 234 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล โครงสร้าง กระบวนการบริการ และผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาล สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรส่วนมาก อายุ ระหว่าง 31-50 ปี จำนวน 125 คน เป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล 11 คน มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 6-20 ปี จำนวน 81 คน และมีประสบการณ์ในงานพัฒนาคุณภาพ 177 คน ปัจจัยโครงสร้างในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านกาสนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรมตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยกระบวนการในภาพรวม อยู่ในระดับสูงยกเว้นการวางแผนและฝึกซ้อมอค์กัภัยระดับปานกลาง (2) ระดับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง (3) ปัจจัยโครงสร้างด้านกำลังคนมีผลมีและอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการมากที่สุด และปัจจัยด้านกระบวนการด้านการบริหารความเสี่ยง สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยมีมีผลมีและอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการมากที่สุด

คำสำคัญ การพัฒนาคุณภาพ คุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน

Thesis title: Factors Affecting Services Quality Development in Accredited Quality Services Community Hospitals, Udon Thani Province

Researcher: Mr. Thaksin Chaodorn; **ID:** 2605001235;

Degree: Master of Public Health;

Thesis advisor: (1) Dr.Panee Sitakalin, Associate Professor;

(2) Dr.Somjit Supannatas, Professor; **Academic:** 2018

Abstract

This descriptive research aimed to: (1) identify personal factors of staff as well as factors related to organizational structure and service process; (2) determine the levels of service quality improvement outcomes; and (3) determine the levels of factors affecting service quality development, all at community hospitals that had been accredited for good service quality in Udon Thani province.

The study was conducted in a sample of 234 staff members selected from all 579 personnel, using the cluster sampling method, working at four accredited community hospitals in the province. Data were collected using a questionnaire covering the topics of personal factors as well as structural and service process factors, and service quality improvement outcomes. Percentages, means, and multiple regression were determined in the analyses of data.

The results showed that: (1) of all respondents, 125 (56%) were 31–50 years old, 111 (44.6%) were medical care professionals, 81 (48.2%) had 6–20 years of work experience, and 177 (77.5%) had quality improvement experience. The factors related to overall structure were at a high level, except that those related to resource support, training in job responsibilities, and participation in evaluation (based on existing data) were at a moderate level. The overall factors regarding process participation were at a high level, but moderate for planning and fire drills; (2) the outcomes of service quality improvements of the hospitals were at a high level, but those related to work process efficiencies were at a moderate level; and (3) structural factors related to manpower as well as service process factors concerning risk management and patient-care environment had the highest effect on service quality improvement.

Keywords: Quality improvement, Service quality, Community hospital

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะสิน และศาสตราจารย์ ดร. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัย ผู้ศึกษา ซึ่งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณนางสาวพิชญกานต์ สกุลพานิช ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี นางสาวสุภารัตน์ คลื่นแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสะอาด และนางสาวปรานต์พินิตา นาสูงชน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำการสร้างเครื่องมือ กลวิธีการดำเนินงาน และคำแนะนำปรึกษาทุกด้านในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณบุคลากรในโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษาและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

ทักษิณ ชาวดร

สิงหาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่ได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ	10
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
ตัวแปรและการวัด	49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	54
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้าน โครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	57
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	60
ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	63
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน โครงสร้าง ปัจจัยด้านกระบวนการกับผลการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	70
สรุปผลการวิจัย.....	70
อภิปรายผล.....	71
ข้อเสนอแนะ.....	74
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก.....	80
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม).....	81
ข แบบสอบถาม.....	84
ประวัติผู้วิจัย.....	92

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 ประชากรทั้งหมด แยกราย โรงพยาบาล.....	46
ตารางที่ 3.2 กลุ่มตัวอย่าง แยกรายโรงพยาบาล.....	47
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	55
ตารางที่ 4.2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านโครงสร้าง ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม.....	57
ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านโครงสร้าง ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายด้าน.....	58
ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านกระบวนการ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม.....	60
ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านกระบวนการ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายข้อ.....	61
ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม.....	63
ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายด้าน.....	64
ตารางที่ 4.8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับผลการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	66
ตารางที่ 4.9 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยโครงสร้างที่มีผลต่อผลการพัฒนา คุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	67
ตารางที่ 4.10 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อผลการพัฒนา คุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	68
ตารางที่ 4.11 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของภาพรวมปัจจัยโครงสร้าง และภาพรวมปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อผลการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน.....	69

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework).....	4
ภาพที่ 2.1 แสดงแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA.....	23
ภาพที่ 2.2 แสดงแนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA.....	24
ภาพที่ 2.3 แสดงองค์ประกอบภาพรวมของมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพฉบับที่ 4.....	33



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มาตรฐานของสถานพยาบาล (Hospital Accreditation; HA) หมายถึง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ซึ่งมาตรฐานนี้ไม่สามารถนำไปใช้กับการประเมินเพื่อรับรองกับหน่วยงานอื่นได้ ในการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานนี้จะต้องมีคณะกรรมการจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลออกมาประเมิน ซึ่งจะมีการประเมินหลายด้านด้วยกัน เช่น กระบวนการดูแลผู้ป่วยจะต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม กระบวนการทำงานที่ต้องลดความเสี่ยงในการดูแลรักษาพยาบาล สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลจะต้องมีการประเมินและมีกระบวนการพัฒนาตนเอง รวมทั้งมีความพร้อมที่จะให้มีคณะกรรมการจากภายนอกมาเยี่ยมชมสำรวจมาตรฐานโรงพยาบาลจะเป็นเครื่องมือในการทำงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจปัญหาและโอกาสการพัฒนาของโรงพยาบาล ช่วยให้ทีมงานของโรงพยาบาลและคณะกรรมการประเมินภายนอกมีกรอบในการประเมินและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณาตัดสินใจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือกลไกในการกระตุ้นและช่วยในการส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) การตรวจประเมินคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ทำหน้าเป็นผู้ตรวจประเมิน โดยการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) ทั้งหมด 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ภาพรวมในการบริหารองค์กร ประกอบด้วย 6 หมวดหลัก ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 9 หมวดหลัก ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 หมวดหลักและตอนที่ 4 ผลลัพธ์ ประกอบด้วย 6 หมวดหลัก จากการที่

สถานพยาบาลได้การรับรองมาตรฐาน HA นี้จะส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแล รักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยผู้รับบริการไม่มีความเสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยปละละเลย นอกจากนี้ยังเป็นผลดีต่อสถานพยาบาลเองในการมีผู้มาเข้ารับบริการมากขึ้น รวมไปถึงการมีชื่อเสียงของสถานพยาบาลอีกด้วย

จังหวัดอุดรธานี มีการพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality of service) ตามแผนการพัฒนากิจการพัฒนากิจการคุณภาพบริการของจังหวัด (Service Plan) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน มีสุขภาวะ โดยมีการบูรณาการ การดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพในทุกระดับ ครอบคลุมโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 21 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์(A) 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป(M1) 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่(F1) 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง(F2) 12 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 3 แห่ง (คณะตรวจราชการ, 2561) ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลลัพธ์ในการพัฒนาดังกล่าว ทำให้เกิดการพัฒนารองรับที่ต่อเนื่องส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย หรือผู้รับบริการอย่างครอบคลุมตามเป้าหมายของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป(ระดับ A/M1) ผ่านการรับรองชั้น 3 และ Re – accreditation แล้วครบทุกแห่ง (2 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (M2 – F3) 19 แห่ง ผ่านการรับรองชั้น 3 และ Re – accreditation แล้วจำนวน 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 84.2 ยังมีโรงพยาบาลชุมชน ขนาดเล็ก (F3) จำนวน 3 แห่งยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จากการตรวจประเมินรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาลในปี 2561 พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จำนวน 3 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแบบมีเงื่อนไข โดยจะต้องมาเยี่ยมประเมินซ้ำเฉพาะเรื่อง (focused survey) จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนแก่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

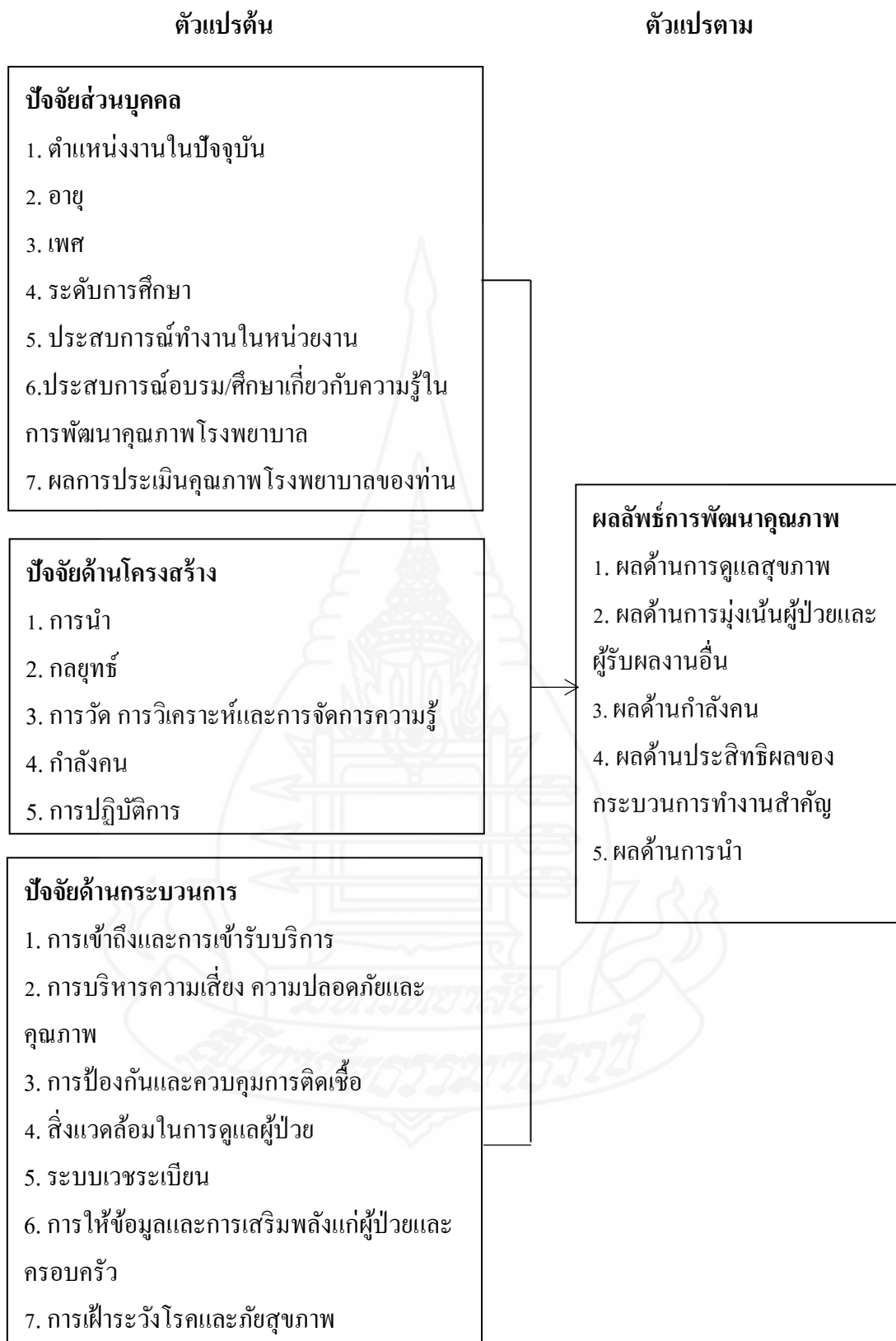
2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการ โรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี

2.2 เพื่อศึกษาระดับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี

2.3 เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการกับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของโดนาปีเดียน (1980) และแนวคิดการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล(Hospital Accreditation: HA) ที่ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้าน โครงสร้าง(structure) องค์ประกอบที่ 2 ด้าน กระบวนการ(process) องค์ประกอบที่ 3 ด้านผลลัพธ์(outcome) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

4. สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างและปัจจัยกระบวนการมีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์ การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง(F2) จังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 แห่ง จำนวนบุคลากร 579 คน

5.2 ขอบเขตด้านเวลา ระหว่างเดือน มิถุนายน 2562 ถึง เดือน กรกฎาคม 2562

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลประจำอำเภอในจังหวัดอุดรธานี ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 10 – 90 เตียง จำนวน 4 แห่ง

6.2 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบไปด้วย ตำแหน่งในการปฏิบัติงานปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา และ ประสบการณ์อบรม/ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล และเกี่ยวกับผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่

6.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structure)

6.3.1 การนำ (LED) หมายถึง การรับรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี ที่มีต่อการนำองค์กรของผู้นำองค์กร ผู้นำระดับสูง/ผู้นำทุกระดับของโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีการกำหนดวิสัยทัศน์ กำหนดพันธกิจ และ มีการกำหนดค่านิยมเป็นลายลักษณ์อักษร

และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้สู่การปฏิบัติแก่ผู้ร่วมงานทุกระดับ ผู้นำทุกระดับมีการสื่อสาร วิสัยทัศน์ พันธกิจ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแก่นุคลากรทุกระดับเป็นทิศทางเดียวกัน และชัดเจน ที่บุคลากรสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้

6.3.2 กลยุทธ์ (STG) หมายถึง กลวิธีในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ พันธกิจในการพัฒนาคุณภาพบริการตามที่องค์กรตั้งหรือคาดหวังไว้ โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงานตามแผน การติดตามตรวจสอบ ประเมินผล การควบคุมกำกับ การตามแผน และการประเมินผลสัมฤทธิ์ของคุณภาพงาน จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

6.3.3 การจัดการความรู้และสารสนเทศ (MAK) หมายถึง การจัดการความรู้ โดยการถ่ายทอดความรู้/ทักษะในการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคลากรภายใน โรงพยาบาล หรือภายนอกโรงพยาบาล หรือการเพิ่มพูนความรู้ต่างๆจาก การฝึกอบรม การประชุมวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติงานการให้บริการ สารสนเทศ คือ ระบบข้อมูลข่าวสาร ทั้งทางด้านบริหาร บริการ วิชาการ และข้อมูลอื่นๆ ที่โรงพยาบาล/บุคลากร โรงพยาบาลนำมาใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

6.3.4 กำลังคน (WKF) หมายถึง การมุ่งเน้นการบริหารทรัพยากรมนุษย์ของ โรงพยาบาลทุกระดับ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ทุกคนมีสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานสถานบริการรักษาพยาบาล ตามกฎหมาย สิทธิของผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย ความก้าวหน้า ความมั่นคงในงาน การเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานและคุณภาพการปฏิบัติงาน ขวัญกำลังใจจากองค์กร และสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยในการทำงาน

6.3.5 การปฏิบัติการ (OPT) หมายถึง การปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานีที่การกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบในงานที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่อย่างชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรมีระบบรายงานการปฏิบัติงานที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีระบบเฝ้าระวังบริหารความเสี่ยงของการปฏิบัติงาน มีระบบรายงานความคลาดเคลื่อน การปฏิบัติงานและแนวทางแก้ไขความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน มีเกณฑ์การประเมินคุณภาพการปฏิบัติงาน มีระบบการสื่อสารและการประสานงานในการปฏิบัติงาน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการปฏิบัติงานที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

6.4 ปัจจัยด้านกระบวนการ (Process)

6.4.1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (ACN) หมายถึง บริการที่โรงพยาบาลจัดให้ ผู้รับบริการ/ ผู้ป่วยทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ และการจัดบริการครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และมีดี สุขภาพแบบบูรณาการ การเข้ารับบริการโรงพยาบาลจัดบริการแก่ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยด้วยความเสมอภาค เท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ และจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ/ ผู้ป่วย/ชุมชน

6.4.2 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (RSQ) หมายถึง โรงพยาบาลมีคณะกรรมการการบริหารความเสี่ยงที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โรงพยาบาลมีการนำข้อมูลและระบบสารสนเทศมาวางแผน ดำเนินการในการบริหารความเสี่ยงในด้านการบริหาร การปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยและชุมชน แบบบูรณาการเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน และพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

6.4.3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) หมายถึง โรงพยาบาล มีระบบการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ตามมาตรฐานสากล โดยใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศในการวางแผน การดำเนินงาน แนวทางการปฏิบัติในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อของทุกหน่วยงานในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด

6.4.4 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) หมายถึง โรงพยาบาลจัดสิ่งแวดลอมทางกายภาพที่เอื้อต่อความสะดวกและความปลอดภัยของผู้รับบริการ/ ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้ที่มาติดต่อ มีระบบการควบคุมป้องกันสิ่งที่เป็นพิษตามมาตรฐานความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และชุมชน มีการวางแผนและการฝึกซ้อมในการป้องกันภัยพิบัติต่างๆ และสาธารณภัยที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน

6.4.5 ระบบเวชระเบียน (MRS) หมายถึง โรงพยาบาลมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สมบูรณ์และใช้เป็นสารสนเทศในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล การประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ภายใต้ต้น โยบายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดแนวทางการรักษาความลับและสิทธิของข้อมูลผู้ป่วย

6.4.6 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP) หมายถึง โรงพยาบาล มีระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และจัดกิจกรรม เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมการบูรณาการการสร้างเสริมสุขภาพ

6.4.7 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS) หมายถึง โรงพยาบาลมีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรภายในและภายนอกโรงพยาบาล

6.5 ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง ผลที่เกิดจากการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2558) ในตอนที่ 4 ผลการดำเนินงานองค์กร ดังนี้

6.5.1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR) หมายถึง โรงพยาบาล มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเข้ารับเข้าโรงพยาบาล จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มโรคสำคัญการวิเคราะห์ประเมินสถานะสุขภาพตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาจนถึงกลับบ้าน

6.5.2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR) หมายถึง โรงพยาบาล จัดบริการที่ตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และ พหุภาคีที่เกี่ยวข้องในกีดดูแลสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตลอดจนผู้ให้บริการแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจจากผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ

6.5.3 ผลด้านกำลังคน (WFR) หมายถึง โรงพยาบาล/ผู้บริหารองค์กร มีระบบการบริหารงานบุคคลที่ทำให้เกิดความผูกพัน ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร ความปลอดภัยสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของบุคลากร

6.5.4 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR) หมายถึง โรงพยาบาลมีระบบแสดงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการหลักชั้น ระบบสารสนเทศ/เวชระเบียน การกำกับดูแลวิชาชีพ ระบบบริหารความเสี่ยง การจัดการสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ระบบยา และความพร้อมในการตั้งรับเมื่อมีภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นอย่างครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง

6.5.5 ผลด้านการนำ (LDR) หมายถึง โรงพยาบาล/ผู้บริหารแสดงบทบาทการนำองค์กรด้านการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม ใช้หลักธรรมาภิบาลและการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงานในการบริหารงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น มีการแต่งตั้งคณะกรรมการธรรมาภิบาล มีคณะกรรมการประเมินผลงาน

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุดรธานี ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลการ

7.2 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุดรธานีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการศึกษาและวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาได้ตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ
 - 1.1 แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของ โคนาบีเดียน
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ

1.1 แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของโคนาบีเดียน

แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของ โคนาบีเดียน(Donabedian, 1980) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพไว้ 3 ส่วน ดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) ครอบคลุมปัจจัยนำเข้า แบ่งได้เป็น 4 ประเภทหรืออาจเรียกว่า 4 M และการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพพร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงานได้

1.1 Man หรือทรัพยากรบุคคล เป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะคนมีชีวิต จิตใจ มีจิตวิญญาณ มีความคิดมีความแตกต่างและความแปรปรวนสูงทั้งในระหว่างแต่ละคนและแม้แต่ในคนคนเดียวกัน คนเป็นผู้ดำเนินการทำงานตามกระบวนการจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้น คุณภาพของคนในองค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

1.2 Money หรือการเงินการคลัง เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการวางแผนงบประมาณ การจัดหาเงินที่เหมาะสม การใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ฯลฯ หากองค์กรมีปัญหการจัดการการเงินย่อมเกิดผลกระทบต่อคุณภาพของงานอย่างแน่นอน

1.3 Material หรือวัตถุดิบที่เข้าสู่กระบวนการบริการหรือการผลิต ต้องมีการดูแลคุณภาพในทุกส่วนนับตั้งแต่อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุ เครื่องมืออุปกรณ์ ทั้งนี้ในระบบบริการสุขภาพต้องนับรวมไปถึงผู้รับบริการ การควบคุมคุณภาพของ material สามารถดำเนินการได้ตั้งแต่การจัดหา การคัดเลือก การเก็บรักษา การเคลื่อนย้าย การตรวจสอบคุณภาพก่อนและระหว่างกระบวนการทำงาน แต่ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นการยากที่จะทำการคัดเลือกเฉพาะส่วนที่ต้องการ เพราะมีปัญหาทางคุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ จึงต้องจัดเตรียมปัจจัยนำเข้าอื่นๆ ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละรูปแบบด้วย

1.4 Method หรือรูปแบบวิธีการทำงาน การจัดหาวิธีการผลิตหรือบริการด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสมให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้องตามคุณธรรมจริยธรรม โดยยึดถือผลประโยชน์ของผู้รับบริการหรือลูกค้าเป็นหลัก ปัจจุบันผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจและความคาดหวังในกระบวนการทำงานมากขึ้น ตัวอย่างเช่น มาตรฐาน ISO จะมีข้อกำหนดที่เน้นหนักขั้นตอนและกระบวนการทำงานและในมาตรฐาน HA ก็จะมีเน้นที่ขั้นตอนและกระบวนการดูแลผู้ป่วยและรูปแบบของแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรคตาม Clinical Practice Guideline เป็นต้น

2. กระบวนการทำงาน (Process) เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าแม้จะมีปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างที่มีคุณภาพ แต่หากกระบวนการทำงานไม่ดีก็จะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้น การควบคุมกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ผู้รับผิดชอบกระบวนการทำงานแต่ละงานต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน จัดลำดับขั้นตอนการทำงาน และควบคุมคุณภาพแต่ละขั้นตอนให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

3. ผลลัพธ์(Output) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานอาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์(Product) หรือบริการ(Service) ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ การวัดนั้นไม่ใช่เรื่องยากและเป็นรูปธรรมสามารถวัดได้เป็นตัวเลขและทำความเข้าใจได้ง่าย แต่การวัดคุณภาพเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม มุมมองของผู้เกี่ยวข้องในการวัดอาจมีความแตกต่างกันตามความต้องการและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้นซึ่งอาจเรียกรวมให้กว้างที่สุดว่า Result สามารถแบ่งแยกได้ตามลำดับของผลกระทบ ดังนี้

3.1 Output คือ ผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานเมื่อสิ้นสุดกระบวนการนั้น ๆ

3.2 Outcome คือ ผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการนำผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นไปใช้กับผู้รับผลงาน เป็นสิ่งที่เป็ผลกระทบโดยตรงจาก Output ที่เกิดขึ้น

3.3 Impact คือ ผลที่เกิดขึ้นจาก Output และ Outcome ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมอื่นๆ ที่อยู่นอกกระบวนการทำงานนั้น เช่น บริการสุขภาพที่ดีทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถทำงานและก่อให้เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล(HA)

1.2.1 ความหมายของคุณภาพ

ปัจจุบันมีการให้ความหมายของคุณภาพไว้ใน 2 มิติ มิติแรก กล่าวถึงคุณภาพในมุมมองของลูกค้าที่คาดหวังหรือพึงพอใจต่อสินค้าบริการ กระบวนการหรือสภาพแวดล้อมและคุณภาพเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามสภาวะการณ์ มิติที่สอง กล่าวถึงคุณภาพของสินค้าหรือบริการต้องมีคุณลักษณะเป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสมปราศจากข้อผิดพลาดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี (นินนาท หมอชาติ, 2552, น.20) มีความเหมาะสมกับการใช้งาน (Juran, 1992) และเป็นที่ยอมรับในหมู่ผู้เกี่ยวข้อง(วิชาญ เกิดวิชัย, 2554, น. 14)

กล่าวโดยสรุปว่า คุณภาพ หมายถึง คุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เกิดจากการผลิตหรือดำเนินการตามมาตรฐานจนเป็นที่ยอมรับหรือพึงพอใจกับผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มและคุณค่าดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลง ได้ขึ้นกับมุมมองของลูกค้าเป็นสำคัญ

1.2.2 ความหมายคุณภาพบริการสุขภาพ

คุณภาพบริการสุขภาพ หมายถึง การพัฒนาคุณภาพที่ครอบคลุมกระบวนการในการให้บริการและผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่งคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะต้องนำความรู้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาพัฒนาให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ทักษะการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ มีการจัดบริการที่เป็นระบบและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ มีการจัดบริการที่เป็นระบบและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการ การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพต้องจัดให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์และเข้าสู่การรับรองคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด(พานี สิตกะสิน, 2547, น.13)

1.2.3 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล หมายถึง การจัดระบบบริหารจัดการระบบงานสำคัญและกระบวนการดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดี(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2558) โดยคำนึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยมองผู้ป่วยแบบองค์รวมอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย(กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์, 2554, น. 16)

1.2.4 คุณลักษณะของบริการสุขภาพและมิติของคุณภาพในบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์และรวบรวมความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพทุกฝ่ายขององค์การอนามัยโลก มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (วิชาญ เกิดวิชัย, 2554, น. 14)

1) Equity: ความเสมอภาคจากแนวคิดว่าการบริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะ (Public goods) ที่จำเป็นสำหรับชีวิตของทุกคน รัฐบาลทุกประเทศต้องจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านเพศ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม ศาสนา หรือสถานะทางเศรษฐกิจ แนวคิดนี้ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) Quality: ความมีคุณภาพของบริการ บริการสุขภาพเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ การจัดบริการให้มีคุณภาพจึงเป็นเรื่องจำเป็น รัฐบาลจะต้องดำเนินการให้เกิดบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและถือเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและผู้ให้บริการที่ต้องดูแลพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร เช่น ISO 9000, Hospital Accreditation เป็นต้น

3) Efficiency: ความมีประสิทธิภาพเนื่องจากบริการสุขภาพต้องใช้ทรัพยากรมากและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงเกิดการขาดแคลนทรัพยากร ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพและความเสมอภาค ดังนั้นการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพมีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ทำให้เกิดแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นหลายอย่าง เช่น การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

4) Social Accountability: ความโปร่งใส สังคมตรวจสอบได้ด้วยแนวคิดที่ว่าบริการสุขภาพเป็นบริการที่ไม่สมบูรณ์ ฝ่ายผู้รับบริการมีความรู้ไม่เท่าเทียมกับผู้ให้บริการ จึงมีความเชื่อว่าการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องอื่นนอกเหนือจากฝ่ายผู้ให้บริการเข้ามาตรวจสอบกระบวนการให้บริการ จะช่วยให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการและเป็นไปอย่างมีคุณธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม

1.2.5 มิติของคุณภาพในบริการสุขภาพ

มิติของคุณภาพในบริการสุขภาพที่ใช้ในกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Accreditation แบ่งเป็น 9 มิติ ดังนี้

1) Acceptability: การยอมรับของผู้รับบริการ เป็นมิติที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากตามกระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากการที่ประชาชนเป็นผู้รับบริการ ครอบครัวและสังคมเคยไว้วางใจเชื่อถือยอมรับในบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือ

สถานพยาบาลโดยปราศจากข้อสงสัย เปลี่ยนแปลงไปเป็นการลดระดับความเชื่อถือในบริการสุขภาพ โดยพิจารณาสอบถามข้อมูลและต้องการทางเลือกตัดสินใจการใช้บริการในสถานพยาบาลที่พึงพอใจ ซึ่งแนวคิดในการยอมรับของผู้ป่วยเป็นจุดกำเนิดบริการสุขภาพเอกชนเพื่อตอบสนองทางเลือกของผู้รับบริการ

การพัฒนาคุณภาพในมิตินี้ ฝ่ายผู้ให้บริการต้องติดตาม ค้นหา รับทราบ และทบทวนความต้องการของผู้รับบริการอยู่เสมอ ทั้งในสถานพยาบาลชุมชนและสังคมเปิด ช่องทางการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับผลงาน นำเสนอคุณภาพที่เกี่ยวข้องคาดหวังเพื่อให้เกิดการยอมรับ อันนำไปสู่ความเชื่อมั่นไว้วางใจและลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างรับบริการการพัฒนาคุณภาพเพื่อการยอมรับของผู้รับบริการ ต้องมุ่งในส่วนที่ผู้ให้บริการรับรู้ และให้ความสำคัญนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้าที่มีคุณภาพ กระบวนการให้บริการที่รวดเร็ว สะดวกปลอดภัย พฤติกรรมการบริการที่ประทับใจ วิธีการที่ทันสมัยและผลลัพธ์บริการที่ดี ซึ่งผู้ให้บริการสมควรจะเรียนรู้และนำเอาเทคนิคการตลาดมาใช้ เพื่อเพิ่มการยอมรับของผู้ให้บริการมากขึ้น

2) Accessibility: การเข้าถึงบริการ จากคุณลักษณะที่สำคัญของบริการสุขภาพอย่างหนึ่ง คือ Perishability การได้รับบริการที่รวดเร็ว ผู้ที่ต้องการได้รับบริการเข้าถึงได้ง่าย ปราศจากอุปสรรคขัดขวางจึงเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องจัดการให้เกิดขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

(1) การเข้าถึงสถานที่ให้บริการ ผ่านการจัดตั้งหน่วยบริการที่อยู่ใกล้กับ ผู้รับบริการ ไม่ต้องเสียเวลาเดินทางอยู่ในที่มีการคมนาคมสะดวกและเข้าถึงง่าย เช่น การจัดสถานบริการ แบบใกล้บ้านใกล้ใจตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดเครือข่ายบริการเพื่อการส่งต่อตามลำดับขั้น

(2) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ทันเวลา ทั้งโดยความจำเป็นจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องจัดบริการตอบสนองเพื่อผลลัพธ์ที่ดีทั้งทางคลินิกและความพอใจของผู้รับบริการ ได้แก่ การลดระยะเวลารอคอยในการบริการ การจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และมีการจัดการตามลำดับความรุนแรง การนัดผู้ป่วยเพื่อติดตาม การมีบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง การมีหน่วยแพทย์ฉุกเฉินนอกนอกโรงพยาบาล การจำกัดคลินิกนอกเวลา การจัดเวรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การเตรียมการพิเศษในช่วงเทศกาล การมีแผนรับอุบัติเหตุหมู่ เป็นต้น

(3) การเข้าถึงบริการ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงินได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาหนี้ โดยการมีค่าประกาศสิทธิของผู้ป่วยและข้อบังคับของแพทย์สภา ต้องให้บริการผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วนอย่างรวดเร็ว การมีหน่วยงานสังคมสงเคราะห์แก้ไขกรณีผู้รับบริการไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ แต่ยังมีข้อบ่งชี้จากกฎเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้อีกหลายประการและควรได้รับการแก้ไขต่อไป

3) Appropriateness: ความเหมาะสมของการให้บริการ เป็นมุมมองเน้นวิชาการครอบคลุมการใช้บุคลากรที่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน ความเหมาะสมของการส่งตรวจและการรักษา

4) Competency: ความสามารถในการให้บริการ เป็นมุมมองที่พิจารณาได้ทั้งในระดับสถานบริการและระดับองค์ประกอบย่อย ในระดับสถานบริการต้องเหมาะสมกับภารกิจและขอบเขตของการให้บริการ ต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวัง สำหรับโรงพยาบาลรัฐมีการจัดสถานบริการเป็นระดับต่างๆ และกำหนดระบบเครือข่ายส่งต่อ หากสถานพยาบาลใดยังไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวัง จำเป็นต้องวางแผนพัฒนาให้ได้ตามเป้าหมาย ส่วนความสามารถในองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ด้านอาคารสถานที่ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์และด้านทรัพยากรมนุษย์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องมีจำนวนเพียงพอ และได้ตามมาตรฐานรวมทั้งมีระบบติดตามกำกับ การปฏิบัติงานของบุคคลอย่างเหมาะสม

5) Continuity: ความต่อเนื่องของการบริการ ผู้ให้บริการต้องจัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย มีความต่อเนื่องทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การจัดกิจกรรมสุขภาพ การสาธิตการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การนัดติดตามรักษา การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ อีกรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6) Effectiveness: ประสิทธิภาพของบริการ เป็นมิติที่มุ่งประเมินผลลัพธ์ของบริการ เพื่อสะท้อนกลับไปถึงปัจจัยนำเข้าและกระบวนการบริการ ซึ่งต้องพิจารณา 2 ประการ

(1) รูปแบบของการให้บริการ (Method) ที่อาจมีหลายทางเลือก การเลือกใช้วิธีการที่ถูกต้องนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไป การรักษาต่อมลูกหมากโตด้วยการผ่าตัดกล้องส่องทางทอปีสภาวะ ได้ผลดีกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง เป็นต้น

(2) ความสามารถของผู้ให้รักษา ขึ้นกับความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพและ การปฏิบัติตามแนวทางและขั้นตอนอย่างเหมาะสม เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นที่รวดเร็ว โดยผู้ที่ผ่านการอบรมจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า

7) Efficiency: ประสิทธิภาพของบริการเป็นมุมมองเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ความพยายามเพิ่มประสิทธิภาพได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย ซึ่งมีต้นทุนบริการที่สูงในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพการจัดบริการปฐมภูมิเพื่อให้

ผู้รับบริการไปใช้บริการเบื้องต้นก่อนไปปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ การควบคุมค่าใช้จ่ายผ่านระบบการจัดสรรเงินงบประมาณด้านสุขภาพในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัว ล่วงหน้าหรือการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับฝ่ายผู้ให้บริการสุขภาพสามารถเพิ่ม ประสิทธิภาพด้วยการควบคุมค่าใช้จ่าย มีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit cost) วิเคราะห์ ต้นทุนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จัดสรร ทรัพยากรให้แก่หน่วยงานในโรงพยาบาลตามผลงาน (Internal Hospital Market) ปฏิรูประบบการ บริหารพัสดุ และการจัดการทางการเงิน โดยการบริหารลูกหนี้และเจ้าหนี้ เป็นต้น

8) Safety: ความปลอดภัยของบริการ เป็นมิติที่มีความสำคัญมากขึ้น เห็นได้ จากการร้องเรียนและการฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สำหรับความเสียหายจากการ รักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น จนสร้างปัญหาให้กับระบบบริการสุขภาพในหลายประเทศ ในประเทศ ไทยมีการระบุนโยบายการชดเชยเงินสำหรับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลไว้ในพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรา 41 สถานพยาบาลสามารถจัดการในเรื่องความปลอดภัย ด้านการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมตั้งแต่ การค้นหา การป้องกัน การเฝ้าระวัง การควบคุมและการแก้ไขปัญหาจากอุบัติเหตุการล้ม ความเสี่ยง โดยดูแลความเสี่ยงทั้งด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคมและความเสี่ยงทางคลินิกจากการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่

(1) ความเสี่ยงที่เกิดจากโรคหรือการเจ็บป่วยตามธรรมชาติของโรค เช่น การเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การเป็นอัมพาตในผู้ป่วยกระดูกสันหลังหัก การสูญเสียการมองเห็นจากจอประสาทตาเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน

(2) ความเสี่ยงที่เกิดจากการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่ได้ให้การรักษา เช่น การผ่าตัดแก้ไขเส้นเลือดแดงที่ขาอุดตันล่าช้า ทำให้เนื้อเยื่อที่ขาตายต้องตัดขา การไม่ได้ผ่าตัดรักษา กระดูกหักแบบเปิดภายใน 6 ชั่วโมง ทำให้มีการติดเชื้อของแผล การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบซ้ำทำให้ไส้ ตึงแตกเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง (Peritonitis) เป็นต้น

(3) ความเสี่ยงที่เกิดจากอาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนของการ รักษา เช่น การแพ้ยา การแพ้เลือด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะ การติดเชื้อ ปอดอักเสบผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การให้ออกซิเจนในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดแล้วที่การเสื่อม ของจอประสาทตา เป็นต้น

(4) ความเสี่ยงที่เกิดจากการผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจาก หลายสาเหตุทั้งการขาดความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ความประมาทเลินเล่อ หรือ การกระทำ ผิดโดยเจตนา เช่น การผ่าตัดแล้วเสียชีวิต การบาดเจ็บจากการหกล้มแล้วเกิดการทะเลาะ

การเจาะคอแล้วมีภาวะ Pneumothorax การเกิดภาวะสมองเสื่อมในเด็กเกิดใหม่ที่มีตัวเหลือง การลืมือ เครื่องมือแพทย์ไว้ในช่องท้องหลังการผ่าตัด การผ่าตัดสมองในผู้ป่วยที่มีสมองช้าเพียงเล็กน้อย การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งโดยผิดกฎหมาย เป็นต้น การจัดการเพื่อลดความเสี่ยงทางคลินิก จึงมีความสำคัญมากเป็นพิเศษต้องกระทำในหลายรูปแบบทั้งการกำหนดแนวทางการรักษา ผู้ป่วยที่ถูกต้อง การร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีระบบเตือนที่รวดเร็วเมื่อมีการปฏิบัติไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

9) Patient right and dignity: สิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ด้วยแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ มีสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้บริการสุขภาพต้องกระทำโดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีเสมอ สภาวิชาชีพของไทยได้ร่วมกันทำคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ โรงพยาบาลควรดำเนินการตามประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างเปิดเผย ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ทักสิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย สื่อสารแนวทางให้ผู้ป่วยได้รับทราบติดตามการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้นเพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ความสำคัญและประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วตามเทคโนโลยีสังคมออนไลน์ การเจ็บป่วยด้วยโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่ทราบสาเหตุรักษาได้ในปัจจุบัน ทำให้ผู้รับบริการหรือประชาชนมีความคาดหวังจากระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีคุณภาพและปริมาณตามความต้องการรับบริการที่เพิ่มขึ้น (กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิพงษ์, 2554, น.16) บางกรณีที่บริการสุขภาพที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการจนเป็นเหตุให้มีการร้องเรียกกันทางสื่อสาธารณะต่างๆ และการฟ้องร้องต่อองค์กรวิชาชีพ ปัจจุบันนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพสร้างกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2555 – 2559 ของกระทรวงสาธารณสุขหรือนโยบายการจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริการแล้วแต่เป็นการกึ่งที่หน่วยบริการสุขภาพจะต้องสร้างกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการให้เกิดขึ้นและก้าวสู่การรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล นอกจากนี้ประเทศไทยในฐานะสมาชิกของประชาคมอาเซียน ต้องมีการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลทั้งภาครัฐหรือเอกชน เพื่อยกระดับขีดความสามารถด้านบริการสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกและภูมิภาคอาเซียนของประเทศไทย เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนที่บูรณาการและสุขภาพโลกที่เป็นธรรม

ด้วยเหตุผลเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงหรือทางอ้อมกับระบบบริการสุขภาพ ความต้องการบริโภคด้านสุขภาพของประชาชนและสถานการณ์โลกในปัจจุบันดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงการบริหารการทำงานในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการบริหารงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและองค์กร การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีธรรมชาติพื้นฐานที่เกิดขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารจึงต้องพิจารณาและสังเกตพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรที่บริหารอยู่ว่ามีลักษณะพื้นฐานประเภทใด(พาณิ สัตตะกมล, 2554) ดังนี้

1) มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหรือองค์ประกอบสองสิ่งที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เช่น เมื่อสิ่งหนึ่งเพิ่มขึ้นอีกสิ่งก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะคาดการณ์ความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง เป็นต้น

2) ลักษณะแบบแยกส่วน ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเกิดจากส่วนต่างๆ ที่ทำงานแยกออกจากกัน แต่จะมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในภาพรวม

3) ลักษณะเชิงระบบ เมื่อพิจารณาอย่างลึกซึ้งจะพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเป็นธรรมชาติและเกี่ยวข้องกัน

4) ลักษณะแบบทฤษฎีความยุ่งเหยิงหรือ Chaos theory กล่าวคือ เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการย่อยหลายกระบวนการ และมีผลกระทบต่ออีกกระบวนการ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน

5) ลักษณะระบบการปรับตัวเชิงซ้อน เกิดจากปัจจัยนำเข้าหลายปัจจัยของระบบหรือกระบวนการ และเป็นกระบวนการหรือระบบเชิงซ้อน ทำให้คาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นได้ยาก เนื่องจากแต่ละปัจจัยจะมีการปรับตัวหรือปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นตลอดเวลา และระบบหรือกระบวนการเกิดการปรับตัวเชิงซ้อน

จากลักษณะพื้นฐานทั้ง 5 ประการดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่ผู้บริหารจะต้องสังเกต ศึกษา และคาดการณ์ว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในองค์กร ซึ่งผู้บริหารจะต้องทำความเข้าใจก่อนที่จะดำเนินการลงมือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่จะเกิดขึ้น

เมื่อผู้บริหารพิจารณาและลักษณะพื้นฐานแล้วว่า องค์กรจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะใด ซึ่งบางครั้งต้องผสมผสาน 2-3 ลักษณะรวมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทขององค์กร นอกจาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งที่จะต้องพิจารณาประเภทการเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่ผู้บริหารจะต้องตระหนักเมื่อต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประเภทของการเปลี่ยนแปลง มีดังนี้

1) กระบวนการทำงาน ภายในองค์กรทุกองค์การจะมีกระบวนการทำงาน กระบวนการทำงานเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับคนในการทำงาน แต่ละองค์การมีกระบวนการทำงาน/ การปฏิบัติงานในหน่วยงานย่อยมากกว่า 1 หน่วย ผลลัพธ์ของแต่ละ

กระบวนการทำงาน/ การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่ออีกกระบวนการหนึ่ง ซึ่งอาจมีความเชื่อมโยงทั้งในระบบย่อยและระบบใหญ่ขององค์กร บางครั้งเกิดความขัดแย้งหรือสวนทิศทางกับวิสัยทัศน์ขององค์กร การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงาน/ การปฏิบัติงาน ผู้บริหารองค์กรจะมุ่งเน้นการเชื่อมต่อหรือการเชื่อมรอยต่อที่เรียก “seamless” และให้ทุกกระบวนการเกิดการประสานกัน (alignment) ในการเชื่อมต่อและประสานกันอย่างสนิททุกกระบวนการ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์องค์กรที่ตั้งไว้

2) ระบบ ในที่นี้หมายถึง ระบบวิธีการปฏิบัติงาน ระบบการบริหารงานบุคคล ระบบการให้รางวัลและลงโทษ ระบบการให้บริการ เป็นต้น ระบบในที่นี้ หมายถึง กลุ่มงานของวิธีการปฏิบัติงานที่ผูกพันกันเป็นร่างแห เชื่อมโยงกันและไม่สามารถแยกออกมาเป็นกลุ่มได้ แต่การเปลี่ยนแปลงระบบงานใดระบบงานหนึ่งอาจทำแบบชุกครากถอนโคนแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อระบบหรือกลุ่มงานอื่นหรือภาพรวมขององค์กร

3) โครงสร้าง โครงสร้างขององค์กรในที่นี้หมายถึง โครงสร้างทางการบริหาร สายบังคับบัญชา โครงสร้างการประสานงาน โครงสร้างหรือผังองค์กรจะทำให้ทราบลำดับชั้นการบังคับบัญชา กำหนดอำนาจการดำเนินการแต่ละตำแหน่งหน้าที่ นอกจากนี้ ยังทำให้ทราบความเชื่อมโยงของแต่ละหน่วยงาน ในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและการแข่งขันสูง ผู้บริหารจะพิจารณาการปรับเปลี่ยนโครงสร้างที่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ ซึ่งอาจมีการขยับเล็ก ขวบรวมบางหน่วย ส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง ยกเลิก หรือเลิกจ้างบุคลากร การปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรที่เรียก “re-structuring”

4) วัฒนธรรมพื้นฐาน วัฒนธรรมองค์กรเป็นแบบแผนพฤติกรรมของคนในองค์กรแสดงถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนภายในองค์กร วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่คนสร้างขึ้นร่วมกันมาจนซ้ำๆ กัน จนเป็นแบบแผนที่เป็นเอกลักษณ์ของคนในองค์กร วัฒนธรรมองค์กรจะยึดเป็นเอกลักษณ์ขององค์กรที่มาผสมผสานกับเอกลักษณ์ประจำตนของบุคคลในองค์กร การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรจึงต้องเริ่มกันที่ระดับบุคคลก่อน โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อทัศนคติก่อน นอกจากนี้ ยังมีอีกวิธี คือ การบังคับหรือกึ่งบังคับให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถึงแม้ว่าบุคคลภายในองค์กรยังไม่มีใจเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ในสิ่งที่ดีกว่า

จากประเภทของการเปลี่ยนที่ผู้บริหารจะต้องคำนึงถึง เพื่อให้เกิดการทำสิ่งใหม่หรือเริ่มต้นลงมือเปลี่ยนแปลงจากสิ่งเดิม แนวทาวการทำงานแบบเดิม โดยบุคลากรภายในองค์กรยังไม่มีใจเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ในสิ่งที่ดีกว่าเดิม บุคลากรจะมีความรู้สึกอึดอัด กลัว ต่อต้าน เพราะคิดว่าสิ่งที่เคยทำอยู่ก็ได้อยู่แล้ว มีความเคยชินกับสิ่งเดิมๆ ตลอดจนคิดว่า การเปลี่ยนแปลงจะเกิดผลดีแต่เฉพาะผู้บริหาร ผลประโยชน์ต่อผู้บริหารเท่านั้น นอกจากนี้

การเปลี่ยนแปลงยังอาจเกิดจากการถูกให้ทำสิ่งที่ไม่เต็มใจที่จะปฏิบัติ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแก่บุคลากรทุกระดับเพื่อสร้างความเข้าใจ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จะเป็นการเสริมสร้างให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลง

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในองค์กร ผู้บริหารจะต้องสังเกตและคำนึงถึงทางด้านจิตวิทยาของสมาชิกในองค์กรทางด้านความรู้สึก ความคิด การแสดงออกทางด้านพฤติกรรมต่างๆ เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนจะมีเอกลักษณ์ของตนเองที่ผสมผสานกับเอกลักษณ์ขององค์กร และยึดถือไว้ คือ ความมั่นคงร่วมกับความรู้สึกที่ปลอดภัยในการทำงาน ที่ทำการเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่เกิดขึ้นจากลักษณะพื้นฐานหรือจากปัจจัยทั้งภายในและสภาวะแวดล้อมภายนอกขององค์กรที่ต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สมาชิกขององค์กรจะเกิดความกลัว อึดอัดในสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม บางกลุ่มอาจยอมรับหรืออยากทำทาสสิ่งใหม่ที่จะนำไปสู่สิ่งที่ดี เมื่อสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกจะพบพฤติกรรม ดังนี้

1) ความกังวล ในสิ่งใหม่ที่จะเกิดขึ้น สมาชิกขององค์กรจะมีคำถามเกี่ยวกับข้อมูลของการเปลี่ยนแปลงมากมาย สิ่งแรกที่สมาชิกขององค์กรต้องการทราบคือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนในเรื่องต่างๆ เช่น ความมั่นคงในหน้าที่การงาน การยอมรับนับถือ ผลประโยชน์ต่างๆ ความก้าวหน้า รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการทำงาน เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ภายหลังจากได้รับข้อมูลจากการเปลี่ยนแปลง สมาชิกจะมีความรู้สึกและเกิดอารมณ์ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ตกใจจนถึงขั้นช็อก การปฏิเสธไม่ยอมรับ หลีกเลียงไม่เชื่อว่าเป็นความจริง การโกรธ โมโห แล้วพยายามหาทางต่อรองหาทางออกให้ตนเอง เมื่อหลีกเลียงไม่ได้ก็ต้องยอมรับ จึงเกิดความซึมเศร้าต่อสิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และต้องการหาทางออกไป เพื่ออยู่กับโลกแห่งความเป็นจริง และต้องยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

3) การตอบสนองที่ยอมรับ ในสิ่งที่เกิดขึ้นในเชิงบวกที่เกิดความตื่นตื้นตันยินดีต่อการเปลี่ยนแปลง โดยมองโลกในแง่ดี คาดหวังว่าจะเกิดสิ่งดีๆ สิ่งใหม่ๆ ในชีวิตขึ้น พร้อมทั้งจะเดินก้าวไปข้างหน้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างความเชื่อมั่น มีความสุข และสนุกต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองให้มากอย่างเต็มที่เพื่อการขับเคลื่อนขององค์กร

ผู้บริหารยุคใหม่ขององค์กรจะต้องเตรียมพร้อมในเรื่องการให้ข้อมูลแก่สมาชิกขององค์กร เมื่อท่านต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยต้องศึกษาในประเด็นพื้นฐานดังกล่าวข้างต้น และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น พร้อมตั้งรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นแก่สมาชิกขององค์กร ในตอนต่อไปจะกล่าวถึงจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

การพัฒนาคุณภาพก่อให้เกิดความสำคัญทั้งต่อผู้ให้บริการและโรงพยาบาล โดยสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพ การสนับสนุนที่ดีจากผู้นำและ มีการสื่อสารให้บุคลากรเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาจะเกิดวัฒนธรรมองค์กร มีการนำ ข้อมูลการดำเนินการและสภาพแวดล้อมขององค์กรที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการมากำหนดเป็นกลยุทธ์ ในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการวางแผนในการพัฒนาและนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยมีการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จของงานด้วยดัชนีชี้วัด ติดตามและประเมินผล โดยคณะกรรมการพร้อมสายงานและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการว่าจะได้รับ บริการที่ปลอดภัยในชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังจนผู้รับบริการพึงพอใจ นอกจากนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ในฐานะผู้ซื้อบริการสามารถ ตรวจสอบและตัดสินใจเลือกซื้อบริการจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับ ประโยชน์สูงสุด

สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสำคัญและสร้างประโยชน์ ต่อองค์กร โดยทำให้เกิดความเจริญก้าวหน้าและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของโรงพยาบาลเกิดความ คล่องตัวและมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งสร้างประโยชน์ให้กับองค์กร ผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพในโรงพยาบาล

กระบวนการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล พัฒนาการของ Hospital Accreditation: HA ในประเทศต่างๆ เริ่มต้นด้วยมาตรฐานง่ายๆ 5 ข้อ ในอเมริกาเมื่อ 70 ปี ที่แล้ว เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของ โรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์และ ค่อยๆพัฒนาต่อมาเป็นการร่วมมือขององค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องจัดตั้งขึ้นเป็น Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation(JCAHO) มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจูงใจจากการรับรอง เพื่อการฝึกอบรมสู่การเป็นเงื่อนไขสำหรับ โรงพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยในระบบ Medicaid และ Medicare Hospital/Healthcare Organization Accreditation ได้ขยายตัวไปทั่วประเทศ แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์และอีกหลายๆ ประเทศตามมาจนในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 70 ประเทศทั่วโลก

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในประเทศไทยเริ่มจากการนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement (TQM/CQI) มาทดลองปฏิบัติใน โรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่ง(องอาจ วิพุธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, และมยุรี จิระวิศิษฐ์, 2540) เมื่อปี 2535 การจัดทำมาตรฐานในโรงพยาบาล

เพื่อรับรองคุณภาพและเริ่มนำปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปี 2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนาซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีและการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปี 2542

การพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในปัจจุบัน มี 3 กระแสหลัก ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันหากมีการนำมาปฏิบัติอย่างสมดุลจะนำไปสู่ความยั่งยืนขององค์กรและบริการสุขภาพ(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) ประกอบด้วย

1) ระบบบริหารองค์กรและระบบบริหารคุณภาพ เช่น performance excellence Framework ของ MBNQA/TQA ระบบบริหารคุณภาพต่างๆ ซึ่งจะหนีไม่พ้นแนวคิด 3C – PDSA โดย HA พยายามส่งเสริมให้มีการทบทวนประเมินผลด้วยเครื่องมือต่างๆ เพื่อหมุนวงล้อ PDSA เช่น กิจกรรมทบทวนคุณภาพ การเฝ้าติดตามตัวชี้วัดสำคัญ การใช้ scoring เพื่อประเมิน maturity ของการพัฒนา การใช้ PDSA เพื่อหาโอกาสพัฒนาและเติมเต็ม การตามรอยการปฏิบัติในพื้นที่จริง รวมถึงเครื่องมือและแนวคิดในการพัฒนาต่างๆ เช่น lean เป็นต้น

2) การใช้ การสร้างและการจัดการความรู้ เริ่มจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เริ่มจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ฝังลึกในตัวคนถอดบทเรียนมาใช้ประโยชน์ให้กว้างขวางขึ้น (knowledge management) การเลือกสรรความรู้ทางวิชาการที่น่าเชื่อถือมาสู่การปฏิบัติ (evidence-based practice) และในที่สุดเป็นผู้สร้างความรู้ที่จำเป็นต่อการทำงานขึ้นจากปัญหาที่พบในงานประจำหรือขยายต่อออกจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (routine to research –R2R) ซึ่ง R2R นี้ควรนำมาสู่ความสุขของคนทำ เกิดปัญญาความรู้ใหม่และงานมีความก้าวหน้า

3) การพัฒนาจิตและปัญญา เป็นการพัฒนาชีวิตในด้านของคนทำงานใช้งานเป็นเครื่องมือในการพัฒนาจิต เปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติต่อตนเองและต่อสิ่งรอบตัว เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถและความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่จะดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ การเปรียบองค์กรเป็นเสมือนสิ่งมีชีวิตมิใช่เครื่องจักร ความละเอียดอ่อนในการรับรู้และถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ การตรึงตรองใคร่ครวญประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาเพื่อเข้าถึงความดี ความจริง ความงาม การค้นหา และชื่นชมในสิ่งที่ดีงาม การนำสุนทรียศาสตร์มาใช้ในการทำงานและจัดบริการ

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจ

จากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลและการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้มีความรัดกุมเพียงใด คุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกอยู่ที่ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาต่อเนื่องหรือเพื่อสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและส่งเสริมให้ทำความดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา การก้าวสู่บันไดของการพัฒนา HA ทั้ง 3 ขั้นต้องอาศัยบุคลากรในองค์กรดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพพื้นฐาน เริ่มต้นตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับหน่วยงานและทีมพร้อมสายงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และเกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและยั่งยืน โดยแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, (2553, น.2).

แนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA ประกอบด้วย

(1) ส่งเสริมและให้การยกย่องการพัฒนาเป็นลำดับขั้น

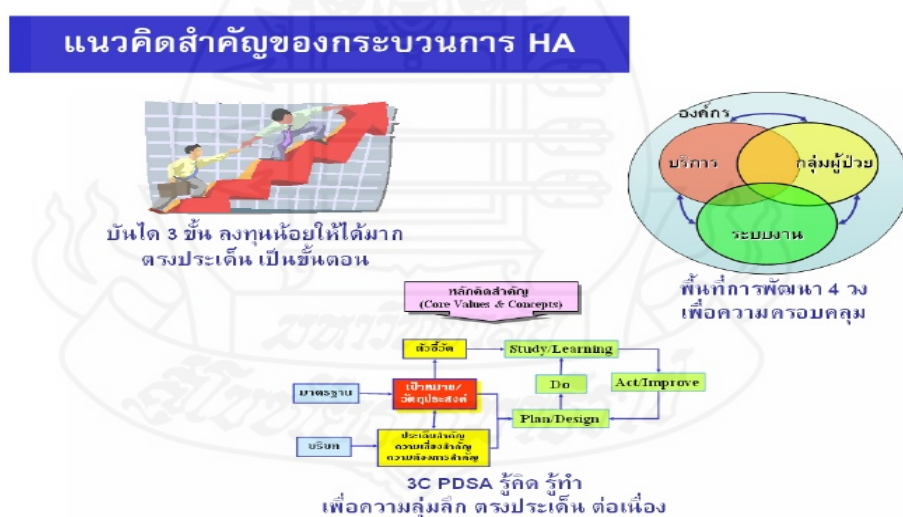
ก. บันไดสามขั้นสู่ HA ส่งเสริมการพัฒนาในส่วนที่จำเป็นตามกำลังความสามารถของโรงพยาบาลและให้การยกย่องตามลำดับขั้น

ข. ระบบการให้คะแนนประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน(scoring) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ maturity ของการพัฒนา

ค. การต่อยอดไปสู่ความยั่งยืนด้วยการพัฒนาด้านจิตวิญญาณและด้านความรู้

(2) การครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร ซึ่งจัดกลุ่มได้เป็น หน่วยงาน/ หน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วย ระบบงานและภาพรวมทั้งองค์กร

(3) วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนา 3C – PDSA เชื่อมโยงมาตรฐานและค่านิยมเข้ากับบริบทที่เป้าหมายที่ชัดเจน แล้วหมุนวงล้อ PDSA อย่างต่อเนื่องการทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพ ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงแนวคิดสำคัญของกระบวนการ HA

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, (2553, น.3)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

1) มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2558) มีรายละเอียด โดยสรุป ดังนี้

ตอนที่ 1 คือ ภาพรวมของการจัดการองค์กร

ข้อกำหนดที่ 1 การนำ LED ประกอบด้วย

(1) การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง(Senior Leadership) ผู้นำระดับสูงนำองค์กรด้วยวิสัยทัศน์และค่านิยม สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดีด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน ให้ความมั่นใจคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการระดับองค์กรด้วยวิสัยทัศน์และค่านิยม สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดีด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ

(2) การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (Governance and Social Responsibility) มีการประเมินประสิทธิภาพระบบการนำแล้วนำไปปรับปรุง ควบคุมกำกับด้านจริยธรรมในการทำงาน และมีการประสานและสนับสนุนชุมชน

ข้อกำหนดที่ 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM) ประกอบด้วย

(1) การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development) สร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนเพื่อนำไปสู่กลยุทธ์ที่ตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินงานขององค์กร

(2) การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (Strategy Development) สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมทั้งติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้

ข้อกำหนดที่ 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient Customer Focus : PCF)

(1) ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Knowledge) วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานผ่านช่องทางหรือสื่อที่เหมาะสม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว

(2) ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (Customer Relationship and Satisfaction) สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อความเชื่อมั่น ศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน

(3) สิทธิผู้ป่วย (Patient's Right) มีความตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข การดูแลความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ข้อกำหนดที่ 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)

(1) การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงานองค์กร เพื่อใช้ติดตามผลงานและความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ

(2) การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ ด้วยการสนับสนุน ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ที่พร้อมใช้งานและเอื้อต่อการให้บริการหรือพัฒนาคุณภาพบริการตลอดจนการสะสมและจัดเก็บองค์ความรู้ของการปฏิบัติงานอย่างเป็นหมวดหมู่เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาระบบการทำงาน

ข้อกำหนดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)

(1) การสร้างความผูกพันของบุคลากร ด้วยระบบการประเมินและพัฒนาผลการดำเนินงานของบุคลากรที่คำนึงถึงระบบค่าตอบแทนและการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างความผูกพันในองค์กร และส่งเสริมการพัฒนาผู้นำด้วยการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ตลอดจนความก้าวหน้าในวิชาชีพ

(2) การบริหารอัตรากำลังและเพิ่มพูนสมรรถนะการทำงานของบุคลากรอย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย

ข้อกำหนดที่ 6 การจัดการกระบวนการ (PCM)

(1) การออกแบบระบบงาน (Work System Design) ที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร รวมทั้งการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและบรรลุความสำเร็จขององค์กร

(2) การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน (Work Process Management and Improvement) เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร

ตอนที่ 2 คือ ระบบงานสำคัญ

ระบบงานที่ 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ(RSQ)

(1) การพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกัน ด้วยโครงสร้าง การทำงาน คุณภาพ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและสร้างระบบการประเมินตนเอง เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา รอบตัว

(2) ออกแบบระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากรครอบคลุมการค้นหาและรายงานความเสี่ยงทบทวนการดูแลผู้ป่วยและ วิเคราะห์อุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ

ระบบงานที่ 2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ(PFG)

(1) พัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในการทำงานที่จำเป็นกับพยาบาลที่สนับสนุน ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในระบบงานสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอดจนกำกับ ดูแลมาตรฐาน จริยธรรมในวิชาชีพ

(2) สร้างการมีส่วนร่วมของแพทย์ในการให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะกับ ผู้บริหารและมีส่วนร่วมในระบบงานสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยตลอดจน การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

ระบบงานที่ 3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย(ENV)

(1) การบริหารจัดการ อักเสบ วัสดุและของเสียอันตราย หรือ ภาวะฉุกเฉิน อื่นๆ ในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่

(2) จัดหาเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติและมีระบบ สาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา

(3) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพ ที่ดีและผู้มารับบริการ ตลอดจนการให้ความสำคัญเรื่องการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมด้วยการจัดการหรือน้ำทิ้งในชุมชนอย่างเหมาะสม

ระบบงานที่ 4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ(IC)

(1) ออกแบบระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมทุกจุดบริการ ได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรและงบประมาณที่เพียงพอและมีการ ประสานข้อมูลการชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน คริวเรือน/ชุมชน

(2) เฝ้าระวังการติดตามกำกับติดตามการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามหน่วยงานที่สำคัญดำเนินการแก้ไขปัญหาการติดเชื้ออย่างทันที่และควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

ระบบงานที่ 5 ระบบเวชระเบียน(MRS)

(1) ออกแบบระบบบริหารเวชระเบียนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันครอบคลุมการสื่อสารความต่อเนื่องในการดูแลรักษา รวมทั้งมาตรการในการเปิดเผยข้อมูลและการจัดเก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัย

(2) จัดทำแนวทางและประเมินผลการบันทึกเวชระเบียนให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้วิจัยประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ระบบงานที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา(MMS)

(1) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางระบบการจัดการด้านยาครอบคลุมการกำหนดบัญชียาในโรงพยาบาล การจัดหาที่มีคุณภาพ การเก็บและสำรองยาที่เหมาะสมพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย

(2) มีการสั่งใช้ยาและให้ยาตามวินิจฉัยโรคหรือข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ สร้างรูปแบบการสั่งใช้ยา การจัดยา และให้ยาแก่ผู้ป่วยที่สะดวกและคำนึงถึงความผิดพลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ระบบงานที่ 7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

(1) สนับสนุนทรัพยากรและการออกแบบการจัดบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางรังสีที่มีประสิทธิภาพถูกต้องน่าเชื่อถือ และส่งเสริมองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการทำงานของผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลการตรวจสอบที่น่าเชื่อถือและปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่

(2) การควบคุมการรักษามาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก และการตรวจทางรังสี ด้วยการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานภายนอก รวมทั้งการทบทวนอุบัติการณ์ เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ระบบงานที่ 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

(1) มีระบบเฝ้าระวังและติดตาม โรคและภัยสุขภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร สนับสนุนทรัพยากรและส่งเสริมองค์ความรู้แก่บุคลากรให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง

ระบบงานที่ 9 การทำงานกับชุมชน (COM)

(1) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ

(2) การเสริมพลังชุมชน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชนในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายหรือพันธมิตร

ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

กระบวนการที่ 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล

กระบวนการที่ 2 การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสม

กระบวนการที่ 3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานงานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กระบวนการที่ 4 การดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั่วไป การให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ

กระบวนการที่ 5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวและกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริม

พลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองรวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพทุกขั้นตอนของการดูแล

กระบวนการที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและให้ผลดี

ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงานขององค์กร

ผลด้านที่ 1 การดูแลผู้ป่วย องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์กระบวนการ ความปลอดภัยและ functional status ของผู้ป่วย

ผลด้านที่ 2 การมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ การคงอยู่การแนะนำและการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับผลงาน

ผลด้านที่ 3 การเงิน องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลงานการดำเนินงานด้านการเงิน

ผลด้านที่ 4 ทรัพยากรบุคคล องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลความผูกพันของบุคลากรความพึงพอใจของบุคลากร การพัฒนาบุคลากรและผู้นำจิตความสามารถ ระดับอัตราค่าจ้าง การศึกษาไว้และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ บริการและสิทธิประโยชน์ของบุคลากร

ผลด้านที่ 5 ระบบงานและกระบวนการสำคัญ องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มสำคัญของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลงานดำเนินการ (operational performance) ของระบบงานและกระบวนการสำคัญ รวมทั้งความพร้อมสำหรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน

ผลด้านที่ 6 การนำองค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร ผลของพฤติกรรมที่มีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบทางการเงินทั้งภายในและภายนอก การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การสนับสนุน ความร่วมมือและความรับผิดชอบต่อชุมชน

ผลด้านที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มสำคัญของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของบุคลากร และกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญ

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาโรงพยาบาลในประเทศไทยมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค โดยโครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับ โคมโรงพยาบาล แพทย์สภาเป็นผู้เริ่มต้นจัดมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งต่อมาสำนักงานประกันสังคม ได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคมพร้อมจัดทำคู่มือมาตรฐาน ดังกล่าว และนำไปประเมินสถานบริการสุขภาพ กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(Hospital Accreditation: HA) เริ่มจากการนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement(TQM/CQI) มาทดลองปฏิบัติใน โรงพยาบาล 8 แห่งเมื่อปี พ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) เมื่อปีพ.ศ. 2542 โดยกระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นตอน คู่ HA ซึ่งบันไดขั้นที่ 1 คู่ HA คือ การเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักแนวคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยัน ทบทวน” ส่วนบันไดขั้นที่ 2 คู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วยและองค์กร พัฒนาอย่างมีระบบ ได้แก่ การหมุนวงล้อพัฒนาและการเรียนรู้(Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้คุณค่า อย่ายึดติด” และบันไดขั้นที่ 3 คู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัยและวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ ซึ่งยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

2) มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) เป็นมาตรฐานที่ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้ง องค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมีเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมการบริหาร โรงพยาบาล การจัดการระบบงานสำคัญ กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีทั้งหมด 4 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ภาพรวมในการบริหารองค์กร ประกอบด้วย 6 หมวดหลัก ดังต่อไปนี้

- หมวดที่ 1 การนำ
- หมวดที่ 2 กลยุทธ์
- หมวดที่ 3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้
- หมวดที่ 5 กำลังคน
- หมวดที่ 6 การปฏิบัติการ

ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 9 หมวดหลัก
ดังต่อไปนี้

- หมวดที่ 1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
- หมวดที่ 2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ
- หมวดที่ 3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
- หมวดที่ 4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- หมวดที่ 5 ระบบเวชระเบียน
- หมวดที่ 6 ระบบการจัดการด้านยา
- หมวดที่ 7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง
- หมวดที่ 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- หมวดที่ 9 การทำงานกับชุมชน

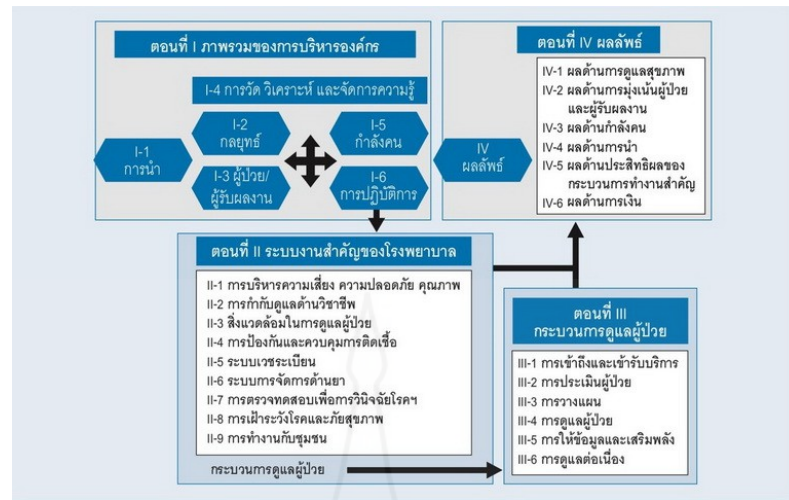
ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 หมวดหลัก ดังต่อไปนี้

- หมวดที่ 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
- หมวดที่ 2 การประเมินผู้ป่วย
- หมวดที่ 3 การวางแผน
- หมวดที่ 4 การดูแลผู้ป่วย
- หมวดที่ 5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- หมวดที่ 6 การดูแลต่อเนื่อง

ตอนที่ 4 ผลลัพธ์ ประกอบด้วย 6 หมวดหลัก ดังต่อไปนี้

- หมวดที่ 1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
- หมวดที่ 2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
- หมวดที่ 3 ผลด้านกำลังคน
- หมวดที่ 4 ผลด้านการนำ
- หมวดที่ 5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ
- หมวดที่ 6 ผลด้านการเงิน

ดังนั้นมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 จึงเป็นการรวมเอามาตรฐานคุณภาพสากลมาประยุกต์เพื่อใช้ให้มาตรฐานฉบับนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพได้เทียบเท่าสากล ดังภาพ ที่ 7



ภาพที่ 2.3 แสดงองค์ประกอบภาพรวมของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4

ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2561).

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เซงและลู่(Cheng: Liu. 2007, p. online) ศึกษาความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมองค์กรและการดำเนินการจัดการคุณภาพโดยรวมในบริษัทก่อสร้าง กล่าวว่า วัฒนธรรมองค์กรมีผลกระทบต่อ การจัดการคุณภาพโดยรวม (TQM) และแนะนำว่าความล้มเหลวในการดำเนินการจัดการคุณภาพโดยรวม เป็นสาเหตุจากวัฒนธรรมองค์กรที่มีคู่ควรกัน เพื่อที่จะทำให้การดำเนินการ TQM ประสบความสำเร็จ การศึกษานี้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กรและการดำเนินการจัดการคุณภาพโดยรวมในบริษัท

Itumalla, R., Acharyulu, G. V. R. K., & Shekhar, B. R. (2014) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานวัดคุณภาพบริการสำหรับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่สำคัญของคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเพื่อพัฒนาแบบจำลองเชิงทฤษฎี เพื่อวัดคุณภาพการบริการผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจและอธิบายในลักษณะของมัน การศึกษาเชิงประจักษ์ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ในเมืองไฮเดอราบัดประเทศอินเดีย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วยใน จำนวน 246 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคทางสถิติ เช่น การวิเคราะห์ปัจจัยและการถดถอยพหุคูณ การศึกษาได้ระบุปัจจัยในการวัดคุณภาพการบริการผู้ป่วยในและ

พัฒนาเครื่องมือทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ การแพทย์ การพยาบาล การสนับสนุน บริการด้านการบริหาร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การสื่อสารและโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายคุณภาพการบริการโดยรวมของผู้ป่วยใน คือ บริการพยาบาล บริการด้านการบริหาร บริการทางการแพทย์ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การสื่อสารผู้ป่วยและโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล การประยุกต์ใช้เครื่องมือคุณภาพ จะช่วยระบุนช่องว่างในแต่ละมิติในช่วงเวลาหนึ่งและช่วยให้ผู้ดูแลโรงพยาบาลสามารถตรวจสอบควบคุมและปรับปรุงคุณภาพการบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

Mosadeghrad, A. M. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ของแพทย์อู่หฺร่าน วิธีการโดยการสัมภาษณ์บุคคลเชิงลึกเชิงสำรวจดำเนินการโดยแพทย์ 64 คนที่ทำงานในสถาบันการแพทย์ต่างๆในอู่หฺร่าน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลองค์กรและสิ่งแวดล้อมส่งเสริมหรือยับยั้งคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ คุณภาพของการบริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์และผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่กว้างขึ้นสรุป ความแตกต่างของปัจจัยภายในและภายนอก เช่น ความพร้อมของทรัพยากรความร่วมมือของผู้ป่วยและความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการทางการแพทย์และผลลัพธ์ของผู้ป่วย ความเป็นผู้นำที่สนับสนุนการวางแผนที่เหมาะสม การศึกษาและการฝึกอบรม การจัดการทรัพยากรและกระบวนการที่มีประสิทธิภาพช่วยปรับปรุงคุณภาพของการบริการทางการแพทย์

El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008) ศึกษาผลกระทบของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต่อคุณภาพการดูแล การรับรู้ของพยาบาลเลบานอน ผลลัพธ์คุณภาพ บ่งชี้ว่าพยาบาลรับรู้การปรับปรุงคุณภาพในระหว่างและหลังกระบวนการรับรอง ปัจจัยทำนายคุณภาพผลลัพธ์ที่ดีที่สุด คือ ภาวะผู้นำ ความมุ่งมั่น การสนับสนุนการใช้ข้อมูลการจัดการคุณภาพ การมีส่วนร่วมของพนักงานและขนาดของโรงพยาบาล การจัดการคุณภาพแบบแปรผันตาม

การศึกษาเรื่องการบริหารคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย โดย งามอาจ วิพะศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และมยุรี จิระวิศิษฐ์(2540) ใช้วิธีการของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร(Total Quality Management, TQM) กำหนดระยะเวลาของโครงการไว้ 2 ปี มีโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงสมัครใจเข้าร่วม 8 แห่ง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้ากระบวนการดำเนินการและผลของการดำเนินการของโครงการ ด้วยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพของ The Malcolm Baldrige National Quality Award และเพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิด TQM/CQI ของ

ผู้นำระดับสูง ระดับกลางและผู้ปฏิบัติ พบว่าโรงพยาบาลในโครงการนำร่องทั้ง 8 แห่ง มีระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาที่แตกต่างกัน โดย 2 แห่ง มีความก้าวหน้าไปมาก จัดเป็นกลุ่มก้าวหน้าเด่นชัด ส่วนอีก 6 แห่งจัดเป็นกลุ่มก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นค่อยไป ปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกิดความแตกต่างกัน ได้แก่ ภาวะผู้นำการมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำทั้งระดับสูงและระดับกลาง การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร และการเปลี่ยนแปลงสู่แผนปฏิบัติเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้บุคลากรในโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีความคิดต่อนโยบายคุณภาพ สถานภาพของโรงพยาบาล ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ TQM ทักษะคิดต่อการพัฒนาคุณภาพ การจัดการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การทำงานตลอดจนผลลัพธ์ต่อบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการ ที่สามารถส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM ได้แก่ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง การฝึกอบรม TQM และแพทย์ซึ่งเป็นผู้มีความคิดดีความสามารถสูงจะทำให้สำเร็จเร็ว แต่ส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญ กลุ่มพยาบาลจึงเป็นกลุ่มหลักในการพัฒนากระบวนการที่สำคัญในโรงพยาบาล กระบวนการหลายอย่างที่ทำอยู่เป็นประจำไม่ได้รวมเข้ามาเป็นงานพัฒนาคุณภาพ ทำให้ไม่เกิดกระบวนการเชื่อมโยงผสมผสานงานพัฒนาคุณภาพกับงานประจำ ดังนั้นกระบวนการทำงานจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งของการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โรงพยาบาลต้องจัดกระบวนการให้เป็นตามความต้องการของผู้เกี่ยวข้องเป็นที่ยอมรับ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีและเป็นไปตามมาตรฐาน(วิชาญ เกิดชัย, 2554) สอดคล้องกับ พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล และคณะ(2541) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการนำเทคนิค TQM มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารของโรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2540 โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลของ The Malcolm Baldrige National Quality Award (1995) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์เชิงลึก สทนทนากลุ่มและแบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ 118 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก 300 คน ที่ผู้ป่วยใน 100 คน พบว่าปัจจัยที่สำคัญสูงสุด 3 ประการ คือ ที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพการบริการ คือ การให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคน การสนับสนุนของผู้บริหารอย่างต่อเนื่องจริงจังและงบประมาณเพียงพอ ในปีต่อมาละมัยพร โลหิตโยธิน(2542) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยรวม(TQM) กับประสิทธิผลตามหอผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพและรับรองโรงพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงและ อริสา ศรีอรรคจันทร์ (2544) ได้ทำการศึกษาเพื่อวัดระดับความสำเร็จของเครือข่ายสถานีอนามัยในภาพรวมและในแต่ละปัจจัยผู้

ความสำเร็จ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ของปัจจัยสู่ความสำเร็จที่สำคัญผลลัพธ์ของการบริหารคุณภาพ โดยรวมของเครือข่ายสถานีนามัย จังหวัดอุดรธานี ด้วยแบบสอบถามซึ่งประยุกต์จากการประเมินของ Malcolm Batalrige National Quality Award(1999) พบว่าผลลัพธ์การบริหารสถานีนามัยเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 74.5 มีคุณภาพบริหาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ($r=0.562-0.771$) สอดคล้องกับเสาวมาศ เกื่อนนาดี(2545) ที่ทำการศึกษาสภาพการพัฒนากุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 67.7) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ ประสิทธิภาพในการเรียนรู้การเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและความสามารถในการบริหารคุณภาพ โดยรวมของหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานและทั้งสองตัวแปรสามารถกำหนดคุณภาพได้ร้อยละ 34.4 ต่อมา มยุรัตน์ สุทธิวิเศษศักดิ์และคณะ(2546) ได้ทำการศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร(Total Quality Management: TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) จากการประเมินระดับความก้าวหน้าและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคุณภาพกับโครงการในโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าของการดำเนินงานอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ได้รับมากที่สุด คือการได้รับข้อมูลความเคลื่อนไหวการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 91.3 เนื่องจากมีแหล่งข้อมูลและช่องทางการกระจายข้อมูลหลายทาง ปัจจัยที่เจ้าหน้าที่ได้รับน้อยที่สุด คือความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาร้อยละ 35.1 เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาเจ้าหน้าที่ยังขาดโครงสร้างและระบบการดำเนินงานที่ชัดเจน จากการสำรวจพบระดับความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและกึ่งเกยรติ เดิมเกษมสานต์(2546) พบว่า ปัจจัยด้านการนำองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด การวัด การวิเคราะห์และการจัดหาความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลและการจัดกระบวนการ ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกซึ่งกันและกันต่อประสิทธิผลของ TQM ในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือ

นงนุช หลอมประ โคน(2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่องานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ได้รับปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมรายด้านอยู่ในระดับปานกลางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วนของตำแหน่งและประสบการณ์

ในการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินงานกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิศนีย์ เกษชชา(2547) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลภายหลังผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง (2) ความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานกิจกรรมพัฒนาโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านการให้บริการมีความเหมาะสมในระดับสูง ส่วนด้านการจัดการสภาพการปฏิบัติงานและแรงจูงใจในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง (3) ความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการจัดการให้บริการ สภาพการปฏิบัติงานและแรงจูงใจในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วาที ดิเรกศรี (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องใน โรงพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ ตำแหน่งในการปฏิบัติงานปัจจุบัน หน่วยงานที่ปฏิบัติงานและสถานการณ์รับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาลในปัจจุบันและปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ โดยปัจจัยการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลและปัจจัยการจัดการกระบวนการมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พาณี สีตะลิน (2547) ได้เสนอปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการแบบต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนี้

1. ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรจะต้องมีพันธะสัญญา (Commitment) ศรัทธาและความเชื่อในการพัฒนาบริการสุขภาพ นอกจากนี้ควรมีความเชื่อและศรัทธาในเรื่องเกี่ยวกับการองค์กรสามารถปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้ จากการศึกษาวิจัยในผู้บริหารระดับสูงทางด้านบริการสุขภาพประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา พบว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจะประสบความสำเร็จได้เมื่อผู้บริหารระดับสูงมีพันธะสัญญาในเรื่องนี้ การที่ผู้บริหารแสดงเจตจำนงอันแน่วแน่ในการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรหรือ โรงพยาบาลจะบ่งชี้ให้บุคลากรทุกระดับมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าจะเกิดการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร สิ่งที่จะบ่งชี้ว่า

พันธะสัญญานี้จะเกิดขึ้นภายในองค์กรคือ นโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการกำหนดการพัฒนาคุณภาพบริการที่ปรากฏอยู่ในแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานทุกระดับ ซึ่งผู้บริหารจะต้องตรวจสอบว่าการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรหรือไม่ สิ่งเหล่านี้จะเป็นพฤติกรรมและหลักฐานที่แสดงถึงการมีพันธะและศรัทธาและความเชื่อของผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารทุกระดับมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพขององค์กรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะค่อยๆปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมขององค์กรหรือโรงพยาบาลที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพของการบริการจนเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำของบุคลากรทุกคน การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานประจำของบุคลากรทุกคน โดยคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจะต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนซึ่งผู้บริหารระดับสูงจะต้องมีความเชื่อมั่นและศรัทธาในเรื่องนี้เป็นลำดับแรกก่อนจะนำความรู้หรือเทคนิคต่างๆมาดำเนินการในองค์กรหรือหน่วยงาน

2. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพ (Employee Involvement) การมีส่วนร่วมจากกลุ่มบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลจะทำให้แต่ละบุคคลมีความรู้สึกของการเป็นเจ้าของในการพัฒนาคุณภาพและรู้สึกถึงการมีคุณค่าของตนเองต่อการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพและเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาในหน่วยงานให้เกิดคุณภาพบริการ ผู้บริหารโรงพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดความยั่งยืน

3. การให้กลุ่มวิชาชีพที่สำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในการริเริ่มการพัฒนาคุณภาพ (Initial Key Professional Groups) จากการศึกษาวิจัยโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลจะประสบความสำเร็จได้ดีเมื่อผู้บริหารระดับสูงและผู้นำของกลุ่มวิชาชีพแพทย์ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมกลุ่มวิชาชีพที่สำคัญในการให้บริการรักษา พยาบาลของโรงพยาบาล เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เป็นต้น เป็นกลุ่มบุคคลที่ค่อนข้างมีอิทธิพลที่จะนำการพัฒนาคุณภาพบริการไปสู่ความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เนื่องจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ทำให้กลุ่มบุคคลบริการมีความเชื่อถือและให้ความร่วมมือแล้วยังผลักดันให้องค์กรเกิดการพัฒนาคุณภาพบริการและเป็นส่วนหนึ่งในการลดแรงต้านจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้

4. ผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ตรงกัน (Understand The Quality Improvement Concept) โดยการใช้ภาษาและความหมายที่สามารถสื่อต่อบุคลากรทุกระดับ ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งภายในและภายนอกองค์กรหรือหน่วยงาน การสร้างความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพตลอดจนแนวคิดเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดคุณภาพบริการที่ยั่งยืน ผู้บริหารควรมีวิธีการทุกวิถีทางที่จะสร้าง

ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแก่บุคลากรทุกระดับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงและสอดคล้องกัน

5. การสื่อสารนโยบายและเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการให้ครอบคลุมทุกระดับภายในองค์กร (Communication through the Organization) การสื่อสารที่ชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคลากรทราบว่าในขณะนี้องค์กรมีเจ็มนองอย่างไร ผู้บริหารโรงพยาบาลควรจะให้มีความสำคัญในเรื่องการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อเป็นทิศทางในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้นจะต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์และสื่อสารจากระดับนโยบายลงมาสู่ระดับปฏิบัติการ เพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ โดยจะต้องทั่วถึงทั้งแนวดิ่งตามสายงานและแนวราบของการประสานงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้องตรงกันทั่วทั้งองค์กร

6. การให้ความรู้พัฒนาทักษะในการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Increasing Continuous Knowledge and Skills) การให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะแก่บุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการใช้เครื่องมือพัฒนาที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องความรู้และพัฒนาทักษะในการพัฒนาคุณภาพสามารถนำความรู้หรือทักษะเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดคุณภาพในการให้บริการที่ยั่งยืน

7. การจัดตั้งเอื้ออำนวยและสิ่งสนับสนุนภายในองค์กรและสิ่งสนับสนุนในมุมมองด้านปัจจัยนำเข้า คือ งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพการจัดฝึกอบรมให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อพัฒนาคุณภาพปฏิบัติงาน มีเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ที่เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานหรือลดขั้นตอนความผิดพลาดต่างๆ ด้านกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานอย่างมีระบบ เช่น ศูนย์คุณภาพในการให้คำแนะนำปรึกษาหรือเป็นที่เลี้ยงติดตามการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการปฏิบัติการณ์อย่างนี้คุณภาพที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอจนบุคลากรทุกคนถือเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติภารกิจในการทำงานประจำทุกวันทำการ ที่มีทีมงานให้การสนับสนุนและช่วยอำนวยความสะดวกในการพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถ้าผู้บริหารโรงพยาบาลมีนโยบายและให้การสนับสนุนการดำเนินการอย่างต่อเนื่องสนับสนุนอย่างจริงจังจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดแรงเสริมของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

8. ภาวะผู้นำที่เด่นชัดในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ (Leadership) การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลจะต้องมีปัจจัยนี้เป็นสิ่งสำคัญที่สุดขององค์กร การที่ผู้นำองค์กรมีภาวะผู้นำที่เด่นชัดในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพจะทำให้บุคลากรเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพมี

ความสำคัญต่อองค์กรและเป็นทิศทางที่สมาชิกภายในองค์กรจะดำเนินการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์เดียวกัน ภาวะผู้นำที่ชัดเจน คือ ผู้บริหารทุกระดับจะต้องมีความรู้ประสบการณ์ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากร รวมทั้งการใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบต่างๆ ในการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง

ชนพร มาสมบุญ (2551) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า

1. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ช่วงอายุหน่วยงานที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์กร ภาวะผู้นำแรงจูงใจและการติดต่อสื่อสารแตกต่างกัน
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

จินตนา ส่องแสงจันทร์ (2549) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเียบจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า

1. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติและการร่วมในด้านผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก

2. ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ

- 1) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ
- 2) ไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงานมีมาก
- 3) ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่าและไม่จูงใจในการพัฒนาคุณภาพ
- 4) เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับงานที่ได้รับมอบหมาย

3) บุคลากรที่มีตำแหน่งในการพัฒนาคุณภาพต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพในโรงพยาบาลในภาพรวมและรายได้แตกต่างกัน ส่วนการเปรียบเทียบปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวม คือ งานที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและความรู้สึกว่าเป็นองค์กรที่พึงพิงได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลาง

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บริหารและผู้ร่วมงานทุกระดับ ที่จะทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลจึงมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จากการศึกษาของดาบทิพย์ ฐิติพงษ์พานิช(2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีต่อการยอมรับบริการคุณภาพ โดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุและตำแหน่งที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารงานคุณภาพ โดยรวมและผู้ที่มีความรู้ในระดับสูงมีการยอมรับการบริหารงานคุณภาพ โดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำ ในปีเดียวกันวรางคณา ผลประเสริฐ(2540) ได้ทำงานศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อายุราชการและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์เชิงบวก แต่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของการกระทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพสายสมร พลเชื้อและศิริวรรณ แสงทองพิพัฒน์(2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการรักษาพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล เพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมการทำงานและความเชื่อมั่นต่อผู้บริหาร สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาล ได้ และอุษณีย์ ฝ้ายอุปปละ(2546) ได้ศึกษาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ส่วนระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ดังนั้น สิ่งที่เป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริหารคุณภาพ เพื่อดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ ผู้นำ ซึ่งเป็นหัวใจขององค์กรและผู้บริหารทุกระดับถือเป็นผู้นำของหน่วยงานทั้งสิ้น หากองค์กรใดขาดผู้นำ หรือมีผู้นำไม่เหมาะสม ก็จะทำให้องค์กรนั้นไม่เจริญก้าวหน้าเท่าที่ควร ผู้นำจึงมีความสำคัญยิ่งต่อองค์กรและการบริหาร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ประกอบกับองค์กรใดมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะเป็นสิ่งส่งเสริมให้มีการพัฒนาได้รวดเร็ว บรรลุมุ่งหมาย ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสู่ความสำเร็จ

ธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล(2553) ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันบิราศนาคร มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาถึงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาปฏิบัติ 3) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการนำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาปฏิบัติ 4) เพื่อศึกษาผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันบิราศนาครกับผลการนำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาปฏิบัติ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถาบันบิราศนาคร สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 273 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบมาตราวัดประมาณค่า(Rating Scale) ของ Likert สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Coefficient,r) T-Test และ F-Test ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลการวิเคราะห์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง($X=2.92$) 2) ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านการศึกษาและฝึกอบรม ด้านความเป็นผู้นำของผู้บริหาร ด้านวัฒนธรรมองค์กร และด้านการมีส่วนร่วมการทำงานเป็นทีม สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการนำการพัฒนาโรงพยาบาลมาปฏิบัติ ได้ร้อยละ 41.10 3) ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวม 3 อันดับแรก คือ 1) ขาดการวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง แก้ไขไม่ถูกต้อง 2) ไม่มีเวลาว่างมาก เพิ่มภาระ 3) ขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจ เบื่อหน่าย 4) ผู้วิจัยมีแนวทางและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาสถาบันบิราศนาคร คือ ด้านการฝึกอบรม ควรมีการอบรมภายในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพและพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน การจัดการอบรมพัฒนาองค์กร เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม ในด้านผู้นำควรมีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ

รวงทอง อินเรือง (2554) ได้ศึกษาวิจัยพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามหลักการบริหารงานทั่วทั้งองค์กรของโรงพยาบาลจตุรเบกษา ผลการวิจัย พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลจตุรเบกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 3.69) และผลรายได้ต่อเดือนต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.005, 0.001, 0.009$ ตามลำดับ) ส่วนบุคลากรโรงพยาบาลจตุรเบกษาที่มีอายุ ลักษณะงาน ประสบการณ์การทำงาน หน้าที่รับผิดชอบ หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่การได้รับการอบรมการมีส่วนร่วมในงานพัฒนาคุณภาพและประสบการณ์

ด้านการพัฒนาคุณภาพต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรไม่แตกต่างกัน

ณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์และศิริวิไลซ์ วรรัตน์วิจิตร (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 3 ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เมื่อพ.ศ. 2556 จากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและ เอกชนในประเทศไทย จำนวน 1,323 โรงพยาบาล พบว่า มีโรงพยาบาลไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ ร้อยละ 65.61 ผ่านการรับรองคุณภาพ ร้อยละ 34.39 โดยผ่านการรับรองคุณภาพครั้งแรก ร้อยละ 16.40 และผ่านการรับรองซ้ำ ร้อยละ 17.997 ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบว่า เขตสุขภาพที่ 3 มีโรงพยาบาลที่ ผ่านการรับรองซ้ำ อยู่ในอันดับที่ต่ำเป็นอันดับ 3 ของประเทศ คือมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำ จำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 15.10) ผ่านการรับรองคุณภาพครั้งแรก จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 16.98) อยู่ในขั้นตอนพัฒนาสู่บันไดขั้นที่ 1 จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 7.55) บันไดขั้นที่ 2 จำนวน 32 แห่ง (ร้อยละ 60.37) เมื่อเปรียบเทียบผลการรับรองคุณภาพซ้ำ ในภาพรวมของประเทศ ร้อยละ 17.99 กับเขตสุขภาพ ที่ 3 ร้อยละ 15.107, 8 พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยปัจจัยด้าน โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยด้านการยึดมั่นผูกพันในองค์กร ปัจจัยด้านบุคลากร ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์พัฒนาคุณภาพ ทักษะคิด ความรู้ความเข้าใจ และ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม คือ ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมประเมินผล ส่วนปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรและปัจจัยด้านการทำงานอย่างเป็นระบบไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน

อรวรรณ นกน้อย (2544) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 376 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประเภทของบุคลากร และหน่วยงานที่สังกัด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ความพึงพอใจในการทำงาน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมี

ส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงาน ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคล ระดับการศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก หน่วยงานทางห้องปฏิบัติการ ความพึงพอใจในการทำงาน ด้านสภาพการทำงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน เพศชาย และสถานภาพสมรส



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive research) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี คัดเลือกโรงพยาบาลแบบเจาะจงโดยเลือกโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพบริการโรงพยาบาลในปี 2561 ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ จำนวน 2 แห่ง และผ่านการรับรองคุณภาพบริการอย่างมีเงื่อนไขจำนวน 2 แห่ง รวมทั้งหมดจำนวน 4 แห่ง บุคลากรทั้งหมด 579 คน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2560)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณตัวอย่างจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ทั้งหมด 579 คน ใช้หลักการคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน(Krejcie & Morgan) ดังนี้
สูตรของเครจซี่และมอร์แกน

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมด 579 คน สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 231 คน จากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างไปหาค่าสัดส่วนตามกลุ่มวิชาชีพให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพในโรงพยาบาล เมื่อได้ประชากรสัดส่วนตามกลุ่มวิชาชีพแล้ว นำกลุ่มตัวอย่างไปหาสัดส่วนตามโรงพยาบาลที่จะศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 1.1 ประชากรทั้งหมด แยกราย โรงพยาบาล

ที่	กลุ่มงาน/บุคลากร	รพช.1	รพช.2	รพช.3	รพช.4	รวม
1	ผู้อำนวยการ รพ.	1	1	1	1	4
2	กลุ่มงานบริหาร	45	40	31	17	133
3	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	4	4	4	3	15
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	8	10	9	6	33
5	องค์กรแพทย์	5	5	5	3	18
6	กลุ่มงานโภชนาการ	1	1	1	1	4
7	กลุ่มงานรังสีการแพทย์	2	1	1	1	5
8	กลุ่มงานทันตกรรม	5	4	8	3	20
9	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	3	2	2	1	8
10	กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ	6	4	5	4	19
11	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ	7	10	12	4	33
12	กลุ่มงานการพยาบาล	42	36	51	29	158
13	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย	3	2	2	2	9
14	สายงานสนับสนุน	23	32	41	24	120
	รวม	155	152	173	99	579

ตารางที่ 3.2 กลุ่มตัวอย่าง แยกรายโรงพยาบาล

ที่	กลุ่มงาน/บุคลากร	จำนวน ตัวอย่าง/	จำนวนตัวอย่าง/จำนวนสัดส่วนตาม รพ.				รวม
			รพช.1	รพช.2	รพช.3	รพช.4	
1	ผู้อำนวยการ รพ.	4	1	1	1	1	4
2	กลุ่มงานบริหาร	53	13	13	13	14	53
3	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	6	2	1	1	2	6
4	กลุ่มงานเภสัชกรรม	13	3	3	4	3	13
5	องค์กรแพทย์	7	2	2	2	1	7
6	กลุ่มงานโภชนาการ	2	1	0	0	1	2
7	กลุ่มงานรังสีการแพทย์	2	0	1	1	0	2
8	กลุ่มงานทันตกรรม	8	2	2	2	2	8
9	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	3	0	1	1	1	3
10	กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ	8	2	2	2	2	8
11	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ	13	4	3	3	3	13
12	กลุ่มงานการพยาบาล	63	16	16	16	15	63
13	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย	4	1	1	1	1	4
14	สายงานสนับสนุน	48	12	12	12	12	48
รวม		234	59	58	59	58	234

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 231 ตัวอย่าง แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทุกแห่งจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 3 ตัวอย่าง เพื่อให้ครอบคลุมผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทุกแห่ง จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 234 ตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของโคนาปีเคียนและจากคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน ประสบการณ์อบรมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลครั้งล่าสุด มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย การนำ (LED) กลยุทธ์(STG) การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้(PCM) กำลังคน(WKF) และการปฏิบัติการ (OPT) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งสร้างมาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (ACN) การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (RSQ) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) ระบบเวชระเบียน (MRS) การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (IMP) และการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มีจำนวน 13 ข้อ ซึ่งสร้างมาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วย(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561)

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ผลด้านการดูแลสุขภาพ(HCR) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น(CFR) ผลด้านกำลังคน(WFR) ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ(WPR) และผลด้านการนำ(LDR) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scales) มีจำนวน 12 ข้อ ซึ่งสร้างมาจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ 4 ผลลัพธ์(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), 2561)

3. ตัวแปรและการวัด

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1. ตำแหน่งงานในปัจจุบัน มีระดับการวัดเป็น นามบัญญัติ (Nominal Scale)
2. อายุ มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio Scale)
3. เพศ มีระดับการวัดเป็น อันดับ (Ordinal Scale)
4. ระดับการศึกษา มีระดับการวัดเป็น อันดับ (Ordinal Scale)
5. ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio Scale)
6. ประสบการณ์อบรมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีระดับการวัดเป็น นาม

บัญญัติ (Nominal Scale)

7. ผลการประเมินคุณภาพ โรงพยาบาลครั้งล่าสุด 1 คือ ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลแบบไม่มีเงื่อนไข และ 0 คือ ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลแบบมีเงื่อนไข (ต้องได้รับการประเมินซ้ำ/ติด Focus) มีระดับการวัดเป็น นามบัญญัติ (Nominal Scale)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้าน โครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด) มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (Likert 1967) ดังนี้

ปัจจัยด้าน โครงสร้าง

มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามมาก ให้คะแนนเท่ากับ 4
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามน้อยที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1
 กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายเพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วง ดังต่อไปนี้

(กัลยา วานิชย์ 2545)

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง	สูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง	สูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า(Rating Scales) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด) มีระดับการวัดเป็นช่วง(Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (Likert 1967) ดังนี้

ปัจจัยด้านกระบวนการ

มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามมาก ให้คะแนนเท่ากับ 4
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2
 มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามน้อยที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1
 กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายเพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วง ดังต่อไปนี้

(กัลยา วานิชย์ 2545)

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง	สูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง	สูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ บริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ(มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด) มีระดับ การวัดเป็นช่วง (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (Likert 1967) ดังนี้

ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5
 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามมาก ให้คะแนนเท่ากับ 4
 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3
 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2
 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลข้อคำถามน้อยที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1

กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายเพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยออกเป็นช่วง ดังต่อไปนี้ (กัลยา วานิชย์ 2545)

คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง	สูงที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง	สูง
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง	น้อยที่สุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน(ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยวิกฤติ(ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลกุมภวาปี พี่เลี้ยงงานคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี) โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หัวหน้างานผู้ป่วยนอกและงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(ประธานคณะกรรมการความปลอดภัยทางคลินิก) โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ตรวจสอบในประเด็นความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงและแก้ไขข้อความ เพื่อให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการวัดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามจนถูกต้องครบถ้วนก่อนนำไปทดลองใช้ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา(IOC) เท่ากับ 0.97 แสดงว่าข้อคำถามรายข้อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยเลือกโรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง มีสภาพแวดล้อมและลักษณะในการปฏิบัติงานคล้ายกับโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี เท่ากับ 0.923 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี เท่ากับ 0.844 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี เท่ากับ 0.898 จึงสรุปได้ว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสูง

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัย มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

5.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความอนุเคราะห์จากประธานกรรมการประจำสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ส่งถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี

5.2 การเก็บข้อมูล ดำเนินการดังนี้

5.2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปมอบให้ผู้ประสานงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนัดหมาย วัน เวลาในการส่งแบบสอบถามกลับคืน

5.2.2 ผู้ประสานในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตามจำนวนตัวอย่างแต่ละวิชาชีพ เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตามแต่บังเอิญ (Accidental Sampling) จนครบตามที่กำหนดไว้

5.2.3 เมื่อครบกำหนด 30 วัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานในโรงพยาบาลชุมชน ถ้าได้แบบสอบถามกลับคืนมาไม่ครบหรือได้แบบสอบถามคืนน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ประสานในโรงพยาบาลตามเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนกว่าจะได้แบบสอบถามมากกว่าร้อยละ 80

5.2.4 ในกรณีแบบสอบถามขาดความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามดังกล่าวกลับไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบอีกครั้งให้ครบถ้วน สมบูรณ์ตามเนื้อหา ผู้วิจัยทำการรวบรวมตามจำนวนที่ได้รับ

5.2.5 นำแบบสอบถามที่ได้รับ ตรวจสอบความครบถ้วน ลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนดและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2562 ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมดจำนวน 222 ฉบับ แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา มีความสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งหมด จากแบบสอบถามทั้งหมด 234 คิดเป็นร้อยละ 94.89

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

6.1.1 **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน ประสบการณ์อบรมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

6.1.2 **ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน** ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนและผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

6.2.1 **สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test statistic)** หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามมาตรา (Nominal Scale) และอันดับมาตรา (Ordinal Scale) สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์อบรมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ชั้นของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปัจจุบัน และผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลครั้งล่าสุด

6.2.2 **ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)** หาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ที่ยอมรับสมมติฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการ ศีรษะระดับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการกับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง 234 คน โดยใช้แบบสอบถาม ได้แบบสอบถามกลับมา 222 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.89 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้าน โครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน โครงสร้าง ปัจจัยด้านกระบวนการกับผลการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ประกอบด้วย ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ในหน่วยงาน ประสบการณ์อบรมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลครั้งล่าสุด มีจำนวน 7 ข้อ โดยใช้สถิติพรรณนา แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามรายละเอียดแสดงตารางที่ 4.1 (n = 222)

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

(n=222)		
ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ตำแหน่งงานปัจจุบัน		
- แพทย์/ ทันตแพทย์/ เกษัตริกร	24	10.81
- พยาบาล/ นักเทคนิคการแพทย์/ นักกายภาพบำบัด/ รังสีการแพทย์แพทย์แผนไทย/ นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม/ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์/ เจ้าพนักงานเวชสถิติ	108	48.65
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้	48	21.62
- บุคลากรสายสนับสนุน*	42	18.91
2. กลุ่มอายุ		
20 – 30 ปี	66	29.7
31 – 40 ปี	71	32.0
41 – 50 ปี	54	24.3
51 – 60 ปี	31	14.0
(\bar{X} =37.69, S.D.10.05, Min=20, Max=60)		
3. เพศ		
ชาย	67	30.2
หญิง	155	69.8
4. ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	47	21.2
อนุปริญญา	27	12.2
ปริญญาตรี	133	59.9
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	15	6.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n=222)		
ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน		
1 – 5 ปี	93	41.9
6 – 10 ปี	41	18.5
ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล		
11 – 15 ปี	26	11.7
16 – 20 ปี	14	6.3
21 ปีขึ้นไป	48	21.6
(\bar{X} =11.03, S.D.10.05, Min=1, Max=40)		
6. ประการณ้อบรม/การศึกษาเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพ		
โรงพยาบาล		
เคย	172	77.5
ไม่เคย	50	22.5
7. ผลการประเมินรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลครั้งล่าสุด		
ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แบบไม่มีเงื่อนไข	111	50.0
ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแบบมีเงื่อนไข(ติด Focus)	111	50.0

หมายเหตุ * บุคลากรสายงานสนับสนุน ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายบริหาร นักวิชาการเงินและบัญชี
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักวิชาการพัสดุ เจ้าพนักงานพัสดุ เจ้าพนักงานธุรการ
พนักงาน บริการ พนักงานขับรถ พนักงานรักษาความปลอดภัย คนสวน

จากตารางที่ 4.1 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ พบว่า บุคลากรส่วนมาก
ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล/ นักเทคนิคการแพทย์/ นักกายภาพบำบัด/ รังสีการแพทย์แพทย์แผน
ไทย/ นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม/ เจ้าพนักงาน
วิทยาศาสตร์การแพทย์/ เจ้าพนักงานเวชสถิติ ร้อยละ 48.65 รองลงมาปฏิบัติงานในตำแหน่ง
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 21.62 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 32.0 อายุเฉลี่ย 37.69 ปี

อายุสูงสุด 60 ปี ต่ำสุด 20 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.9 มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 41.9

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยด้าน โครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การนำ กลยุทธ์ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ กำลังคน และการปฏิบัติการ โดยใช้ สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ตามรายละเอียด ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

โดยภาพรวม

ตารางที่ 4.2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้าน โครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม

ด้านที่	ปัจจัยด้าน โครงสร้าง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1	การนำ	3.80	0.80	สูง
2	กลยุทธ์	3.55	0.68	สูง
3	การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	3.64	0.79	สูง
4	กำลังคน	3.53	0.68	สูง
5	การปฏิบัติการ	3.57	0.80	สูง
	รวม	3.58	0.61	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ปัจจัยด้าน โครงสร้างโดยภาพรวมมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในระดับสูง โดยด้านการนำมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูงที่สุด

2.2 ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายด้าน

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนา
คุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายด้าน

ข้อที่	ปัจจัยด้าน โครงสร้าง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 1 การนำ				
1	ผู้นำระดับสูงในหน่วยงานกำหนดแนวทางการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร	3.69	0.84	สูง
2	หน่วยงานรับรู้ข้อมูลทางช่องทางต่างๆ(เอกสาร การ ประชุม เสียงตามสาย ทางหน้าweb) เกี่ยวกับความรู้/ทิศ ทางการพัฒนาคุณภาพแลงแผนการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างต่อเนื่อง	3.68	0.85	สูง
ด้านที่ 2 กลยุทธ์				
1	หน่วยงานมีแผนการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพที่ สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการของ โรงพยาบาล	3.66	0.78	สูง
2.	หน่วยงานได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เช่น งบประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพ	3.43	0.86	ปานกลาง
ด้านที่ 3 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้				
1	หน่วยงานมีการใช้ระบบสารสนเทศ ข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน	3.64	0.79	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อที่	ปัจจัยด้าน โครงสร้าง	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 4 กำลังคน				
1	หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามหน้าที่	3.78	0.71	สูง
2	บุคลากรในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรมตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ	3.31	0.92	ปานกลาง
3	บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล	3.62	0.84	สูง
4	บุคลากรมีส่วนในการประเมินผลจากข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานของท่านจากผู้บังคับบัญชา	3.43	0.88	ปานกลาง
ด้านที่ 5 การปฏิบัติการ				
1	หน่วยงานมีความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	3.57	0.80	สูง

จากตารางที่ 4.3 แสดงปัจจัยโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้น หน่วยงานได้รับการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ บุคลากรได้รับการฝึกอบรมตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอและบุคลากรมีส่วนในการประเมินผลจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ระบบเวชระเบียน การให้ข้อมูล และการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ตามรายละเอียดดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม

ด้านที่	ปัจจัยด้านกระบวนการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1	การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	3.73	0.83	สูง
2	การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ	3.64	0.60	สูง
3	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	3.81	0.73	สูง
4	สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	3.55	0.73	สูง
5	ระบบเวชระเบียน	3.99	0.46	สูง
6	การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	3.93	0.45	สูง
7	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	3.68	0.82	สูง
	รวม	3.72	0.49	สูง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการภาพรวมมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูง โดยด้านระบบเวชระเบียนอยู่ในระดับสูงที่สุด

3.2 ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายด้าน

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนา
คุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายข้อ

ข้อที่	ปัจจัยด้านกระบวนการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ				
1	หน่วยงานมีระบบคัดกรองผู้ป่วย เพื่อแยกตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย	3.73	0.83	สูง
ด้านที่ 2 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ				
1	หน่วยงานมีการปฏิบัติงานในการป้องกันความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดตามแผนบริหารความเสี่ยง	3.59	0.74	สูง
2	หน่วยงานมีระบบการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย มีระบบการตรวจสอบความไม่ปลอดภัยในการทำงาน	3.50	0.73	สูง
3	หน่วยงานมีตัวแทนเป็นคณะทำงานคุณภาพโรงพยาบาล	3.88	0.78	สูง
4	หน่วยงานมีการนำข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงานมาปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพงานและเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย	3.70	0.71	สูง
5	โรงพยาบาลมีการทบทวนความถูกต้อง สอดคล้องและกำหนดแนวทางลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคอย่างต่อเนื่อง	3.52	0.83	สูง
ด้านที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ				
1	บุคลากรปฏิบัติงานตามมาตรฐานการทำงานที่ระบุในบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อการกระจายเชื้อแบบมาตรฐาน	3.81	0.73	สูง
ด้านที่ 4 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย				
1	หน่วยงานมีแผนอุบัติเหตุ/สาธารณภัย/อัคคีภัยและมีการซ้อมการปฏิบัติตามแผนอย่างสม่ำเสมอ	3.46	0.94	ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อที่	ปัจจัยด้านกระบวนการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
2	หน่วยงานมีระบบการบำรุงรักษา ตรวจสอบ เครื่องมืออุปกรณ์ ต่างๆตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน	3.63	0.75	สูง
ด้านที่ 5 ระบบเวชระเบียน				
1	โรงพยาบาลมีระบบการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยตามบทบาท หน้าที่ของบุคลากรแต่ละระดับเพื่อเป็นการรักษาความลับ ของผู้ป่วย	3.99	0.46	สูง
ด้านที่ 6 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว				
1	ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หลังจากได้ข้อมูลที่เพียงพอจากทีมการรักษาพยาบาล	3.99	0.46	สูง
2	ทีมผู้ให้การรักษাজัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว/ชุมชน เช่น สอน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เล็กน้อยๆ วิธีการทำแผล สอนพ่นยา	3.95	0.56	สูง
ด้านที่ 7 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ				
1	หน่วยงานมีการสื่อสารข้อมูล ข่าวสารในการป้องกันโรค ระบาดและการแพร่กระจายเชื้อ ด้วยสื่อต่างๆและหลาย ช่องทาง ระหว่างบุคลากร หน่วยงานอื่น อย่างสม่ำเสมอ	3.68	0.82	สูง

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลชุมชน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูง ยกเว้นหน่วยงานมีแผนอค์คิภัยและ
มีการซ้อมการปฏิบัติตามแผนอค์คิภัยอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การพัฒนาคูณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ผลลัพธ์การพัฒนาคูณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย ผลด้านการดูแล สุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านกำลังคน ผลด้านประสิทธิภาพของ กระบวนการทำงานสำคัญและผลด้านการนำ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน นำเสนอในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ตามรายละเอียดดังนี้

4.1 ผลลัพธ์การพัฒนาคูณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์การพัฒนาคูณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม

ด้านที่	ผลลัพธ์	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1	ผลด้านการดูแลสุขภาพ	3.58	0.45	สูง
2	ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	3.51	0.64	สูง
3	ผลด้านกำลังคน	3.51	0.67	สูง
4	ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ	3.49	0.39	ปานกลาง
5	ผลด้านการนำ	3.55	0.81	สูง
	รวม	3.52	0.54	สูง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผลลัพธ์การพัฒนาคูณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยผลด้านการดูแลสุขภาพ มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ยกเว้น ด้านผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง

4.2 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายด้าน

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลชุมชน จำแนกรายด้าน

ข้อที่	ผลลัพธ์	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ				
1	บุคลากรมีทักษะในการถ่ายทอดการปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรฐานการทำงานและตามคุณภาพการปฏิบัติงานให้คนอื่นได้	3.48	0.77	ปานกลาง
2	หน่วยงานเกิดผลงานในการปฏิบัติงานใหม่ที่แตกต่างจากเดิมในทิศทางที่ดีขึ้นจากการนำข้อมูลในการปฏิบัติมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน	3.61	0.48	สูง
ด้านที่ 2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น				
1	ผลการปฏิบัติงานดีขึ้นกว่าเดิม เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติมีคุณภาพเพิ่มขึ้น บุคลากรคิดว่าเกิดจากการพัฒนาคุณภาพในงานที่รับผิดชอบ	3.67	0.71	สูง
2	ระยะเวลาในการรอคอยการรักษาพยาบาลน้อยกว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 20	3.39	0.80	ปานกลาง
3	เกิดการลดขั้นตอนการให้บริการโดยปฏิบัติงานตามมาตรฐานและลดรอบเวลาการรับบริการของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติ	3.48	0.72	ปานกลาง
ด้านที่ 3 ผลด้านกำลังคน				
1	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้นเมื่อทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพงานของตน	3.51	0.87	สูง

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อที่	ผลลัพธ์	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 4 ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน				
1	สำคัญ หน่วยงานนำข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงานมา แก้ไข ปรับระบบการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาการ	3.68	0.71	สูง
2	ปฏิบัติงานดีขึ้น เกิดการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน บุคลากรในหน่วยงาน ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เกิดความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมดีขึ้น โดยทุกคนปฏิบัติ	3.64	0.82	สูง
3	ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานความปลอดภัย มีรูปแบบหรือวิธีการปฏิบัติงานใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เกิดจากการนำข้อมูลที่จำเป็นจากระบบฐานข้อมูลมาใช้	3.50	0.76	สูง
4	ในการปฏิบัติงานหน่วยงาน	3.58	0.79	สูง
5	ทุกหน่วยงานมีเครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้งานได้ ตลอดเวลาการร้องเรียนในประเด็นต่างๆ จากผู้รับบริการ ผู้ป่วย ประชาชน สังคมลดลง	3.21	0.57	ปานกลาง
ด้านที่ 5 ผลด้านการนำ				
1	ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานใช้ระบบการ ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด รับรู้ร่วมกันและโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้	3.55	0.81	สูง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้น บุคลากรมีทักษะ ในการถ่ายทอดการปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรฐานการทำงานและตามคุณภาพการปฏิบัติงานให้ คนอื่นได้ ระยะเวลาในการรอคอยการรักษาพยาบาลน้อยกว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 20 เกิดการลด ขั้นตอนการให้บริการ โดยปฏิบัติงานตามมาตรฐานและลดรอบเวลาการรับบริการของผู้ป่วยและ ผู้ปฏิบัติ และการร้องเรียนในประเด็นต่างๆจากผู้รับบริการ ผู้ป่วย ประชาชน สังคมลดลง มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้าน กระบวนการกับผลการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับผลการพัฒนาคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลชุมชนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลการพัฒนาคุณภาพ
บริการ โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
กับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน
(Spearman rank correlation coefficient)

ตารางที่ 4.8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับผลการพัฒนาคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม	P-value
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน	0.28
อายุ	0.20
เพศ	0.24
ระดับการศึกษา	0.18
ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงาน	0.38
ประสบการณ์อบรมในงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	0.70

จากตารางที่ 4.8 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับ
การศึกษา ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงานและ ประสบการณ์อบรมในงานพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน

การวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาล มีตัว
แปรอิสระ 5 ตัวแปร ได้แก่ การนำ กลยุทธ์ การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ กำลังคนและ
การปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ(Multiple Regression) แบบ
Stepwise รายละเอียดผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยโครงสร้างที่มีผลต่อผลการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ตัวแปรปัจจัย โครงสร้าง	B	SE	Beta	t
กลยุทธ์ (X ₁)	.168	.050	.212	3.369**
การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (X ₂)	.117	.040	.170	2.910**
กำลังคน (X ₃)	.324	.051	.401	6.411**
การปฏิบัติการ (X ₄)	.112	.037	.164	3.059**
ค่าคงที่	.961	.123		7.804**

R= .822, R² = .675, SEE = .312, F= 112.676, Sig. of F= .000, **P<. 01

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ปัจจัยกำลังคนมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลมากที่สุด เมื่อกำลังคนมีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วย ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลง 0.324 หน่วย ประสิทธิภาพในการทำนายความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลได้ถูกต้องร้อยละ 67.7

5.2 การวิเคราะห์ปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน มีตัวแปรอิสระ 7 ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ การบริหารความเสี่ยง การป้องกันการติดเชื้อ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ระบบเวชระเบียน การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ครอบครัว และการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Stepwise รายละเอียดผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อผลการพัฒนา
คุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน

ตัวแปรปัจจัยกระบวนการ	B	SE	Beta	t
การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (X ₁)	.497	.051	.548	9.665**
สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (X ₂)	.136	.039	.182	3.480**
การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว(X ₃)	.152	.054	.127	2.825**
การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (X ₄)	.072	.035	.108	2.039*
ค่าคงที่	.376	.207		1.822*

$R^2 = .646$, $SEE = .326$, $F = 98.811$, $\text{Sig. of } F = .000$, $*P < .05$, $**P < .01$

จากตารางที่ 4.10 พบว่า การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ มีการเปลี่ยนแปลง 1 หน่วย ส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลเปลี่ยนแปลง 0.497 หน่วย ประสิทธิภาพในการทำงาน ความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ได้ถูกต้องร้อยละ 65.0

5.3 การวิเคราะห์ภาพรวมปัจจัยโครงสร้างและภาพรวมปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Stepwise โดยใส่ตัวแปรอิสระจำนวน 2 ตัวแปร แล้วสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละเท่าใด และมีตัวแปรใดบ้างที่ส่งผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4.11

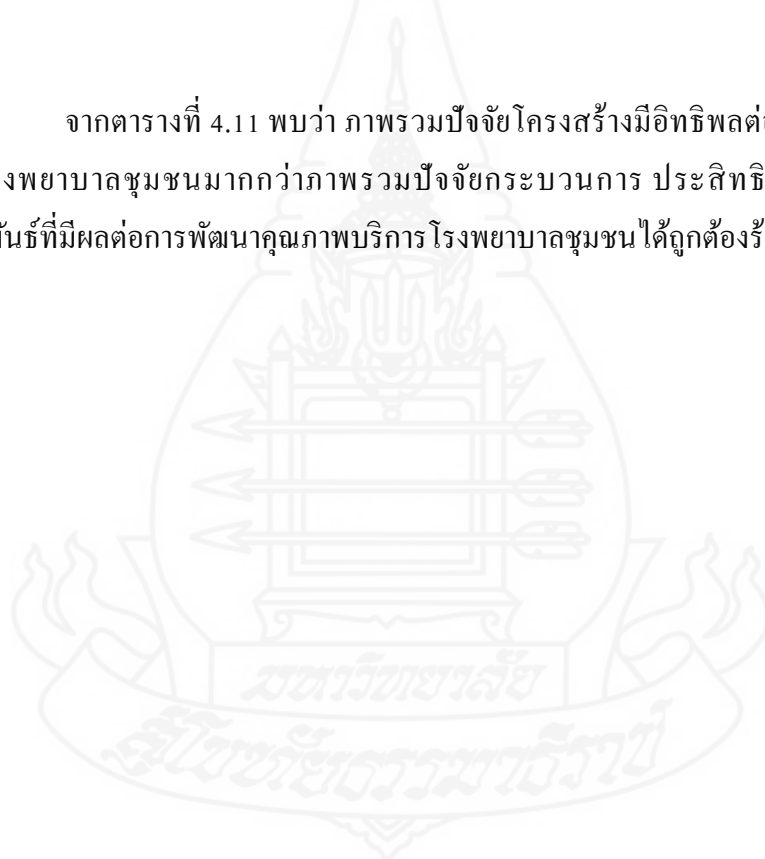
ตารางที่ 4.11 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของภาพรวมปัจจัยโครงสร้างและภาพรวมปัจจัย
กระบวนการที่มีผลต่อผลการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน

ตัวแปรปัจจัยกระบวนการ	B	SE	Beta	t
ภาพรวมปัจจัยโครงสร้าง (X_1)	.432	.050	.489	8.585**
ภาพรวมปัจจัยกระบวนการ (X_2)	.464	.064	.415	7.294**
ค่าคงที่	.258	.147		1.760*

$R = .856$, $R^2 = .732$, Adjusted $R^2 = .730$, $SEE = .282$, $F = 299.071$, Sig. of $F = .000$, * $P < .05$,

** $P < .01$

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ภาพรวมปัจจัยโครงสร้างมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพ
บริการ โรงพยาบาลชุมชนมากกว่าภาพรวมปัจจัยกระบวนการ ประสิทธิภาพในการทำนาย
ความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ได้ถูกต้องร้อยละ 73.2



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จังหวัดอุดรธานี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการ ศักยภาพผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้าง ปัจจัยกระบวนการบริการกับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี

1. สรุปผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 31.5 รองลงมาปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 21.8 อายุ เพศหญิง ร้อยละ 69.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 32.0 รองลงมาอายุ ระหว่าง 20 – 30 ปี ร้อยละ 29.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.9 มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 41.9 รองลงมา มีประสบการณ์ทำงาน 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.6 และน้อยที่สุดประสบการณ์งานระหว่าง 16 – 20 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 มีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 77.5

ปัจจัยด้าน โครงสร้างภาพรวมมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในระดับสูง โดยด้านการนำมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนสูงที่สุด ปัจจัยด้านกระบวนการภาพรวมมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนในระดับสูง โดยด้านระบบเวชระเบียนมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนสูงที่สุด ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงานและ

ประสบการณ์อบรมในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลยุทธ์ การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ กำลังคนและการปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูล มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P- value .05 โดยด้านกำลังคนมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมากที่สุด ปัจจัยกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน พบว่า การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P- value .05 โดยการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมากที่สุด ปัจจัยโครงสร้างภาพรวมและปัจจัยกระบวนการภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P- value .05 โดยปัจจัยโครงสร้างภาพรวมมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมากกว่าปัจจัยกระบวนการภาพรวม

2. อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงานและประสบการณ์อบรมในงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช หลอมประโคน(2546) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่องานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในจังหวัดบุรีรัมย์

แต่ตำแหน่งและประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวรางคณา ผลประเสริฐ (2540) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันและขนาดของโรงพยาบาลที่แตกต่างกันทางด้านกำลังคน จึงทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระดับการศึกษา อายุราชการและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์เชิงบวก แต่สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของการกระทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพซึ่งแตกต่างจาก ขณะที่ยายสมร พลเชื้อและศิริวรรณ แสงทองพิพัฒน์ (2541)

ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการพัฒนามาตรฐานการให้บริการรักษาพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล เพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมการทำงานและความเชื่อมั่นต่อผู้บริหาร สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลได้ และอุษณีย์ ฝ้ายอุปปละ(2546) ได้ศึกษาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ส่วนระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ปัจจัยด้าน โครงสร้าง ประกอบด้วย กลยุทธ์ การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ กำลังคนและการปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P- value .05 ส่วนการนำไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาเรื่องการบริหารคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยขององอาจ วิเศษศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และมยุรี จิระวิศิษฎ์ (2540) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเกิดความแตกต่างกัน ได้แก่ การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร และการแปลงกลยุทธ์สู่แผนปฏิบัติเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้บุคลากรในโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีความคิดต่อนโยบายคุณภาพ สถานภาพของโรงพยาบาล ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ TQM ทักษะคิดต่อการพัฒนาคุณภาพ การจัดการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การทำงานตลอดจนผลลัพธ์ต่อบริการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการ ที่สามารถส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM ได้แก่ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง การฝึกอบรม TQM และแพทย์ซึ่งเป็นผู้มีความคิดดีความสามารถสูงจะทำให้สำเร็จเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของวาที ดิเรกศรี(2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลและปัจจัยการจัดการกระบวนการมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์ (2546) พบว่า การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลและการจัดการกระบวนการ ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกซึ่งกันและกันต่อประสิทธิผลของ TQM ในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือ และการศึกษาของณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์และศิวิไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร(2556) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 3 พบว่าปัจจัยด้านภาวะผู้นำไม่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาขององอาจ วิพะศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และมยุรี จิระวิศิษฎ์(2540) ปัจจัยด้านภาวะผู้นำการมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำทั้งระดับสูงและระดับกลางที่ส่งผลให้ระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลและ ก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์ (2546) พบว่า ปัจจัยด้านการนำองค์กร มีความสัมพันธ์ในเชิงบวก ซึ่งกันและกัน

การศึกษาวิจัยนี้ถึงแม้การนำไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลแต่โรงพยาบาลยังสามารถดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพจนสามารถผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้แต่เนื่องมาจากโรงพยาบาลมีปัจจัยอื่นที่อยู่ในระดับสูงทำให้ให้บุคลากรระดับปฏิบัติงานสามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องได้กล่าวคือจากการศึกษานี้ พบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆด้านโครงสร้างประกอบด้วย กลยุทธ์ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ กำลังคน และการปฏิบัติการ ที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการซึ่งสอดคล้องกับ แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et. 1991: 141-146) พบว่าความหมายของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องว่าเป็นระบบบริหารจัดการที่อยู่บนฐานของการบูรณาการวิธีการ วิธีปฏิบัติ แนวคิดและความเชื่อในเรื่องคุณภาพและการบริหารจัดการเข้าไปเป็นวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่พาณี สีตกะลิน (2554) กล่าวว่าวัฒนธรรมองค์กรเป็นแบบแผนพฤติกรรมของคนในองค์กรแสดงถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนภายในองค์กร วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่คนสร้างขึ้นร่วมกันมาจนซ้ำๆ กัน จนเป็นแบบแผนที่เป็นเอกลักษณ์ของคนในองค์กร วัฒนธรรมองค์กรจะยึดเป็นเอกลักษณ์ขององค์กรที่มาผสมผสานกับเอกลักษณ์ประจำตัวของบุคคลในองค์กร การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรจึงต้องเริ่มกันที่ระดับบุคคลก่อน โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ ทศนคติก่อน

ปัจจัยกระบวนการ ประกอบด้วย การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P- value .05 ส่วนการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบเวชระเบียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mosadeghrad, A. M. (2014) ได้ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์ของแพทย์อิหร่าน พบว่า การจัดการทรัพยากรและกระบวนการที่มีประสิทธิภาพช่วยปรับปรุงคุณภาพของบริการทางการแพทย์ ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของโดนาปีเดียน(1980)

กล่าวว่า กระบวนการทำงาน(Process) เป็นที่ยอมรับกัน โดยทั่วไปว่าแม้จะมีปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างที่มีคุณภาพ แต่ถ้ากระบวนการทำงานไม่ดีก็จะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้น การควบคุมกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ผู้รับผิดชอบกระบวนการทำงานแต่ละงานต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน จัดลำดับขั้นตอนการทำงานและควบคุมคุณภาพแต่ละขั้นตอนให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงานและประสบการณ์อบรมในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ผู้บริหารไม่ควรละเลยหรือไม่เห็นความสำคัญแต่ยังมีการศึกษาวิจัยอีกหลายบทความที่ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ ในการคัดเลือกบุคลากรมาทำงานในโรงพยาบาล ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย กลยุทธ์ การวัดการวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ กำลังคนและการปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดนวัตกรรมในการให้บริการโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพบริการ โรงพยาบาลและขอประเมินซ้ำการรับรองคุณภาพ

2) ควรมีการศึกษาวรรณกรรมองค์กรของโรงพยาบาลที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน

บรรณานุกรม



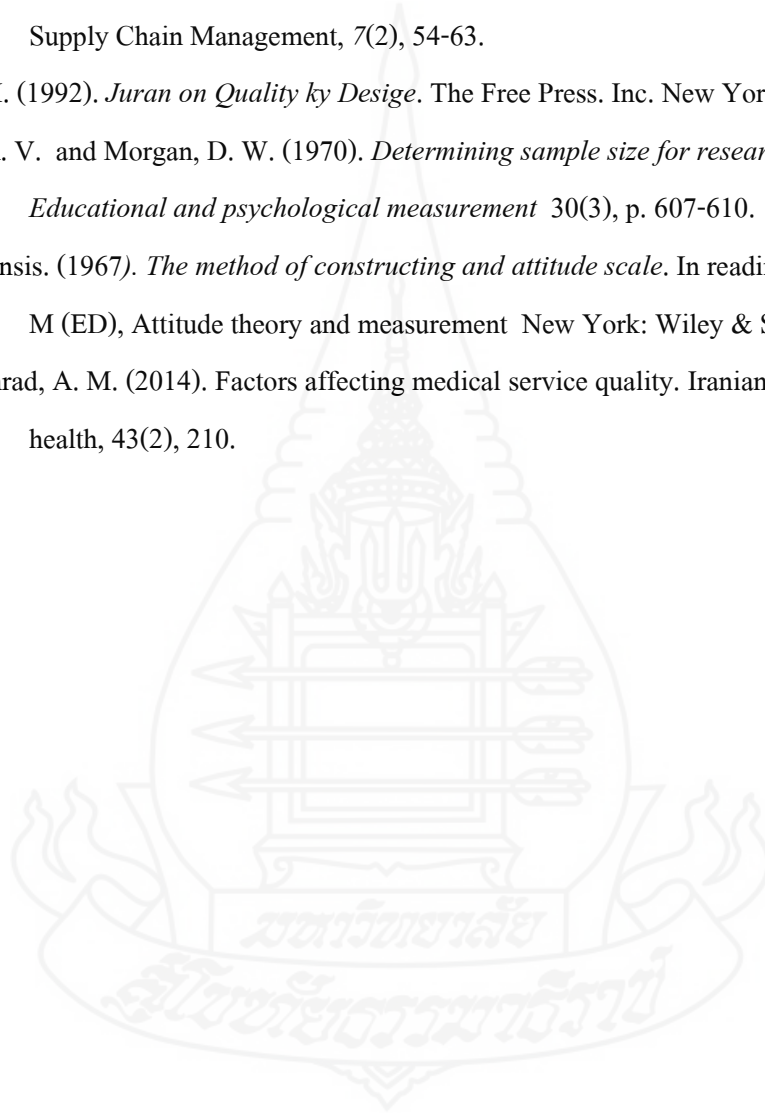
บรรณานุกรม

- ก้องเกียรติ เดิมเกษมสานต์. (2546). *ประสิทธิผลของ TQM ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2545). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. (2554). *การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- คณะตรวจราชการ. (2561). *รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. การประชุมสรุปการตรวจราชการระดับจังหวัด วันที่ 6 กรกฎาคม 2561*. อุดรธานี. ฌรัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์, และศิริวิไลช์ วรรณรัตน์วิจิตร. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 3*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ดาบทิพย์ จูดีพงษ์พานิช. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ชนพร มาสมบูรณ์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ*. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล. (2553). *การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาสถาบันบำราศนราดูร*. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- นนุช หลอมประโคน. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์*. (วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- นินนาท หมอชาติ. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- พานิช สีตกลิน. (2547). *การพัฒนาคุณภาพบริการ*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล 1 หน่วยที่ 13*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- _____. (2554). *การบริหารงานกับการเปลี่ยนแปลง*. *จุลวารสารออนไลน์*. ค้นจาก <http://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book544/hospital.html>
- พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล, และคณะ. (2541). *การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลกุมภาปี จังหวัดอุดรธานี ด้วยรูปแบบการบริหารคุณภาพโดยรวม (ToTal Quality Management-TQM)*. อุดรธานี.
- มยุรัตน์ สุทธิวิเศษศักดิ์, และคณะ. (2546). *ระดับความก้าวหน้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. ค้นจาก <https://www.suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=3173>.
- รวงทอง อินทร์เรือง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามหลักการบริหารงานทั่วทั้งองค์กรของโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา*. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ละมัยพร โลหิตโยธิน. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วรางคณา ผลประเสริฐ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วาที ดิเรกศรี. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- วิชาญ เกิดวิชัย. (2554). *กลยุทธ์การจัดการด้านลูกค้า ใน พานิช สีตกลินและคณะ(บก.) การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการบริหารโรงพยาบาล หน่วยที่ 7 หน้า 14*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2553). *HA Update 2010*. กรุงเทพฯ. สายสมร พลเชื้อ, และศิริวรรณ แสงทองพิพัฒน์. (2541). กระบวนการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการรักษาพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์* ปีที่ 23, เลขที่ 11 หน้า 708 – 715.
- เสาวมาศ เกื่อนนาดี. (2545). *การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- องอาจ วิบุษศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, และมยุรี จิระวิศิษฎ์. (2540). *โครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM*. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อลิสา ศรีอรรถจันทร์. (2544). *ผลลัพธ์การบริหารคุณภาพโดยรวมของเครือข่ายสถานีอนามัยจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2543*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อุษณีย์ ฝ้ายอุปปละ. (2546). *การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น*. (การศึกษาระดับปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อรวรรณ นกน้อย. (2545). *การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลศึกษาเฉพาะกรณีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ ศ.ศ.ม.(รัฐศาสตร์). ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- Anderson, C. A. Cassidy, B. & Rivenburgh, P. (1991). *IMPLEMENTING CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (CQI) IN HOSPITALS: Lessons: learned from the International Quality Study* International Journal for Quality in Health Care, 3(3), 141-146.
- Cheng, C. W., & Liu, A. M. (2007). *The relationship of organizational culture and the implementation of total quality management in construction firms*. Surveying & Built Environment.
- Donabedian, A. (1980). *Basic approaches to assessment: structure, process and outcome*. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring, 1, 77-128.

- El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008). *The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses*. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 363-371.
- Itumalla, R., Acharyulu, G. V. R. K., & Shekhar, B. R. (2014). *Development of hospital quality: a service quality scale for measuring in-patient services in hospital*. *Operations and Supply Chain Management*, 7(2), 54-63.
- Juran, J.M. (1992). *Juran on Quality by Design*. The Free Press. Inc. New York.
- Krejcie, R. V. and Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. *Educational and psychological measurement* 30(3), p. 607-610.
- Likert, Rensis. (1967). *The method of constructing an attitude scale*. In reading in fishbein, M (ED), *Attitude theory and measurement* New York: Wiley & Son., p.90-95.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). *Factors affecting medical service quality*. *Iranian journal of public health*, 43(2), 210.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)



ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1

1. ชื่อ – สกุลผู้ทรงคุณวุฒิ นางสาวพิชญกานต์ สกุลพานิช
2. ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. ตำแหน่งทางบริหาร หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
4. วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยบรมราชชนนีสุรินทร์ ปี 2535
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2554
5. สถานที่ติดต่อ
ที่ทำงาน : โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี
จังหวัดอุดรธานี โทร. 042 334400
ที่บ้าน : 31/9 ซอยสกุลพานิช ถนนทหาร ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี โทร. 042240198

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2

1. ชื่อ – สกุลผู้ทรงคุณวุฒิ นางสาวสุภารัตน์ คลื่นแก้ว
2. ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. ตำแหน่งทางบริหาร หัวหน้างานผู้ป่วยนอกและงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
4. วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยบรมราชชนนีนครราชสีมา ปี 2545
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2552
5. สถานที่ติดต่อ
ที่ทำงาน : โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี
โทร. 042-392632 ต่อ 135
ที่บ้าน : 139 หมู่ที่ 9 บ้านบ่อน้ำ ตำบลหม่อม อำเภอเมือง จังหวัด
อุดรธานี โทร. 042-346692

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3

1. ชื่อ – สกุลผู้ทรงคุณวุฒิ นส.ปรานต์พินิตา นาสงชน
2. ตำแหน่งทางวิชาการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. ตำแหน่งทางบริหาร หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยวิกฤติ (ICU)
4. วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยบรมราชชนนีสุรินทร์ ปี 2540
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2552
5. สถานที่ติดต่อ

ที่ทำงาน : ที่ทำงาน : โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี
จังหวัดอุดรธานี โทร. 042 334400 ต่อ 5410



ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม



เลขที่ แบบสอบถาม

--	--	--	--

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล
โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อที่เป็นคำตอบของท่าน

1. ตำแหน่งงานในปัจจุบันของท่าน
 สายสนับสนุน ตำแหน่งงาน.....
 สายวิชาชีพ ตำแหน่งงาน.....
2. อายุ.....ปี
3. เพศ ชาย หญิง
4. ระดับการศึกษา
 มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. ประสบการณ์ □การทำงานในหน่วยงาน.....ปี
6. ประสบการณ์อบรมในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
 ไม่เคย เคย
7. ผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลของท่านครั้งล่าสุด
 ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแบบไม่มีเงื่อนไข
 ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแบบมีเงื่อนไข(ต้องประเมินซ้ำ/ติด Focus)



ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
บริการโรงพยาบาล

ระดับความคิดเห็น

น้อยที่สุด หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ปีละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง

น้อย หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ทุก 9-12 เดือน

ปานกลาง หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ทุก 6-9 เดือน

มาก หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ทุก 3-6 เดือน

มากที่สุด หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ทุก 1-3 เดือน

ด้านโครงสร้าง (Structure)	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1.ผู้นำระดับสูงในหน่วยงานกำหนดแนว ทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่าง ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร						ST1
2.หน่วยงานรับรู้จากการสื่อสารด้วยช่องทาง ต่างๆ (เอกสาร การประชุม เสียงตามสาย ทางหน้าweb) ว่าโรงพยาบาลมีแผนการ พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง						ST2
3.หน่วยงานมีแผนการปฏิบัติงานการพัฒนา คุณภาพที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการของ โรงพยาบาล						ST3
4. หน่วยงานมีการใช้ระบบสารสนเทศ/ ข้อมูลในการวางแผน/การปฏิบัติงานที่ ชัดเจน						ST4

ด้านโครงสร้าง (Structure)	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
5.หน่วยงานมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานตามหน้าที่						ST5
6.หน่วยงานได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ต่างๆ เช่น งบประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ						ST6
7.บุคลากรในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรม ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างเพียงพอ						ST7
8.มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพตาม บทบาทหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล						ST8
9.หน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีความ ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน						ST9
10.มีส่วนในการประเมินผลจากข้อมูล/ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานของ ท่านจากผู้บังคับบัญชา						ST10

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

ชุมชน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

กระบวนการ (Process)	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1.หน่วยงานมีการปฏิบัติงานในการป้องกันความคลาดเคลื่อน/หรือความผิดพลาดตามแผนบริหารความเสี่ยง						PR1
2.หน่วยงานมีระบบการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย/มีระบบการตรวจสอบความไม่ปลอดภัยในการทำงาน						PR2
3.หน่วยงานมีตัวแทนเป็นคณะทำงานคุณภาพโรงพยาบาล						PR3
4.ปฏิบัติงานตามมาตรฐานการทำงานที่ระบุในบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย						PR4
5.หน่วยงานนำข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน/มาปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพงานและเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ปฏิบัติ/ผู้ป่วย						PR5
6. หน่วยงานมีการซ้อมการปฏิบัติตามแผนอัคคีภัย/แผนภัยพิบัติอย่างสม่ำเสมอ						PR6
7.หน่วยงานมีการสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร ด้วยสื่อต่างๆและหลายช่องทาง ระหว่างบุคลากร/หน่วยงานอื่น อย่างสม่ำเสมอ						PR7

กระบวนการ (Process)	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
8.หน่วยงานมีระบบการบำรุงรักษา/ ตรวจสอบ เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆตาม มาตรฐานการปฏิบัติงาน						PR8
9. หน่วยงานมีระบบคัดกรองผู้ป่วย เพื่อแยกตามปัญหาสุขภาพและ ความต้องการของผู้ป่วย						PR9
10. โรงพยาบาลมีการทบทวนความถูกต้อง สอดคล้องและกำหนดแนวทางลด ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคอย่างต่อเนื่อง						PR10
(ตอบเฉพาะสายงานทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล/ 11. โรงพยาบาลมีระบบการเข้าถึงข้อมูลของ ผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละ ระดับเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วย						PR11
(ตอบเฉพาะสายงานทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล) 12. ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วม ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หลังจากได้ ข้อมูลที่เพียงพอจากทีมการรักษาพยาบาล						PR12
(ตอบเฉพาะสายงานทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล) 13. ทีมผู้ให้การรักษาดำเนินกิจกรรมเสริมทักษะ ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น สอน วิธีการทำแผล สอนพ่นยา						PR13

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ (Outcome)	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
1. หน่วยงานนำข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงานมาแก้ไข/ปรับระบบการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น/เกิดการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน						OU1
2. บุคลากรในหน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เกิดความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานเพิ่มขึ้น โดยทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน ความปลอดภัย						OU2
3. บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้นเมื่อทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพงานของตน						OU3
4. ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานใช้ระบบการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด รับรู้ร่วมกันและ โปร่งใสสามารถตรวจสอบได้						OU4
5. รูปแบบ/วิธีการปฏิบัติงานใหม่ที่แตกต่างจากเดิมเกิดจากการนำข้อมูลที่เป็นจากระบบฐานข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติงาน หน่วยงานของท่าน						OU5

ผลลัพธ์ (Outcome)	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
6. ผลงานที่รับผิดชอบ/ปฏิบัติดีขึ้นกว่าเดิม เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องและ ผู้ปฏิบัติ(มีคุณภาพเพิ่มขึ้น) คิดว่าเกิดจาก การพัฒนาคุณภาพในงานที่รับผิดชอบ						OU6
7. มีทักษะในการถ่ายทอดการปฏิบัติงาน ตามแนวทางมาตรฐานการทำงานและ ตามคุณภาพการปฏิบัติงานให้คนอื่นได้						OU7
8. ทุกหน่วยงานมีเครื่องมืออุปกรณ์พร้อม ใช้งานได้ตลอดเวลา						OU8
9. ระยะเวลาในการรอคอยการรักษา พยาบาลน้อยกว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ20						OU9
10. เกิดการลดขั้นตอนการให้บริการ โดยปฏิบัติงานตามมาตรฐานและลดรอบ เวลาการรับบริการของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติ						OU10
(โดยเฉพาะคณะกรรมการความเสี่ยง) 11. การร้องเรียนในประเด็นต่างๆจาก ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ประชาชน /สังคม ลดลง						OU11
(เฉพาะสายงานทางคลินิกประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล) 12. หน่วยงานเกิดผลงานในการปฏิบัติงาน ใหม่ที่แตกต่างจากเดิมในทิศทางที่ดีขึ้นจาก การนำข้อมูลในการปฏิบัติมาปรับใช้ให้เกิด ประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ตนเอง/หน่วยงาน						OU12

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายทักษิณ ชาวคร
วัน เดือน ปีเกิด	10 กรกฎาคม 2519
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2546 สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2548 เภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2552
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี
ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ - หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลโนนสะอาด - หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศ ทางการแพทย์ โรงพยาบาลโนนสะอาด

