

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

นางสาวอัจฉรา ชัยสันติตระกูล

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2552

**Factors Effecting the Participation in Hospital Accreditation of Health Personnel
in Dontan Hospital, Mukdahan Province**

Miss Achara Chaisuntitrakoon

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2009

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตาด
จังหวัดมุกดาหาร

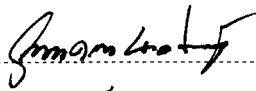
ชื่อและนามสกุล นางสาวอัจฉรา ชัยสันติตระกูล

แขนงวิชา สาธารณสุขศาสตร์

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช


อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระได้ให้ความเห็นชอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ
ฉบับนี้แล้ว


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีดกะลิน)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อนุมัติให้รับการศึกษา
ค้นคว้าอิสระฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

ชื่อการศึกษา **คั่นคว้าวอิสระ** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ผู้ศึกษา นางสาวอัจฉรา ชัยสันติตระกูล **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ **ปีการศึกษา** 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์ (1) วัตถุประสงค์การมีส่วนร่วม ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร (2) ประเมินปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และ โครงสร้างการดำเนินงาน (3) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และ โครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและ รับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากร โรงพยาบาลคอนตอลทุกคน จำนวน 112 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง (2) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76.0 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอยู่ในระดับ ดี (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของ บุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าว มีข้อเสนอแนะว่า หากผู้บริหารต้องการส่งเสริมให้เกิดการมี ส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ควรสนับสนุนให้บุคลากรเกิดความรู้ในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล โดยการจัดอบรม ถ่ายทอดความรู้ และการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในการเผยแพร่ผลงานพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาล

คำสำคัญ การมีส่วนร่วม การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้กรุณา สละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาแนะนำและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจแก้ไข ปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ จนการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน กรรมการสอบการศึกษาค้นคว้า อิสระ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไข การศึกษาค้นคว้าอิสระให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ให้แก่ผู้วิจัย ตลอดเวลาที่ได้ศึกษาในมหาวิทยาลัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ที่อนุญาตและ อำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลคอนตาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

สุดท้ายขอขอบพระคุณทุกคนในครอบครัวที่ให้อำนาจใจแก่ผู้วิจัยมา โดยตลอดจนสำเร็จ การศึกษา คุณค่า และประโยชน์อันใดที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

อัจฉรา ชัยสันติตระกูล

พฤศจิกายน 2552

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่จะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย	8
ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	16
แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม	21
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	24
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนตอล	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
ประชากร	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	47
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล	
จังหวัดมุกดาหาร	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตอนที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร	51
ตอนที่ 3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน	52
ตอนที่ 4 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	54
ตอนที่ 5 ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	55
ตอนที่ 6 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน	56
ตอนที่ 7 อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ โครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร	58
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	61
สรุปการวิจัย	61
อภิปรายผล	63
ข้อเสนอแนะ	67
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	74
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย	75
ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	77
ประวัติผู้ศึกษา	87

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร
	จำแนกตามอาชีพ 42
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล
	จังหวัดมุกดาหาร 48
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา
	และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล
	จังหวัดมุกดาหาร 51
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย
	การสนับสนุน 53
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจ
	ในการปฏิบัติงาน 54
ตารางที่ 4.5	จำนวน และร้อยละของบุคลากรที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการพัฒนา
	และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 55
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้าง
	การดำเนินงาน 57
ตารางที่ 4.7	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้นของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมี
	ส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร
	โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร 58

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
ภาพที่ 2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA	12
ภาพที่ 2.2 การเปรียบเทียบช่วงของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล กับลำดับขั้นการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	15
ภาพที่ 2.3 โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลคอนตาล	30
ภาพที่ 2.4 โครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนตาล	34

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่กล่าวถึงเรื่องมาตรฐานการให้บริการ โดยระบุไว้ในหมวด 3 มาตรา 52 ได้ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด” และหมวด 5 มาตรา 82 ระบุไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” นอกจากสิทธิตามรัฐธรรมนูญแล้ว กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภเภสัชกรรมและสภาการพยาบาล ได้มีคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย การจัดทำมาตรฐานวิชาชีพ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่างๆ โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจึงต้องทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นว่า จะสามารถให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) คือ กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลควบคู่ไปกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการรับรองจากองค์กรภายนอก จุดสำคัญ คือ การประเมินตนเองและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผู้บริหารและปฏิบัติงานต้องมีความมุ่งมั่นและดำเนินการในการพัฒนาร่วมกัน ในการดำเนินโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพราะคุณภาพจะต้องเกิดขึ้นครอบคลุมในทุกมิติของพื้นที่การพัฒนา และในระบบงานย่อยทุกหน่วยของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของบุคลากรจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (สิวพร หว่างสิงห์ 2544)

หัวใจสำคัญที่สุดของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพตามปรัชญาเรื่องการบริหารองค์กรแบบองค์รวม (Total Quality Management / Continuous Quality Improvement: TQM/CQI) เกิดจากความมุ่งมั่น และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั่วทั้งองค์กร หมายความว่า การพัฒนาระบบงานจะต้องเกิดขึ้นในทุกหน่วยงานทั้ง

โรงพยาบาล และทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา ไม่มากก็น้อย นอกจากนี้การพัฒนาระบบงานจะต้องเกิดขึ้นในทุกระดับ ไม่เว้นตั้งแต่องค์กรบริหารสูงสุด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จนกระทั่งถึงระดับผู้ปฏิบัติงานระดับล่างสุด (สิทธิศักดิ์ พฤษชัย 2543)

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543: 48-51) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1) ปัจจัยในระบบใหญ่ที่มีผลต่อคุณภาพขององค์กร ได้แก่ การได้มาซึ่งผู้บริหาร รายได้ของโรงพยาบาลรวมทั้งแรงจูงใจอื่นๆ กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร 2) ปัจจัยในระดับองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ วัฒนธรรม โครงสร้างองค์กร ทรัพยากร ผู้บริหาร และ 3) ปัจจัยในระดับบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านมาผู้ให้ความคิดเห็นถึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพสำเร็จและได้รับการรับรอง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ภาวะผู้นำของทีมนำและทีมประสาน ความรู้ทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาล การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร โครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) แต่ปัจจัยที่สำคัญและเป็นหัวใจของการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทั่วทั้งองค์กรและการมีภาวะผู้นำที่ดี (สิทธิศักดิ์ พฤษชัย 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ (2541) ในโครงการวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการโดยศึกษาการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ เรื่อง การบริหารองค์กรแบบองค์รวม มาประยุกต์ใช้กับระบบบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการนำร่อง 8 แห่งพบว่าปัจจัยอันดับแรกที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ คือ การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ อันดับที่สองคือการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง จะเห็นได้ว่า HA เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ทุกคนในโรงพยาบาลจะต้องกระทำร่วมกัน จึงจะผลักดันให้เกิดผลสำเร็จทั้งโรงพยาบาลได้

การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในองค์กรอาจมีผลมาจากการมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญในการทำงาน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพ การส่งเสริมแรงจูงใจทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความสำเร็จ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ ด้านลักษณะงาน และโอกาสที่จะเติบโตก้าวหน้า (รมนปวีร์ เหนือจักรวาล 2548) นอกจากนี้ แนวคิดเรื่องการบริหารองค์กรแบบองค์รวม เชื่อว่า คนทั่วไปอยากจะทำงานให้ดี มีคุณภาพ และจะพยายามทำงานของตนให้ดีถ้าได้รับโอกาส และการสนับสนุนจากผู้บริหาร รวมทั้งได้รับความรู้ ทักษะ และเครื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอ (แฮคแมน และเวจแมน 1995) ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ไม่เข้าใจในแนวคิดของการ

พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ ไม่มีเวลา เนื่องจากภาระงานมาก การสื่อสารไม่ชัดเจน หรือการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง มีการประชุมร่วมกัน น้อย (อัจฉริ จันทนจุลกะ 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ เถกิงสรคันธุ์ (2545) ได้กล่าวถึงปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่พบมากที่สุดมี 4 ด้าน คือ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน งานประจำมีมาก ไม่มีเวลา ไม่แน่ใจว่าจะได้รับผลประโยชน์ในเรื่องการพิจารณาความดี ความชอบและขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินตนเองของหน่วยงาน ดังนั้น การที่บุคลากรได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เป็นความจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพ การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การส่งเสริมความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และการจัดโครงสร้างการดำเนินงานที่เหมาะสม จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างมาตรฐานการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุข แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ส่งเสริมสุขภาพบุคลากรและประชาชนโดยเน้นการมีส่วนร่วม โรงพยาบาลได้นำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การดำเนินงานที่ผ่านมาประสบความสำเร็จตามแผนการพัฒนาของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลได้รับกิตติกรรมประกาศ บันไดขั้นที่ 2 คู่ HA ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2551 แต่การพัฒนายังจำกัดอยู่ในกลุ่มหัวหน้างาน การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ซึ่งในการดำเนินงานขั้นต่อไป เพื่อให้ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ จะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากบุคลากรทั่วทั้งโรงพยาบาล การศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะมีประโยชน์ในการนำไปปรับใช้ในการวางกลยุทธ์การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร และผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

2.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

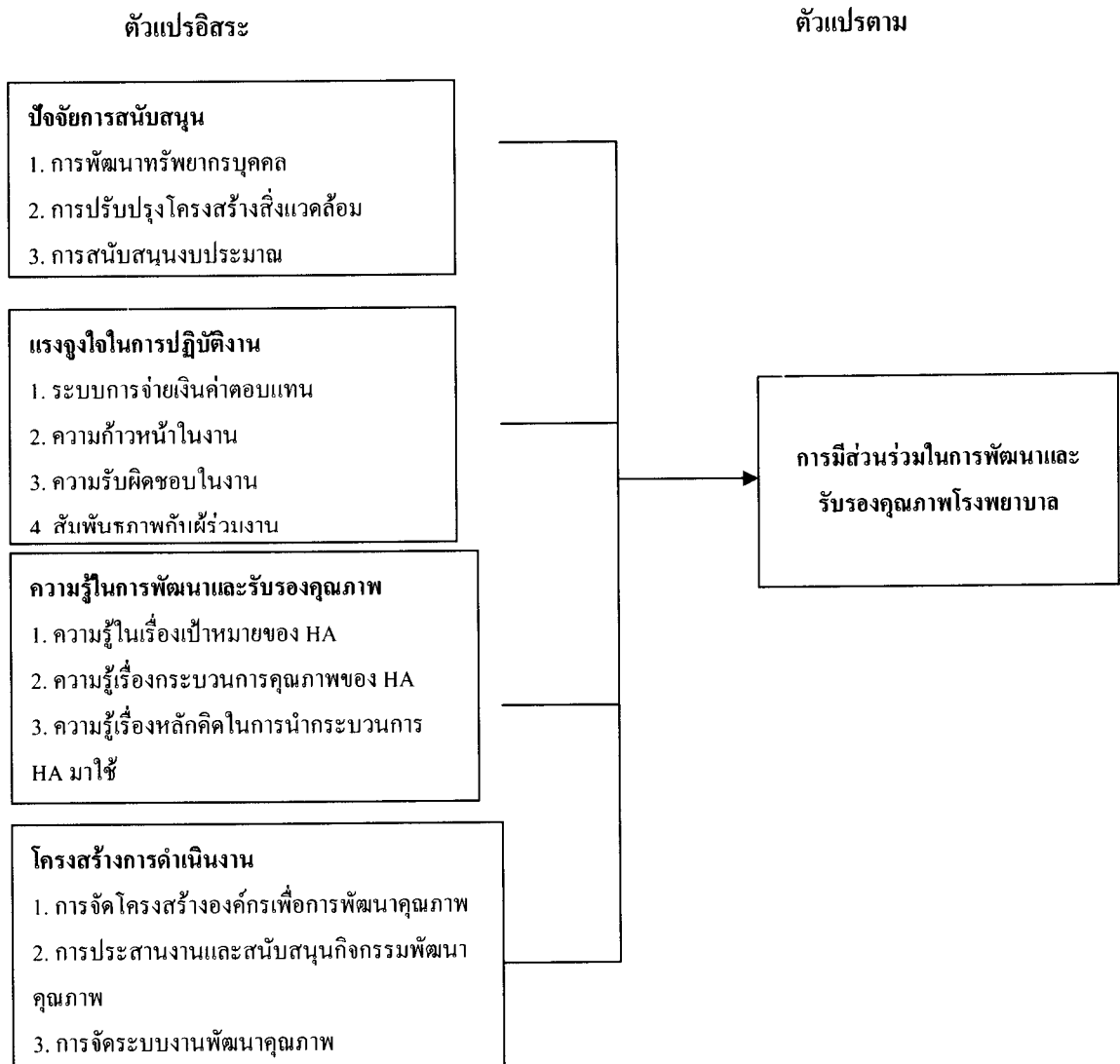
2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 วัตถุประสงค์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาล

2.2.2 ประเมินปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และโครงสร้างการดำเนินงาน

2.2.3 ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และโครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และ โครงสร้างการดำเนินงาน มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรโรงพยาบาลคอนตาลทุกคน รวม 112 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2552

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การพัฒนาระบบงานภายในโรงพยาบาล ให้เป็นระบบงานที่ดี มีมาตรฐาน เชื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย มีการเรียนรู้ การตรวจสอบ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก

6.2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การเข้าร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยร่วมฟัง ร่วมคิด ร่วมออกความคิดเห็น ร่วมสำรวจปัญหา ร่วมในการดำเนินการ และร่วมประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

6.3 ปัจจัยการสนับสนุน หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เป็นความจำเป็นต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยการพัฒนาทรัพยากรบุคคล การปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดลอม และการสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

6.3.1 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล หมายถึง บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เข้าร่วมประชุมวิชาการหรือ การประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

6.3.2 การปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดลอม หมายถึง การปรับปรุงด้านสิ่งแวดลอมทางกายภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลคอนตาล และมีผลต่อการผ่านการประเมิน HA ได้แก่ ระบบบำบัดน้ำเสีย เตาเผาขยะ ที่พักขยะ โรงอาหาร เป็นต้น

6.3.3 การสนับสนุนงบประมาณ หมายถึง การสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาโครงสร้างสิ่งแวดล้อม การดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพของทีมในด้านต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณที่ใช้พัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยงาน

6.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง คุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำ HA การวิจัยครั้งนี้วัดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีองค์ประกอบคือ ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในงานความรับผิดชอบในงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ดังนี้

6.4.1 ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน หมายถึง การจ่ายเงินเดือน ค่าตอบแทน และเบี้ยเลี้ยงต่างๆ ที่เหมาะสมกับภาระงาน และมีการเบิกจ่ายที่รวดเร็ว ตรงเวลา

6.4.2 ความก้าวหน้าในงาน หมายถึง การได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน การได้เลื่อนขั้น หรือตำแหน่งอย่างเหมาะสมตามผลงาน

6.4.3 ความรับผิดชอบในงาน หมายถึง การปฏิบัติงานตามหน้าที่โดยตำแหน่ง และงานที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการควบคุมอย่างใกล้ชิด

6.4.4 ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน หมายถึง การติดต่อสื่อสารกันไม่ว่าจะเป็นด้วยกิริยาหรือวาจาที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดีกับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา

6.5 ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ หมายถึง ความรู้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยความรู้ในเรื่องเป้าหมายของ HA ความรู้เรื่องกระบวนการคุณภาพของ HA ความรู้เรื่องหลักคิดในการนำกระบวนการ HA มาใช้ ดังนี้

6.5.1 ความรู้ในเรื่องเป้าหมายของ HA หมายถึง การที่บุคลากรมีความรู้ในเรื่องเป้าหมายของ HA ว่าเป็นการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของประชาชน

6.5.2 ความรู้เรื่องกระบวนการคุณภาพของ HA หมายถึง การที่บุคลากรมีความรู้เรื่องกระบวนการพัฒนา 3C-PDSA ได้แก่ การนำบริบท(Context) หลักคิด (Core Value) และมาตรฐาน (Criteria) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพตามขั้นตอนการวางแผน(Plan) การดำเนินงาน(Do) การประเมินผลการดำเนินงาน (Check/Study) และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน (Act)

6.5.3 ความรู้เรื่องหลักคิดในการนำกระบวนการ HA มาใช้ หมายถึง การที่บุคลากรมีความรู้ในหลักการหรือค่านิยมหลัก (Concepts/Core Values) ทั้ง 5 หมวด ได้แก่ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา และพาเรียนรู้

6.6 โครงสร้างการดำเนินงาน หมายถึง ระบบงาน HA ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ การประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และการจัดระบบงานพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

6.6.1 การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ หมายถึง การจัดโครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลคอนตอล ประกอบด้วยทีมนำ ทีมผู้ประสานงาน ทีมนำระดับกลาง/ทีมนำเฉพาะด้าน และหน่วยงานต่างๆ

6.6.2 การประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ หมายถึง การปฏิบัติงานของกรรมการทีมผู้ประสานงาน ได้แก่ เป็นผู้ช่วยเหลือทีมงาน หรือหน่วยงานต่างๆ ในด้านกระบวนการกลุ่ม และเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดความราบรื่นและประสิทธิภาพในการทำงาน การประสานงานกับที่ปรึกษาและหน่วยงานภายนอกในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ

6.6.3 การจัดระบบงานพัฒนาคุณภาพ หมายถึง กิจกรรมทบทวนคุณภาพ การจัดระบบงานการบริหารความเสี่ยง การจัดระบบงานเอกสาร/การจัดการข้อมูลในงานพัฒนาคุณภาพ และการเชื่อมสำรวจภายใน

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

คณะกรรมการบริหาร และผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทราบข้อมูลระดับการมีส่วนร่วม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยลำดับ ดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
3. แนวคิดและทฤษฎี การมีส่วนร่วม
4. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
5. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนตอล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

1.1 ความหมายของคุณภาพ

Dicken (1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพ (quality) หมายถึง ระดับความเป็นเลิศ (Degree of Excellence) โดยที่ผู้รับบริการเป็นผู้จัดระดับความเป็นเลิศ

จิรัฐม ศรีรัตนบัลล์ (2543: 16) ได้กล่าวถึงคุณภาพว่าหมายถึงความพึงพอใจของลูกค้า หรือผู้รับผลงาน

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล และจิรัฐม ศรีรัตนบัลล์ (2543: 5) ได้สรุปนิยามของคุณภาพให้ครอบคลุม เพื่อเป็นหลักสำหรับการทำความเข้าใจและเพื่อนำมาเป็นกรอบสำหรับการพัฒนาคุณภาพ โดยนิยามไว้ว่า คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2544: 175) ให้ความหมายของคุณภาพไว้ว่า คือ การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับผลงาน เคารพสิทธิ และศักดิ์ศรีของผู้รับผลงาน โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานทางวิชาการ

โดยสรุป คุณภาพ หมายถึง การบริการที่เป็นเลิศ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการ โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาการ ปราศจากข้อผิดพลาด และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

1.2 ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543: 2) ให้ความหมาย การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลว่า คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลักคือการพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ การรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นจะเป็นที่น่าเชื่อถือ

ขวัญราตรี ไชยแสง (2544: 12) กล่าวว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การพัฒนาและรับรองกระบวนการทำงานของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ มีการกำหนดมาตรฐาน ตรวจสอบและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลร่วมกับการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนกับองค์กรภายนอก

กล้วยไม้ ธิพรพรรณ (2545: 14) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลว่า เป็นการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล มีการเรียนรู้ การตรวจสอบ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอกว่าโรงพยาบาลมีระบบงานที่ดี มีมาตรฐาน เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และมีความปลอดภัย

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การพัฒนาระบบงานภายในโรงพยาบาล ให้เป็นระบบงานที่ดี มีมาตรฐาน เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย มีการเรียนรู้ การตรวจสอบ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก

1.3 การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551: 165-167)

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) ในปี พ.ศ. 2529 โครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับโฉมโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเริ่มต้นโดยแพทยสภา ต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาล ประกันสังคม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเข้าไปศึกษา และจัดทำคู่มือการนำมาตรฐาน

ดังกล่าวไปใช้ประเมิน การมีค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ การจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่างๆ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในประเทศไทย เริ่มจาก การนำแนวคิดเรื่องการบริหารองค์กรแบบองค์รวม (Total Quality Management/Continuous Quality Improvement : TQM/CQI) มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่ง เมื่อปี พ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพและเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2542

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่เป็นบทเรียนของประเทศไทย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551: 168-169) ในช่วงเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน จุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่ม การใช้เทคนิคการเป็นโค้ชหรือการเป็นผู้ประสานงาน (facilitator)

ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มาตรฐาน HA ฉบับแรกคือฉบับปีกาญจนาภิเษก (ปี พ.ศ.2539) ได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น เช่น การทำงานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ระบบบริหารความเสี่ยง การมีองค์กรแพทย์มากำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวในการนำข้อมูลวิชาการมาจัดทำและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพมากขึ้น กระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติ ตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นที่ 1 เป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วยการปฏิบัติอย่างง่ายๆ และตรงประเด็น อาศัยสิ่งที่เป็นปัญหา ความเสี่ยง ผลไม่พึงประสงค์ต่างๆ นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ เท่ากับเป็นการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อไป โดยบันได 3 ขั้น มีรายละเอียด ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

บันไดขั้นที่ 2 คู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

บันไดขั้นที่ 3 คู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

อนุวัฒน์ สุขชุติกุล (2551: 1) กล่าวว่า เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาสที่ปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation คือ

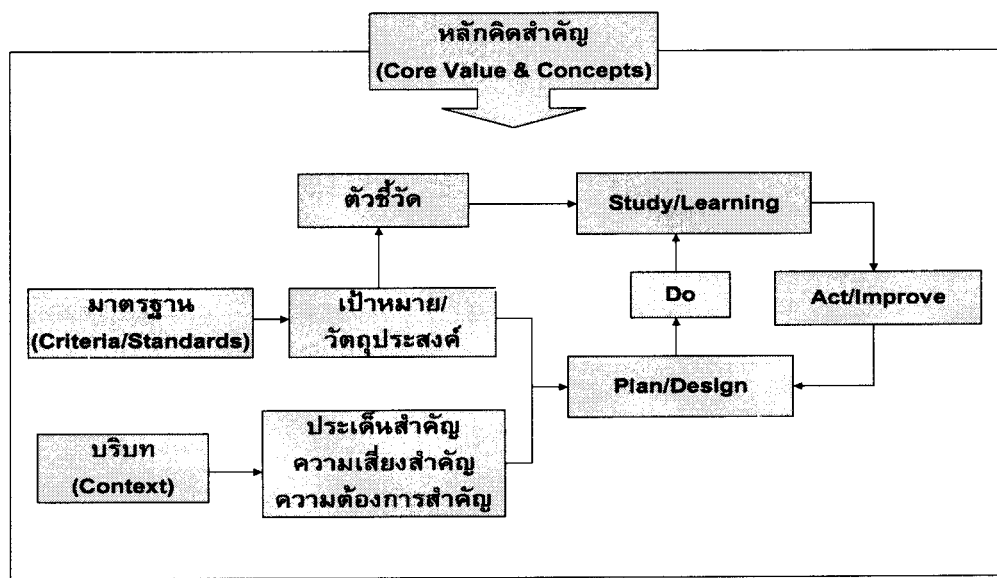
1. การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา
2. การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างสอดคล้องกับบริบทของตน และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสมกำกับ
3. การประเมินจากภายนอก ในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยค้นหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขึ้น
4. การยกย่องชื่นชมด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือการมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

1.4 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ: 3C-PDSA

3C-PDSA คือ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ที่คำนึงถึงบริบท (Context) การใช้มาตรฐาน (Criteria/Standards) และหลักการ (Concepts) หรือค่านิยมหลัก (Core Values) เป็นตัวกำกับวงล้อของการปฏิบัติ (Plan-Do-Study-Act : PDSA) ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือการทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น

การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ สิ่งที่เชื่อมระหว่าง 3C กับ PDSA คือ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการทำงานมาจากการวิเคราะห์บริบท (Context) คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของมาตรฐาน (Criteria) เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนด ตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับ หรือการประเมินผลได้ เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญ ต่างๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA

ที่มา : อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2551

ในการคิดและการทำงานพัฒนาคุณภาพที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการ (Concepts) หรือ ค่านิยมหลัก (Core Values) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจลึกซึ้ง ยิ่งเห็น โอกาสพัฒนามากขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2551:8-9) เมื่อผสมผสานหลักคิด ทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1) ทิศทางนำ

- ผู้นำที่มองไกล (Visionary Leadership) มองภาพใหญ่ คิดในเชิงกลยุทธ์ นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน
- การใช้มุมมองเชิงระบบ (System Perspective) มองภาพรวมครบถ้วนทุกองค์ประกอบ มองอย่างเชื่อมโยง พิจารณาความเป็นเหตุเป็นผล
- ระบบปรับตัวไว (Agility) มีความยืดหยุ่น ตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว

2) ผู้รับผล

- ใส่ใจสุขภาพ (Focus on Health) มุ่งเน้นที่สุขภาพมากกว่าตัวโรค ส่งเสริมให้นำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ทั้งสำหรับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- มุ่งเน้นผู้ป่วยและลูกค้า (Patient & Customer Focus) มุ่งเน้นผู้ป่วยและลูกค้า ตอบสนองความจำเป็น ความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับบริการ อย่างเป็นองค์รวม คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี
- รับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม (Community & Social Responsibility) รับผิดชอบต่อชุมชนและสังคม ด้วยการปฏิบัติตามกฎระเบียบ การป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสังคมเนื่องจากการดำเนินงานขององค์กร การปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ให้ความช่วยเหลือแก่ชุมชน ดูแลสุขภาพชุมชน มีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะอย่างเหมาะสม

3) คนทำงาน

- เจ้าหน้าที่ทุกคนมีคุณค่า (Valuing Staff) ในฐานะที่เป็นทรัพย์สินและสร้างความสำเร็จให้แก่องค์กร จึงควรได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพ มีระบบแรงจูงใจที่ดี คนมีความสุขในการทำงาน ใช้ system approach ในการแก้ปัญหา
- ทำงานเป็นทีม (Teamwork) เปิดรับฟังความคิดเห็นและตอบสนองกัน และกันมีความร่วมมือระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างหน่วยงาน และกับภายนอก
- สมาชิกทีมมุ่งมั่น (Individual Commitment) แต่ละคนยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน
- ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ (Professional Responsibility) ผู้ประกอบวิชาชีพตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

4) การพัฒนา

- สร้างสรรค์นวัตกรรม (Creativity & Innovation) ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงบริการและสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง
- นำข้อมูลมาตัดสินใจ (Management by Fact) ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม เพื่อปรับปรุงวิธีการทำงาน
- ยึดกับผลลัพธ์และคุณค่า (Focus on Result & Create Value) กำหนดเป้าหมายของการดำเนินงาน มุ่งเน้นการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และให้คุณค่าแก่ผู้เกี่ยวข้อง

- พากันพัฒนาต่อเนื่อง (Continuous Process Improvement) หาโอกาสที่จะปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

- ใช้ข้อมูลวิชาการ (Evidence-based Approach) ใช้ข้อมูลวิชาการเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจเมื่อมีโอกาส

5) พาเรียนรู้: Learning, Empowerment

- เรียนรู้และปรับตัว (Individual & Organization Learning) หาโอกาสเรียนรู้จากงานที่ทำและเพื่อนร่วมงานในทุกโอกาสที่เป็นไปได้

- เพิ่มพลังชนทุกหมู่ (Empowerment) ทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองได้ และเพิ่มพลังให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและพัฒนางานในหน้าที่รับผิดชอบของตนได้

1.5 ลำดับขั้นตอนการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546: 31-33)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาออกเป็นสี่ช่วง (phase) เพื่อช่วยโรงพยาบาลในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plane) ดังนี้

ช่วงที่หนึ่ง การเตรียมการ เป็นการทำความเข้าใจของผู้นำเพื่อตัดสินใจ กำหนดผู้รับผิดชอบ รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

1. สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร/ผู้นำ
2. การทบทวนและเชื่อมต่อกความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ เน้นแนวคิดการปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น ง่ายขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น บรรลุเป้าหมายได้ดีขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องที่จะดึงเอาศักยภาพของแต่ละคนมีอยู่มาใช้ให้มากที่สุด

3. แต่งตั้งผู้ประสานงานคุณภาพ/กรรมการสนับสนุนและประสานงานการพัฒนาคุณภาพ

4. วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงาน และดำเนินการปรับปรุง

ช่วงที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้ เป็นการฝึกทักษะของการทำงานร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงในลักษณะของโครงการนำร่อง รวมทั้งการจัดทำแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

1. สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่
2. ฝึกฝนทักษะของทีม ได้แก่ การระดมสมอง การจัดกลุ่มความคิด การตัดสินใจของทีม
3. จัดทำแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ช่วงที่สาม การดำเนินการ เป็นการทำกิจกรรมคุณภาพซึ่งบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน เป็นการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงานและทั้งองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องรับผิดชอบกระบวนการการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

1. วิเคราะห์หน่วยงานอย่างเป็นระบบ
2. จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
3. พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง
4. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
5. การจัดโครงสร้างการนำระดับกลาง
6. การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA

ช่วงที่สี่ บูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจ บูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน วางระบบเพื่อจุดประกายการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการทบทวนความก้าวหน้าและกำหนดเป้าหมายให้สูงขึ้น ดังนี้

1. การปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA
2. การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและวัฒนธรรมการเรียนรู้

เมื่อเปรียบเทียบช่วงของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกับลำดับขั้นในการรับรอง จะเป็นดังภาพที่ 2.2

ช่วง (phase) ในการพัฒนา	ลำดับขั้นในการรับรอง
ช่วงที่หนึ่ง การเตรียมการ	บันไดขั้นที่ 1 การทบทวนแก้ไขป้องกัน
ช่วงที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้	
ช่วงที่สาม (ระยะแรก) การดำเนินการในลักษณะการตั้งรับ ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น และนำมาแก้ไขป้องกัน	
ช่วงที่สาม (ระยะหลัง) การวิเคราะห์กระบวนการทั้งหมดอย่างเป็นระบบ ประกันคุณภาพในส่วนที่ทำได้ดีแล้ว พัฒนาในส่วนที่เห็นโอกาส	บันไดขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ช่วงที่สี่ การบูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง	บันไดขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน

ภาพที่ 2.2 การเปรียบเทียบช่วงของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

กับลำดับขั้นการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ที่มา : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2546

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543: 48-51) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพที่ควรพิจารณา ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยในระบบใหญ่

ปัจจัยสำคัญในระบบใหญ่ที่มีผลต่อคุณภาพขององค์กร ได้แก่ การได้มาซึ่งผู้บริหาร, รายได้ของโรงพยาบาลรวมทั้งแรงจูงใจอื่นๆ, กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร

2.1.1 การได้มาซึ่งผู้บริหาร

ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กร การคัดเลือกผู้บริหารที่ดี และระบบประเมินผู้บริหาร โดยอาศัยผลลัพธ์ (Performance) ซึ่งเน้นผลลัพธ์ในการให้บริการที่มีคุณภาพ น่าจะเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออย่างใหญ่หลวงต่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร

2.1.2 รายได้และแรงจูงใจ

ระบบการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลย่อมจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะชี้้นำผลลัพธ์ (Performance) ของโรงพยาบาล การจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย (การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า) เป็นมาตรการพื้นฐานที่จะทำให้โรงพยาบาลอยู่รอดได้ เงื่อนไขการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลของรัฐในปัจจุบันยังไม่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทำดี โรงพยาบาลที่ทำดีมากยิ่งขึ้นมีผู้ป่วยมารับบริการมาก และต้องให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งไม่มีบัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจึงไม่ได้รับการจ่ายเงินชดเชยอย่างเหมาะสม และต้องนำรายได้ส่วนอื่นมาชดเชย นับว่าเป็นการลงโทษผู้ที่พยายามทำดี

หากระบบการจ่ายเงินตามภารกิจของการให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าเป็นไปอย่างเหมาะสมแล้ว ย่อมสามารถพัฒนาไปสู่การจ่ายเงินซึ่งจูงใจให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพต่อไปได้ นั่นคือการใช้คุณภาพเป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินระดับที่สูงขึ้น หน่วยงานที่เป็นผู้ดูแลระบบการคลังรวมหมู่ (collective financing) เช่น กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสุขภาพ บริษัทประกันสุขภาพ จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจนี้ แรงจูงใจนี้สามารถใช้ได้กับทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

2.1.3 กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร

ในภาครัฐ กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร คือ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุ การเงิน และบุคลากร ระเบียบการเงิน และพัสดุซึ่งมุ่งป้องกันการทุจริตมากเกินไปนำมาซึ่งการได้ของใช้ที่ราคาไม่สมกับราคาหรืออายุใช้งานสั้นเกินกว่าที่ควร

การจำกัดกำลังคนของภาครัฐทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องรับภาระงานเกินกว่าที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

กลไกที่เหมาะสมคือ การปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อมีผู้ป่วยมากขึ้น ก็ควรมีรายได้มากขึ้นตาม และควรนำรายได้นั้นมาใช้ในการจัดหาทรัพยากรให้เพียงพอกับปริมาณบริการ การที่รัฐเข้าควบคุมโดยไม่ตระหนักข้อเท็จจริงเหล่านี้ทำให้สถานพยาบาลของรัฐถูกมองว่าเป็นที่ให้บริการชั้นสอง ไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

2.2 ปัจจัยในระดับองค์กร

ปัจจัยในระดับองค์กรที่สำคัญได้แก่ วัฒนธรรม โครงสร้าง ทรัพยากร ผู้บริหาร

2.2.1 ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

วัฒนธรรมที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพได้สำเร็จได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมีความตื่นตัวและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การใช้ความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล การเปิดโอกาสให้ทีมงานระดับล่างได้มีส่วนตัดสินใจ

วัฒนธรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการปรับฐานความคิดหรือกระบวนทัศน์ซึ่งไม่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง แต่มุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพของทีมงาน

การทำงานที่ผ่านมาเป็นการเริ่มต้นของการสร้างวัฒนธรรมใหม่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือผู้ทำงานมีความสุขขึ้นจากวัฒนธรรมใหม่นี้แต่ยังไม่มีหลักประกันว่าวัฒนธรรมนี้จะยั่งยืนอยู่ได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร

2.2.2 ปัจจัยด้านโครงสร้าง

โครงสร้างองค์กรโดยทั่วไปจะเน้นสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่ง ในขณะที่การพัฒนาคุณภาพที่เน้นกระบวนการและผู้ปวยนั้นต้องอาศัยการประสานงานในแนวราบมากกว่า การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพเสริมขึ้นมาก็เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้ดีขึ้น เป็นการเสริมจุดอ่อนหรือช่องโหว่ที่แต่ละหน่วยงานหรือแต่ละวิชาชีพไม่สามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง โรงพยาบาลใดที่สามารถจัดให้มีโครงสร้างเสริมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดการพัฒนารวดเร็ว โรงพยาบาลใดที่ไม่เข้าใจหรือไม่ให้ความสำคัญต่อโครงสร้างดังกล่าว จะประสบความยากลำบากในการประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ

2.2.3 ปัจจัยด้านทรัพยากร

ทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสม เป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการกำหนดระดับของบริการ และบริการที่มีคุณภาพ แต่การมีทรัพยากรเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นหลักประกันว่า

จะให้บริการที่มีคุณภาพเสมอไป จำเป็นต้องอาศัยจิตวิญญาณของการทำงานที่มีคุณภาพร่วมด้วย ในทางตรงข้าม การเน้นที่ระดับทรัพยากรอาจจะเป็นข้ออ้างสำหรับโรงพยาบาลบางแห่งว่ามี ทรัพยากรไม่พร้อม ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพได้ ดังนั้นการพิจารณาเรื่องทรัพยากรจึงจำเป็นต้องให้ มีความสมดุลระหว่างความจำเป็นที่ต้องมี กับการใช้ความขาดแคลนทรัพยากรเป็นข้ออ้างที่จะไม่ พัฒนา

ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือ คน การลงทุนพัฒนาคน คือการ ลงทุนที่คุ้มค่าเพราะทำให้ทรัพยากรบุคคลมีคุณค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แทนที่จะเสื่อม ไปตาม ระยะเวลาเหมือนกับทรัพยากรประเภทอื่นๆ แต่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งกลับไม่ให้ความสำคัญกับ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เห็นว่าเป็นการสิ้นเปลือง กลับไปทุ่มเทกับการซื้อเครื่องมือหรือการ ก่อสร้างอาคาร

ทางออกในเรื่องนี้คือการที่ผู้บริหารจะกลับมาตรวจสอบความคิดในการ ลงทุนเรื่องทรัพยากรเสียใหม่

2.2.4 ปัจจัยด้านผู้บริหาร

ผู้บริหารเป็นบุคคลที่จะทำให้ปัจจัยขององค์กรที่กล่าวมาแล้วทั้ง 3 ประการ นั้น เกื้อหนุนต่อการพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารที่จะนำองค์กร ไปสู่ความสำเร็จ คือ ผู้บริหารที่มีภาวะ ผู้นำสูง นำด้วยการทำเป็นตัวอย่าง กล้าที่จะตัดสินใจสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น และ ส่งเสริมให้มีผู้นำในองค์กรเพิ่มมากขึ้น

2.3 ปัจจัยในระดับบุคคล

ปัจจัยในระดับบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

2.3.1 ปัจจัยด้านความรู้

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องศึกษาให้เข้าใจหลักการและ ปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังแนวคิดวิธีการหรือทฤษฎีแต่ละอย่าง, นำหลักการร่วมมาสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นหนึ่งเดียว โดยการเชื่อมโยงกันอย่างกลมกลืน, มีความยืดหยุ่นพอที่จะรับการตีความหมายที่ แตกต่างกันได้

2.3.2 ปัจจัยด้านเจตคติ

เจตคติมีความสัมพันธ์กับวิธีการคิด, การแสวงหาความรู้, และการนำความรู้ ที่มีอยู่มาสู่การปฏิบัติ เจตคติที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ความต้องการเป็นผู้สร้างมากกว่า ที่จะเป็นผู้เสกฝ่ายเดียว, ความเข้าใจว่ากระบวนการเรียนรู้ที่แท้จริงนั้นเกิดจากการทำงานร่วมกัน การศึกษาจากผลการปฏิบัติ และการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) พฤติกรรมในการทำงาน ร่วมกัน, การมองว่าภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดและบุคคลเท่าที่มีอยู่นั้นสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง

ให้เกิดขึ้นได้ไม่ยาก และก่อให้เกิดผลดีกับทุกฝ่าย, ความเข้าใจว่าการที่มีองค์กรภายนอกเข้ามาเยี่ยมชมสำรวจนั้นเป็นการยืนยันการประเมินตนเอง และขยายมุมมองให้กว้างยิ่งขึ้น

2.3.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติ

การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้เมื่อไม่ต้องกลัวทำผิด, ไม่ติดกับรูปแบบ, หาวิธีการที่ใช้ศักยภาพของทุกคนได้ตลอดเวลา, ใส่จิตวิญญาณของความมุ่งมั่นและรับผิดชอบที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพ, เปิดกว้าง ยอมรับ ให้เกียรติกันและกัน

สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล (2543: 19-20) กล่าวว่า หัวใจของกระบวนการ HA ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1) มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Customer focus) นั่นคือ คำนึงถึงผู้รับบริการ วัตถุประสงค์ พันธกิจ เป้าหมายขององค์กร และเป้าหมายของการจัดบริการตลอดเวลา รวมทั้งพยายามรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

2) ยึดถือปรัชญาแนวคิดแบบ TQM (TQM approach) นั่นคือ มีการใช้ภาวะผู้นำ มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนคติในการทำงาน มีการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม มีการเสริมพลังและกระตุ้นการพัฒนาอย่างเหมาะสม ยึดหลักการพึ่งพาอาศัยกัน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งทีมในหน่วยงาน ทีมระหว่างหน่วยงาน และทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ รวมทั้งคิดตลอดเวลาว่าเราจะทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุดในขณะที่คุณสมารถทำงานได้ดี ขณะเดียวกัน เราจะทำงานได้ดีก็ต่อเมื่อคุณส่งงานที่ดี ที่ถูกต้องให้แก่เรา

3) มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Continual quality improvement) โดยใช้กระบวนการและแนวคิดที่เป็นระบบ และเป็นวิทยาศาสตร์ ทั้งการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ การค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา การวางระบบงาน/ระบบประกันคุณภาพ/ระบบบริหารความเสี่ยง การติดตามผลงาน รวมทั้งการปรับปรุงให้ดีขึ้น เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

4) มุ่งเน้นที่ความสอดคล้องต่อมาตรฐานโรงพยาบาล (Conformance/compliance to hospital standard) และประเมินระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา (Compliance level)

เสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545: 77) กล่าวถึง การนำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน มีวัตถุประสงค์หลักคือ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) มีหลักการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) การมุ่งเน้นที่ผู้รับบริการ (Customer focus) หรือการมุ่งเน้นที่คุณภาพ (Quality focus) โรงพยาบาลต้องยึดคุณภาพเป็นแกนหลักในการบริหารจัดการ จะต้องมีการศึกษา

ความต้องการของผู้รับบริการ โดยการสำรวจสอบถาม เพื่อให้การจัดบริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการมากที่สุด

2) การปรับปรุงกระบวนการ (Process improvement) การที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายนอกได้นั้นผู้บริหาร และผู้ให้บริการจะต้องมองการทำงานอย่างเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน ไปตั้งแต่จุดเริ่มต้น คือ วัตถุประสงค์จนถึงจุดสุดท้ายของกระบวนการ คือ บริการที่ถึงมือผู้รับบริการแล้ว การมุ่งเน้นกระบวนการจะทำให้เกิดสภาพ “ลูกค้าภายใน” (internal customer) ขึ้น คือพนักงานหรือผู้ให้บริการทุกคนจะเป็นผู้ที่ให้และรับในตัวเอง เมื่อรับงานจากพนักงานก่อนหน้าเรา เราจะเป็นผู้รับและเมื่อเราทำงานในสิ่งที่รับผิดชอบเสร็จแล้วส่งต่อ เราจะเป็นผู้ให้บริการ ดังนั้นคุณภาพงานแต่ละคนทำจึงเกี่ยวข้องกับลูกค้าภายนอก หรือผู้รับบริการ (external customer) การบริการโดยกระบวนการตั้งแต่ต้นจนครบวงจรเช่นนี้ จะมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อเมื่อพนักงานแต่ละคนในกระบวนการสามารถทำงานของตนได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่เริ่มต้น และถูกต้องทุกครั้งด้วย การทำงานได้อย่างถูกต้องจึงต้องอาศัย พนักงานที่มีคุณภาพ และมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถลดความผิดพลาดและความสูญเสียต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป

3) ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม (Total involvement) องค์กร TQM เป็นองค์กรที่ผู้บริหารและพนักงานทุกคนทุกระดับมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อพัฒนาและปรับปรุงสู่องค์กรคุณภาพ (Quality organization) การเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วม โดยการที่ถือว่าคุณปฏิบัติจะรู้ปัญหาและสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ดีที่สุด ทุกคนจึงควรมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การจัดตั้งทีมคร่อมสายงาน (Cross functional team) ตามกระบวนการทำงานต่างๆ จึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะให้ทุกคนมีส่วนร่วมได้

จากปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้น ประกอบด้วย ปัจจัยในระบบใหญ่ ปัจจัยในระดับองค์กร และปัจจัยในระดับบุคคล จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการ HA การกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมจะต้องมีการจัดโครงสร้างการดำเนินงานที่เอื้อให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีการประสานงาน และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และบุคลากรจะต้องได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ จึงจะสามารถนำหลักการมาสู่การปฏิบัติได้ นอกจากนี้ปัจจัยในระดับองค์กรที่อาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การพิจารณาปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนงบประมาณซึ่งมักเป็นข้ออ้างสำหรับบุคลากรหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลว่ามีทรัพยากรไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงนำประเด็นต่างๆ ดังกล่าว มา

ศึกษาถึงผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และโครงสร้างการดำเนินงาน

3. แนวคิดและทฤษฎี การมีส่วนร่วม

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

รีคเตอร์ (Reeder 1963: 39) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

แอนเดอร์สัน (Anderson 1953: 28) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ หมายถึง การที่บุคคลเข้าร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่นในองค์กร หรือสมาคมโดยตรง และการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความสมัครใจ

นรินทร์ จงวุฒิเวศน์ (2527: 18) ให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลทำงานร่วมกับบุคคลอื่นหรือกลุ่มด้วยความร่วมมือ ร่วมใจและเต็มใจที่จะทำให้เกิดการพัฒนา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ศิวพร หว่างสิงห์ (2544: 12) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมของบุคคลต่างๆ ในการดำเนินการ ร่วมฟัง ร่วมคิด ร่วมออกความคิดเห็น ร่วมสำรวจปัญหา ร่วมในการดำเนินการ ร่วมลงทุน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง และเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพ ทางเศรษฐกิจ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามที่กลุ่มบุคคลเหล่านั้น ได้ร่วมกันตั้งไว้

จากความหมายการมีส่วนร่วม ดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมของบุคคลในการทำกิจกรรมกับผู้อื่นในองค์กร โดยร่วมฟัง ร่วมคิด ร่วมออกความคิดเห็น ร่วมสำรวจปัญหา ร่วมในการดำเนินการ และร่วมประเมินผล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามที่กลุ่มบุคคลหรือองค์กรเหล่านั้น ได้ร่วมกันตั้งไว้

3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วม

โคเฮน และนอร์แมน อัฟฮอย (Cohen and Norman uphoy 1980: 213-218) แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วม ออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือวางแผน (Decision making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การตัดสินใจตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
2. การตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม
3. การตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) ซึ่งอาจเข้าร่วมโดยการให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริการ การร่วมมือ รวมทั้งการเข้าร่วมแรงร่วมใจ

3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ของกิจกรรม (Benefits) จะเป็นผลประโยชน์ด้านวัตถุประสงค์ ด้านสังคม และส่วนบุคคล

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งเป็นการควบคุม และตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นกรแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

แคร์รี่ (Cary 1976: 144) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมเป็น 5 รูปแบบ คือ

- 1) เป็นสมาชิก (membership at meetings)
- 2) เป็นสมาชิกผู้นำประชุม (Attendance at meeting)
- 3) เป็นสมาชิกผู้บริจาคเงิน (Financial contribution)
- 4) เป็นกรรมการ (Membership on committees)
- 5) เป็นประธาน (Poisson of leadership)

กรรณิกา ชมดี (2524: 13) ได้สรุปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น 10 รูปแบบ

ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมประชุม
- 2) การมีส่วนร่วมออกเงิน
- 3) การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ
- 4) การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ
- 5) การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์
- 6) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักนำ
- 7) การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริ โภค
- 8) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม
- 9) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงานหรือเป็นลูกจ้าง
- 10) การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์

นุชจรินทร์ ลาภบุญเรือง (2545: 22) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีรูปแบบและขั้นตอนต่างๆ ของการพัฒนาดังนี้

- 1) การวางแผน ประกอบด้วยทุกคนในหน่วยงาน
- 2) ดำเนินการตามแผน ประกอบด้วยทุกคนในหน่วยงาน
- 3) การค้นหาปัญหาหรือรับทราบปัญหา ประกอบด้วยทุกคนในหน่วยงาน
- 4) การวิเคราะห์ปัญหาหรือกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยทุกคนในหน่วยงาน
- 5) การประเมินผลและติดตามกำกับ ประกอบด้วยทีมพัฒนาคุณภาพหรือทีมพี่เลี้ยง
- 6) การปรับปรุงการดำเนินงานตามผลการประเมิน ประกอบด้วยทุกคนในหน่วยงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดของโคเฮน และนอร์แมน อัปฮอย การมีส่วนร่วมประกอบด้วย การร่วมฟัง ร่วมออกความคิดเห็น ร่วมสำรวจปัญหา ร่วมในการดำเนินการ และร่วมประเมินผลการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

รีดเดอร์ (Reeder 1963: 39) ได้สรุปปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการ ดังนี้

- 1) การปฏิบัติตนให้คล้ายตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคล และกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะเลือกวิธีการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง
- 2) มาตรฐานคุณค่า บุคคล และกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง
- 3) เป้าหมายบุคคล และกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะส่งเสริมปกป้อง และรักษาเป้าหมายของตนเอง
- 4) ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดาพฤติกรรมของบุคคล และกลุ่มบุคคลบางครั้งมีรากฐานมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา
- 5) ความคาดหวัง บุคคล และกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหวังว่าจะประพฤติในสถานการณ์เช่นนี้ ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่น ในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน
- 6) การมองแต่ตนเอง บุคคล และกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่างๆ ซึ่งคิดว่าถูกบังคับให้ทำ
- 7) การบีบบังคับ บุคคล และกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่างๆ ซึ่งคิดว่าตัวเองถูกบังคับให้ทำ

8) นิสัยและประเพณี บุคคล และกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่างๆ ซึ่งเรามีนิสัยชอบกระทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้นๆ

9) โอกาส บุคคล และกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้อกับจำนวนและชนิดของ โอกาส ซึ่งโครงสร้างของสังคมเอื้ออำนวยให้เข้ามามีส่วนร่วมกันในการกระทำเช่นนั้น เท่าที่พวกเขาได้รับรู้มา

10) ความสามารถ บุคคล และกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่า สามารถทำในสิ่งที่ต้องการให้เข้าทำในสถานการณ์เช่นนั้น

11) การสนับสนุน บุคคล และกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขารู้ว่าได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้กระทำการเช่นนั้น

4. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดผลการปฏิบัติงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง และการที่องค์กรจะบรรลุถึงความสำเร็จของเป้าหมายขององค์กรได้นั้น ก็ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน การให้ความร่วมมือในการทำงานจะบังเกิดได้ต่อเมื่อผู้บริหารองค์กรเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ และสามารถเลือกใช้วิธีการจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจ และเกิดความรู้สึกที่จะอุทิศตนเพื่องานได้อย่างถูกต้อง (อรุณ รักธรรม 2536: 23)

4.1 ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจหรือการจูงใจ (Motivation) มาจากรากศัพท์เดิมซึ่งเป็นภาษาละตินว่า Movere แปลว่า เจื่อนใจหรือสภาวะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม 3 ทิศทาง ซึ่งหมายถึง เจื่อนใจหรือสภาวะที่ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือไปยับยั้งพฤติกรรม หรือที่ไปกำหนดแนวทางพฤติกรรมที่จะแสดงออก (พรธรรมราช ทรัพย์ะประภา 2529: 41) การจูงใจเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในของมนุษย์ที่ทำให้กระตุ้นหรือผลักดันให้เคลื่อนไหวพฤติกรรม เช่น ความปรารถนา ความประสงค์ ความต้องการ ความอยาก ความตั้งใจ เป็นต้น (ราณี อิศัยกุล 2544: 275)

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2541: 106) กล่าวว่า การจูงใจ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม ในการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีพลัง มีคุณค่า มีทิศทางที่ชัดเจน ซึ่งแสดงออกถึงความตั้งใจ เต็มใจ ความพยายาม หรือพลังภายในตนเอง รวมทั้งการเพิ่มพูนความสามารถที่จะทุ่มเทในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการและสร้างความพึงพอใจสูงสุด

สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ (2542: 81) ให้ความหมายของการจงใจว่า หมายถึง ปรัชญาการณที่สลับซับซ้อนของมนุษย์ เป็นเรื่องของความรู้สึกที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม หรือการกระทำที่เกิดจากแรงขับภายในมนุษย์ที่ทำให้เกิดสภาวะทางกายที่เคลื่อนไหวเพื่อตอบสนองความต้องการ

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2543: 308) กล่าวว่า แรงจูงใจในการทำงาน หมายถึง กระบวนการกระตุ้นให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

เนตร์พัฒนา ยาวีราช (2546: 92-95) การจงใจเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้องค์การ ประสบความสำเร็จ โดยการตอบสนองต่อความต้องการของพนักงานที่เป็นการตอบสนอง วัตถุประสงค์ขององค์การด้วยเช่นกัน การจงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการจัดการสมัยดั้งเดิม จนถึงปัจจุบันและต่อไปในอนาคต การเป็นผู้บริหารที่ดี คือ การทำความเข้าใจในพฤติกรรมของ สมาชิกในองค์การที่มีอิทธิพลต่อการทำงานของพนักงานเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมาย การเพิ่ม ผลผลิต คือ ผลผลิตที่เกิดจากสมาชิกมีแรงจูงใจที่ดีในการทำงาน องค์การควรมีการจูงใจพนักงาน หลายอย่าง เช่น การกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) การเสริมแรง (Reinforcing Performance) การ ออกแบบงานเพื่อการจูงใจ (Designing motivating jobs)

สรุปได้ว่า แรงจูงใจ หรือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึง คุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การวิจัยครั้งนี้วัดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน HA มีองค์ประกอบ คือ ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในงาน ความ รับผิดชอบในงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (แองเจโล คินคิก และไบรอัน เด วิลเลียม 2549: 198-200) ได้แก่

ทฤษฎีจูงใจในการปฏิบัติงานของมาสโลว์

Abraham H. Maslow เป็นบุคคลแรกที่ได้ตั้งทฤษฎีทั่วไปเกี่ยวกับการจูงใจ (Maslow's general theory of human and motivation) ไว้ และได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม ของมนุษย์ไว้ 3 ประการ ดังนี้

1) มนุษย์มีความต้องการ ความต้องการมีอยู่เสมอและไม่มีสิ้นสุด แต่สิ่งที่มนุษย์ ต้องการนั้นขึ้นอยู่กับว่าเขามีสิ่งนั้นอยู่แล้วหรือยัง ขณะที่ความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอย่างอื่นจะเข้ามาแทนที่ กระบวนการนี้ไม่มีที่สิ้นสุด และจะเริ่มต้นตั้งแต่เกิด จนกระทั่งตาย

2) ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมอีกต่อไป ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้น ที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม

3) ความต้องการของมนุษย์ มีเป็นลำดับขั้นตามลำดับความสำคัญ กล่าวคือ เมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนองทันที

มาสโลว์ ได้แบ่งลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Need-hierarchy Theory) เป็น 5 ลำดับขั้น คือ

- 1) ความต้องการทางกายภาพ (Physiological needs)
- 2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety or Security needs)
- 3) ความต้องการด้านสังคม-ความรักความพอใจ (Belonging and Love needs)
- 4) ความต้องการด้านการเคารพ-นับถือ มีชื่อเสียง (Self-esteem needs)
- 5) ความต้องการบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self actualization needs)

ทฤษฎี 2 ปัจจัยของเฮอริเบิร์ก (Herberg's two-factor Theory)

เฮอริเบิร์ก (1959) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งจูงใจที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยจูงใจ (Motivators) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน นำไปสู่ทัศนคติในทางบวก เกิดความรักและพยายามที่จะทำให้ผลงานสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยนี้ได้แก่

1) ความสำเร็จของงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จและประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ รู้จักป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น และการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ส่งผลให้เห็นงานของบุคคล

2) การได้รับการยอมรับนับถือ (Verbal recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือไม่ว่าจะจากผู้บังคับบัญชา เพื่อร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา หรือจากบุคคลอื่น โดยทั่วไป ซึ่งการยอมรับนับถือนี้อาจจะอยู่ในรูปของการยกย่อง ชมเชย การแสดงความชื่นชม

3) ลักษณะของงาน (The challenge of the work itself) หมายถึงงานที่ท้าทายความสามารถ ได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ หรือความชำนาญเฉพาะตัว งานที่ท้าทายจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้จักผูกพันกับงานมากขึ้น นอกจากนี้งานที่ได้กำหนดมาตรฐานที่แน่นอน มีการแบ่งความรับผิดชอบ ความชำนาญเฉพาะด้าน จะทำให้ระดับความพึงพอใจสูง

4) ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ มีอำนาจในการรับผิดชอบงานได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการควบคุมอย่างใกล้ชิด

5) โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน (Opportunity for advancement, promotion) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะหรือตำแหน่งของบุคคลในองค์กร โดยการได้รับเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น มีโอกาสได้ศึกษาความรู้หรือได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม

2. ปัจจัยบำรุง (Hygienes or Maintenance factor) เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งจูงใจให้คนปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น แต่เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรมีอยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ได้แก่

1) นโยบายและการบริหารงาน (Company policy and administrative practices) หมายถึง นโยบายในการบริหารงานที่องค์กรกำหนดขึ้นเพื่อให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติ รวมทั้งการจัดการและการบริหารงานขององค์กรจะต้องเป็นที่แน่ชัด เพื่อให้บุคลากรดำเนินงานได้ถูกต้อง

2) วิธีการปกครองบังคับบัญชา (Technical quality of supervision) หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงาน ความยุติธรรมในการบริหารงาน รวมทั้งความเต็มใจหรือไม่เต็มใจของผู้บังคับบัญชา ในการให้คำแนะนำหรือมอบหมายความรับผิดชอบให้แก่ผู้ใต้บังคับ

บัญชา

3) ความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (Interpersonal relation) หมายถึง การติดต่อสื่อสารกันไม่ว่าจะเป็นด้วยกิริยาหรือวาจาที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดีกับผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา

4) สภาพการทำงาน (Physical working conditions) หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน ได้แก่ แสง เสียง การถ่ายเทอากาศ ชั่วโมงการทำงาน ปริมาณงาน อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ด้วย

5) ความมั่นคงปลอดภัยในงาน (Job security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงในการปฏิบัติงานในการปฏิบัติงาน สภาพการทำงานที่ปลอดภัย มีความยั่งยืนของอาชีพและองค์กรมีความมั่นคง

6) ผลประโยชน์เกื้อกูล (Benefits) หมายถึง สวัสดิการต่างๆ ที่ได้รับตอบแทนในการปฏิบัติงาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าล่วงเวลาในการทำงาน วันหยุดชดเชยการปฏิบัติงาน ที่พักอาศัย

7) เงินเดือน (Salary) หมายถึง เงินเดือนที่ได้รับเป็นประจำทุกเดือนเหมาะสมกับปริมาณงานที่ปฏิบัติและความรู้ความสามารถ

ทฤษฎีความต้องการของแมคคิลเลนด (McClelland's acquired-needs theory)

ทฤษฎีนี้มีรูปแบบการจูงใจความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ คือ

1) ความต้องการอำนาจ (Need for power) Mc Clelland และทีมงานวิจัยพบว่า บุคคลมีความต้องการอำนาจสูง จะมีความเกี่ยวข้องกับอิทธิพลและการควบคุม บุคคลเหล่านี้ต้องการความเป็นผู้นำ ต้องการงานให้เหนือกว่าบุคคลอื่น จะแสวงหาหรือค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ดีที่สุด ชอบแข่งขันให้สถานภาพสูงขึ้น จะกังวลเรื่องอำนาจมากกว่าทำงานให้ได้ประสิทธิภาพ

2) ความต้องการความผูกพัน (Need for affiliation) บุคคลที่ต้องการในด้านนี้สูง จะพอใจกับการเป็นที่รัก และมีแนวโน้มจะเลี่ยงความเจ็บปวดจากการต่อต้าน โดยสมาชิกกลุ่มสังคมจะพยายามรักษาความสัมพันธ์อันดีในสังคม พยายามให้ความร่วมมือมากกว่าการแย่งชิง พยายามสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพอันดีกับผู้อื่น

3) ความต้องการความสำเร็จ (Need for Achievement) บุคคลที่ต้องการความสำเร็จสูงจะมีความปรารถนาอย่างรุนแรงที่จะประสบความสำเร็จและกลัวต่อความล้มเหลว ต้องการการแข่งขันและกำหนดเป้าหมายที่ยากสำหรับตนเอง ชอบเสี่ยง มีความรับผิดชอบเพื่อให้งานสำเร็จ วิเคราะห์ ประเมินปัญหา และมีการป้อนกลับในการทำงาน

ทฤษฎี X และ Y เสนอโดย Douglas McGregor ทฤษฎีนี้มีหลักการว่า การเลือกใช้วิธีการจูงใจคน ขึ้นอยู่กับว่า คนๆ นั้น มีลักษณะเป็นคนแบบ X หรือ Y วิธีการจูงใจคนแบบ X กระทำได้โดยตอบสนองความต้องการขั้นต่ำของมนุษย์ ซึ่งได้แก่ ความต้องการทางกายภาพ และความต้องการความปลอดภัย สำหรับวิธีการจูงใจคนแบบ Y นั้น นักบริหารต้องสนองความต้องการขั้นสูงของคน ซึ่งได้แก่ ความต้องการที่จะผูกพันทางสังคม ความต้องการที่จะมีฐานะโดดเด่นและได้รับการยกย่องจากสังคม และความต้องการที่จะประจักษ์ตน

นักบริหารเชื่อว่าคนงานแบบ X เป็นคนที่ไม่ชอบทำงาน และพยายามหลีกเลี่ยงงานอยู่ตลอดเวลา นักบริหารจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการบังคับควบคุมและการลงโทษ เพื่อให้คนงานทำงาน คนงานจะคอยปิดความรับผิดชอบ และพยายามรับคำสั่งที่เป็นทางการเท่านั้น ส่วนคนงานแบบ Y นั้นมองว่า งานเป็นเรื่องที่สนุกและผ่อนคลาย คนจะสามารถควบคุม และกำกับตนเองได้ ถ้าเขาผูกพันกับวัตถุประสงค์ของงาน โดยปกติแล้ว คนทั่วไปสามารถเป็นคนที่มีความรับผิดชอบได้ ไม่เพียงแต่ฝ่ายบริหารเท่านั้นที่เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์ จนสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง หากแต่คนงานทั่วไปในองค์กร ก็สามารถมีความคิดสร้างสรรค์ได้เช่นเดียวกัน

จากทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลคอนตอล จ.มุกดาหาร และเป็นประเด็นสำคัญที่คาดว่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในงาน ความรับผิดชอบในงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน

5. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนตอล

5.1 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล

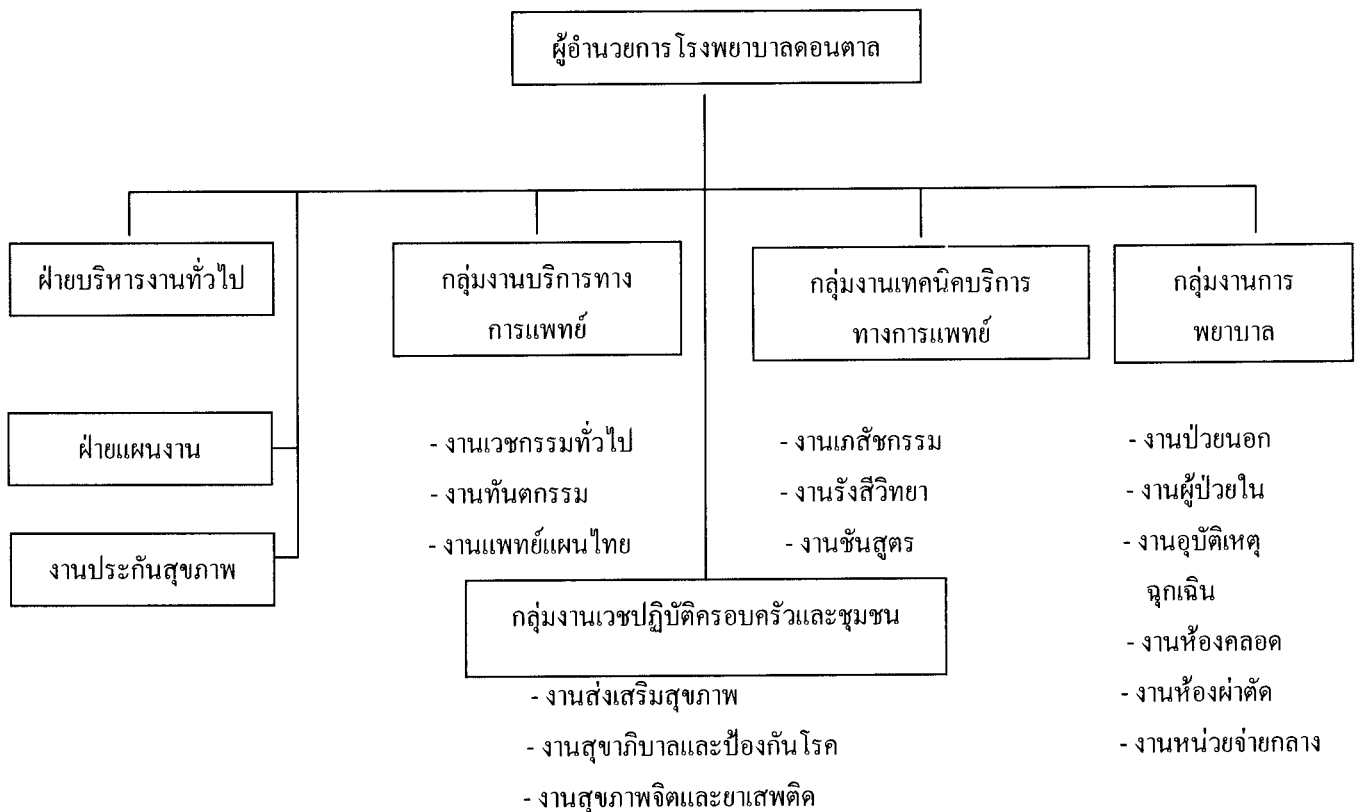
โรงพยาบาลคอนตอล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่ 250 หมู่ 7 ถ. มุกดาหาร-ชานุมาน ต. คอนตอล อ. คอนตอล จ. มุกดาหาร เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 5 พฤศจิกายน 2527 โดยเมื่อเริ่มตั้งโรงพยาบาลเป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ต่อมาในปี พ.ศ.2537 กระทรวงสาธารณสุข พิจารณานุมัติให้ยกฐานะก่อสร้างปรับปรุงโรงพยาบาลคอนตอลขนาด 10 เตียง เป็น 30 เตียง โรงพยาบาลได้ดำเนินการต่อเติมอาคารผู้ป่วยนอกเป็น 30 เตียง แล้วเสร็จเดือนพฤษภาคม 2540

ขอบเขตการให้บริการ ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตอำเภอคอนตอล การบริการทางการแพทย์ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพรังสี การบริการพยาบาล ผ่าศรรักษ์ ทำคลอด การผ่าตัดเล็ก (minor surgery) การผ่าตัดใหญ่ (major surgery) ได้แก่ การผ่าตัดทำหมัน บริการด้านเภสัชกรรม ทันตกรรม และการแพทย์ทางเลือก

การบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในเขตอำเภอคอนตอล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สุขาภิบาล การบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด

จำนวนบุคลากร ทั้งหมด 112 คน

โครงสร้างการบริหารงาน ประกอบด้วย 4 กลุ่มงาน 2 ฝ่าย 17 งาน ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 โครงสร้างการบริหาร โรงพยาบาลดอนตาล

ที่มา: คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลดอนตาล จ.มุกดาหาร 2552

5.2 ประวัติการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลดอนตาล

โรงพยาบาลได้เริ่มนำระบบการพัฒนาคุณภาพมาใช้อย่างจริงจัง โดยในปี พ.ศ. 2542 โดยใช้ระบบ 5ส. HA และการพัฒนาองค์กร (Organization Development :OD)

ในปี พ.ศ.2543 ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเน้นที่งาน 5ส. และพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ (Excellence Service Behavior : ESB)

ปี พ.ศ.2544 จัดอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และเริ่มการพัฒนาเข้าสู่ระบบการบริหารคุณภาพ ISO 9001 : 2000 ได้ผ่านการรับรองระบบการบริหารคุณภาพ ISO 9001 : 2000 จากบริษัทบูโร เเวอร์ิตัส (ประเทศไทย) จำกัด (Bureau Veritas Thailand Company Ltd : BVQI) เมื่อเดือนมีนาคม 2546

พ.ศ. 2548 : ผ่านการรับรอง บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ณ วันที่ 5 มีนาคม 2548

พ.ศ. 2550 : ผ่านการรับรองตามกระบวนการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ณ วันที่ 26 มีนาคม 2550

พ.ศ.2551 : ผ่านการรับรองมาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน

(Healthy Workplace) ณ วันที่ 28 มกราคม 2551

: ผ่านการรับรองบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2551

ในปีงบประมาณ 2552 โรงพยาบาลคอนตอล มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแผนเข็มมุ่ง (Hoshin) โดยเน้นการพัฒนาตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมีเป้าหมายขอการรับรอง (ระยะเวลาโดยประมาณ) ภายในเดือนตุลาคม พ.ศ.2552

5.3 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลคอนตอล

การดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลคอนตอล มีโครงสร้างการดำเนินงาน ดังนี้

5.3.1 คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ(ทีมนำ) ประกอบด้วยผู้อำนวยการ เป็นประธานกรรมการ หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งานเป็นกรรมการ ผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่ให้ทิศทางการพัฒนา กำหนดประเด็นที่จะพัฒนา กำหนดผู้รับผิดชอบ สนับสนุนทรัพยากร ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานพัฒนาของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ และการพัฒนาคุณภาพภายในทุกหน่วยงาน

5.3.2 คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ (Facilitator) มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือทีมงานหรือหน่วยงานต่างๆ ในด้านกระบวนการกลุ่ม และเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดความราบรื่นและประสิทธิภาพในการทำงาน ตรวจสอบติดตามระบบคุณภาพภายใน จัดให้มีระบบการสื่อสาร และรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ ดำเนินการด้านระบบบริหารความเสี่ยงทั้งเชิงรุกและเชิงรับประสานงานกับที่ปรึกษาและหน่วยงานภายนอกในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ

5.3.3 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลคอนตอล(ENV) มีหน้าที่วางแผนและกำหนดมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลคอนตอล โดยจัดให้มีการตรวจสอบ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล จัดให้มีการซ้อมแผนอัคคีภัยในโรงพยาบาล เผ่าระวังและป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย ข้อขัดข้อง ความเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของอาคาร/สถานที่ เช่น ผังอาคาร/สถานที่ ระบบบำบัดน้ำเสีย ขยะ ไฟฟ้า แก๊ส และเชื้อเพลิง กลิ่น เสียง แสงสว่าง สารเคมี รังสี การติดเชื้อ เป็นต้น มีการเตรียมการและจัดการเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม

5.3.4 คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(IC)

ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่าย/งาน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยตำแหน่ง (IC Link)

กรรมการเลขานุการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

กรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกคน ทำหน้าที่เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยหรือจุดบริการ

กำหนดหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีหน้าที่ให้คำปรึกษา และแนะนำบุคลากรในโรงพยาบาลในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการในโรงพยาบาล

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วยหรือจุดบริการ มีหน้าที่ติดตามบันทึกแบบบันทึกเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร่วมแปรข้อมูล และร่วมค้นหาสาเหตุการติดเชื้อและแนวทางการแก้ไข

5.3.5 คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team;PCT) มีหน้าที่พัฒนากระบวนการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่องถึงที่บ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาบุคลากรทีมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ติดตามกระบวนการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก จัดทำโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้รับบริการ ครอบครัว และญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลจัดให้มีระบบข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ

5.3.6 คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลคอนตอล(IM) มีหน้าที่วางแผนพัฒนาระบบเทคโนโลยีและการบริหารจัดการสารสนเทศในโรงพยาบาล จัดระบบการไหลเวียนข้อมูลข่าวสารและระบบรายงานต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาบุคลากรภายในโรงพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถด้านคอมพิวเตอร์เบื้องต้น และสามารถจัดการฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานอย่างมีประสิทธิภาพ วิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรค พร้อมแนวทางแก้ไข เสนอต่อคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

5.3.7 คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HRD) มีหน้าที่วางระบบการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สรุปผลงานให้คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ และฝ่ายพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จัดตั้งกลุ่มและชมรมส่งเสริมสุขภาพจิตและนันทนาการ และจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและนันทนาการในเจ้าหน้าที่ จัดตั้งกลุ่มและชมรมออกกำลังกาย และจัดให้มีการออกกำลังกายอย่างเป็นรูปแบบ โดยให้เจ้าหน้าที่ร่วมออก

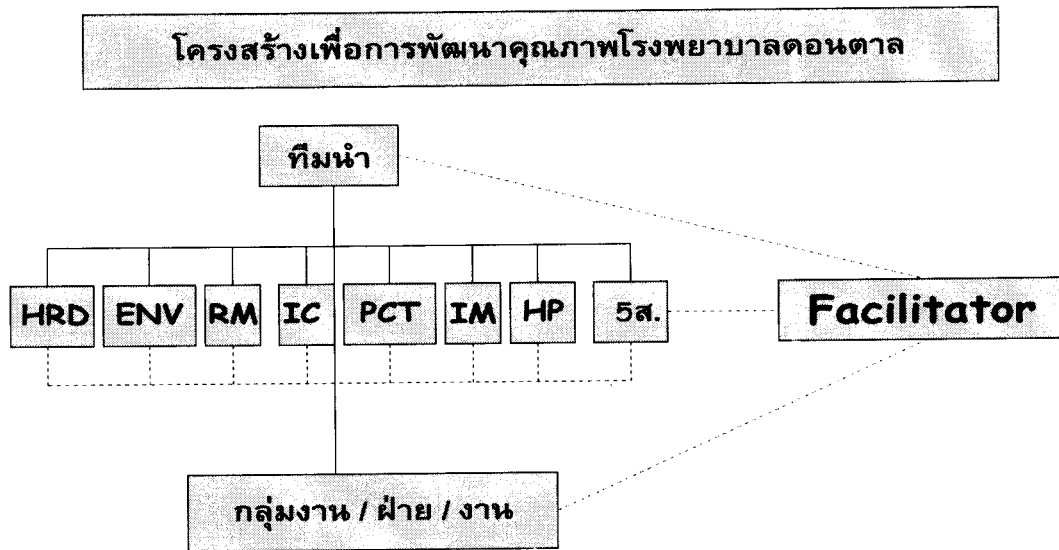
กำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์จัดตั้งกลุ่มและชมรมอาหารเพื่อสุขภาพ และจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และตระหนักในเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ สรุปรายชื่อผลการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจ ความเครียด ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง

5.3.8 คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพชุมชนเชิงรุก (HP) มีหน้าที่จัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ประสานดำเนินกิจกรรมในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ สรุปรายชื่อผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

5.3.9 คณะกรรมการ 5ส. โรงพยาบาลคอนตาด มีหน้าที่วางแผนการดำเนินงาน 5ส. ของโรงพยาบาล เป็นแกนนำในการดำเนินงาน 5ส. ในหน่วยงานของตน และกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในฝ่าย/งาน ได้ตระหนัก ถึงความสำคัญของกิจกรรม 5ส. และปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จัดกิจกรรมการประเมิน 5ส.

5.3.10 คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ มีหน้าที่จัดให้มีระบบรับคำร้องเรียนในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ ผู้รับความคิดเห็น การรับคำร้องเรียนทางโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่รับคำร้องเรียน บอร์ดหรือสมุดบันทึกความคิดเห็น เป็นต้น ประสานงาน ช่วยแก้ปัญหา และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ร้องเรียน แจ้งข้อมูลให้หน่วยงานที่ได้รับข้อเสนอแนะหรือคำร้องเรียนทราบ ประสานงาน และติดตามผลเพื่อให้มีการแก้ไขปัญหา แจ้งผลการแก้ไขปัญหาให้ผู้รับบริการทราบ บันทึกข้อมูลคำร้องเรียน และการแก้ไข รวบรวม วิเคราะห์ รายงานผลให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทราบ

5.3.11 คณะกรรมการสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ มีหน้าที่สนับสนุนการจัดทำ/การใช้สื่อสุขศึกษาแก่หน่วยงานต่างๆ ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร/ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและบุคลากรในโรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการแก่บุคคลภายนอก/ชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพโดยการประชาสัมพันธ์ และใช้สื่อต่างๆ ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 โครงสร้างเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนตอล

ที่มา: คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลคอนตอล จ.มุกดาหาร 2552

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องอาจ วิบุตศิริ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิระวิศิษฎ์ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยวิธีการของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management, TQM) โดยกำหนดระยะเวลาของโครงการไว้ 2 ปี มีโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียงสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 8 แห่ง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ และผลของการดำเนินการของโครงการฯ ด้วยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพของ The Malcolm Baldrige National Quality Award และเพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิดและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิด TQM/CQI ของผู้นำระดับสูง ระดับกลาง และผู้ปฏิบัติ โดยการศึกษาเชิงพรรณนาแบบผสมผสาน ได้แก่การทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ย้อนหลัง 2 ครั้งร่วมกับการสำรวจแบบตัดขวางภายหลังการดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2539 จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2540

ผลการศึกษาพบว่า คณะผู้รับผิดชอบโครงการฯ ได้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยการให้การฝึกอบรมและวางโครงสร้างเพื่อให้มีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลในโครงการฯ มีระดับความความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกัน โดย 2 แห่ง มีความก้าวหน้าไปมาก จัดเป็นกลุ่มก้าวหน้าเด่นชัด ส่วนอีก 6 แห่ง จัดอยู่ในกลุ่มก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันดังกล่าว ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำทั้งระดับสูงและระดับกลาง ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร และการแปลงสู่แผนปฏิบัติการ การพัฒนาและการบริหารบุคลากร ให้มีความรู้ในการใช้เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลโดยตรง ซึ่งส่งผลให้เกิดผลที่ชัดเจนกว่าในระดับองค์กรและการมีผลต่อผู้รับบริการโดยตรง นอกจากนี้บุคลากรในทั้งโรงพยาบาล 2 กลุ่มยังมีความเห็นต่อนโยบายการพัฒนาคุณภาพ สถานภาพของโรงพยาบาล ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ TQM ทักษะคิดต่อการพัฒนาคุณภาพ การจัดการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการทำงาน ตลอดจนผลลัพธ์ต่อบริการและโรงพยาบาลในระดับที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการที่สามารถส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM ได้แก่ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง และการฝึกอบรม TQM

จากบทเรียนที่ได้รับในการศึกษา คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะรูปแบบในการนำ TQM ไปใช้ในโรงพยาบาลของรัฐ คือ ให้ความสำคัญและมุ่งเป้าหมายสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยเน้นสายงานบริการหลักเป็นสำคัญ การกำหนดแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนและถือนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพเป็นหลักในการบริหารงานของโรงพยาบาล การจัดหลักสูตรต่างระดับเกี่ยวกับ TQM ตลอดจนการยึดถือผู้ป่วยหรือลูกค้าของกระบวนการเป็นผู้สำคัญ ทั้งภายในและภายนอก บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลสำรวจความต้องการและความพึงพอใจเป็นหลักทั้งก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการ

พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการนำเทคนิค TQM มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ The Malcolm Baldrige National Quality Award, 1995 เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่ม และแบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ 118 คน ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 300 คน ผู้ป่วยใน 100 คน พบว่า คณะกรรมการผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ คือการจัดการอบรมสัมมนาเพื่อพัฒนาแนวคิดความรู้ และทักษะการทำงาน การสนับสนุนงบประมาณ การแปรรูปองค์กรให้เกิดการกระจาย

อำนาจและมอบอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงาน การสนับสนุนงบประมาณ การแปรรูปองค์กรให้เกิดการกระจายอำนาจและมอบอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงาน การปรับโครงสร้างองค์กรให้เป็นเครือข่าย แนวราบ ในลักษณะทีมคร่อมสายงาน โดยการจัดตั้งคณะกรรมการ 11 คณะ และกลุ่มวิชาชีพ 12 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวิสัยทัศน์ และริเริ่ม โครงการพัฒนาการบริการ ซึ่งมุ่งเน้นสร้างการความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ สร้างภาพลักษณ์ที่ดีด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม และการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในกระบวนการกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 17 โครงการ ซึ่งแบ่งกลุ่มวิชาชีพตามลักษณะการดำเนินงานได้ 3 รูปแบบคือ กลุ่มที่มีความก้าวหน้ารวดเร็ว 1 กลุ่ม กลุ่มมีความก้าวหน้าค่อยเป็นค่อยไป 9 กลุ่ม และกลุ่มมีความก้าวหน้าช้า 2 กลุ่ม ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างดังกล่าว คือความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาให้ชัดเจน การเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลรักษาพยาบาล และความสามารถเชื่อมโยงการพัฒนาต่อระบบอื่นที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ โดยตรง ส่วนปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพการบริการ คือ การให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคน การสนับสนุนของผู้บริหารอย่างต่อเนื่องจริงจัง และงบประมาณเพียงพอ

อรุณี ชำรงวิศวะ (2544: 54-55) ศึกษาถึงข้อจำกัด ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลระดับชาติ (Hospital Accreditation) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยหรือปัญหาที่มีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และทำให้ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพยังส่งผลไม่เต็มที่ต่อขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจ คือ

1. การเข้ามามีส่วนร่วมของแพทย์
2. ทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) ไม่เพียงพอ
3. ภาวะผู้นำในความรับผิดชอบของผู้บริหารระดับกลาง
4. Awareness of Competition ของเจ้าหน้าที่ยังมีน้อย
5. การไม่สามารถประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับการบริหาร

โดยสรุป พบว่ายังต้องมีการปรับปรุงพัฒนาในด้านบุคลากร โดยใช้เป้าหมายเป็นตัวนำทาง (Results Base Management) ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรสามารถประยุกต์มาตรฐานโรงพยาบาลระดับชาติไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

เสาวมาศ เดือนนาคี (2545) ศึกษาสภาพการณ์พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน คุณภาพบริการ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และตัวแปรที่กำหนดคุณภาพบริการ สภาพปัญหา อุปสรรค ความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.6) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ ประสิทธิภาพในการเป็นผู้บริหาร โรงพยาบาลของผู้อำนวยการ และความสามารถในการบริหารคุณภาพ โดยรวมของหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน โรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบันส่วนใหญ่กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาคุณภาพ แต่พบว่ามีปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ผู้บริหารขาดความรู้ ประสิทธิภาพ ทัศนคติไม่กว้างไกล ขาดการนิเทศ ติดตาม บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ขาดความเอาใจใส่ ขาดความร่วมมือ ภาระงานมาก ขาดความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

อัจฉรี จันทนจุลกะ (2544) ศึกษาลักษณะงานกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการและผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาล ผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 227 คน ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ไม่เข้าใจในแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ ไม่มีเวลาเนื่องจากภาระงานมาก การสื่อสารไม่ชัดเจนหรือไม่ต่อเนื่อง มีการประชุมร่วมกันน้อย ขาดความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน ไม่มีอิสระในการปฏิบัติงาน และการยึดติดกับระบบงานเดิม

สลิลลา ขันทะฮ้อ (2545) ศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จกับการมีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ จังหวัดเชิงราช โดยทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและสัมภาษณ์ตัวแทนจากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง 8 คน ตามทฤษฎีบริหาร โครงสร้างการทำงาน 7 S ของ Mickinsey ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความสำเร็จกับการมีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันในแต่ละองค์ประกอบ 6 หมวด 20 บท นอกจากนี้พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ คือ บุคลากรมีความไม่เข้าใจและต่อต้าน การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการแก้ไขโดยการสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรทุกระดับ ผ่านนโยบายของผู้บริหาร การอบรมและประสานงานคุณภาพ

ศิริพร หว่างสิงห์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลกรณีศึกษาโรงพยาบาลไทยนครินทร์ ผลการศึกษา พบว่าระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 5ส. อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย คือ 2.48 ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย คือ 1.89 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตามสมมุติฐานที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรม โครงการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตำแหน่งงาน เวลาการ
ทำงานเป็นผลัดหรือตามเวลาราชการปกติ

อารีรัตน์ เถกิงสรคันธุ์ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 675 คน ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด
ของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) พบว่า มีปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมใน
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่พบมากที่สุด
มี 4 ด้าน คือ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน งานประจำมีมาก ไม่มีเวลา ไม่แน่ใจว่าจะ
ได้รับผลประโยชน์ในเรื่องการพิจารณาความดีความชอบและขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมิน
ตนเองของหน่วยงาน

วนิดา อิศรสันติ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข โดยศึกษาปัจจัยเชิงจิตตามทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอริเบิร์กพบว่า ปัจจัยเชิงจิต
ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($r = 0.779$) มีผล
ต่อโอกาสจะเติบโตและก้าวหน้ากับงานที่ปฏิบัติ

มยุรัตน์ สุทธิวิเศษศักดิ์ และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management:
TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) โดยการ
ประเมินระดับความก้าวหน้า และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ บุคลากรเห็นความสำคัญ และให้ความร่วมมือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญและ
สนับสนุนจริงจัง เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ ได้รับการสนับสนุนเงินทุน
และทรัพยากร ได้รับการจูงใจให้กำลังใจและผลตอบแทน และปัจจัยด้านการสื่อสารในองค์กร จาก
ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลมีความก้าวหน้าของการดำเนินงานอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ได้รับมากที่สุดคือ การได้รับข้อมูลความ
เคลื่อนไหวการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 91.3) เนื่องจากมีแหล่งข้อมูลและช่องทางการกระจายข้อมูล
หลายทาง ปัจจัยที่เจ้าหน้าที่ได้รับน้อยที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ
35.1) เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาเจ้าหน้าที่ยังขาดโครงสร้างและระบบการ
ดำเนินงานที่ชัดเจน จากการสำรวจพบระดับความก้าวหน้ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทั้งหมด จึงควรสนับสนุนปัจจัยเหล่านี้ในหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าระดับปานกลางหรือต้องปรับปรุง

เกษณี เอกสุวรรณ (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 410 คน บุคลากรแบ่งเป็น 3 ส่วน กลุ่มรักษาพยาบาล 268 คน กลุ่มสนับสนุน 47 คน และกลุ่มลูกจ้าง 95 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยประเมินผลตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen Uphoff 1980) ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลลำพูน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรกลุ่มการรักษาพยาบาล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมด้านปฏิบัติ ด้านผลประโยชน์ และด้านการประเมินผลมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ด้านการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มสนับสนุน โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในด้านตัดสินใจ ด้านปฏิบัติ ด้านผลประโยชน์ ด้านประเมินผล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มลูกจ้าง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในด้านตัดสินใจ ด้านปฏิบัติและด้านประเมินผล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และด้านผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ไม่เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน และขาดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

สิริอร พันธุ์โสคา (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้าราชการ พนักงานของรัฐ และลูกจ้าง ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 12 โรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 282 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรร้อยละ 68.24 มีการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และความต้องการในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.76 65.49 และ 54.12 ตามลำดับ มีการรับรู้พฤติกรรมผู้นำและบรรยากาศองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.29 และ 74.12 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า การมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพ โดยเป็นและไม่เป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพทำให้การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรแตกต่างกัน และความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ความต้องการในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมผู้นำ และบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001, 0.046, 0.025, 0.001, 0.001$ และ 0.001 ตามลำดับ) โดยมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล พฤติกรรมผู้นำ และบรรยากาศองค์กร สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) ซึ่งร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 29.6 ($R=0.544$ $R^2=0.296$)

สำหรับปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลนั้น ร้อยละ 28.04 ของบุคลากรที่ให้ความคิดเห็น ให้ความเห็นว่าปัญหาของการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล รองลงมาให้ความเห็นว่าเนื่องจากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไม่ต่อเนื่อง และบุคลากรไม่เห็นความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 24.34 และ 23.81 ตามลำดับ ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ร้อยละ 29.10 ของบุคลากรที่ให้ความคิดเห็น ให้ความเห็นว่าควรให้ความรู้หรือฝึกอบรมเรื่องการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รองลงมาให้ความเห็นว่าผู้นำควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ โดยมีความมุ่งมั่นและเป้าหมายที่ชัดเจน และควรสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรทุกคนตระหนักต่อการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 19.05 และ 17.46 ตามลำดับ

รมณปวีร์ เหนือจักรวาล (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเอกชน เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31-40 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ในระดับปริญญาตรี (2) มีระดับปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงานทุกด้านอยู่ในระดับดี (X อยู่ระหว่าง 3.81 – 4.21) และระดับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.34$) และ (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน จากผลการศึกษาดังกล่าว มีข้อเสนอแนะว่า หากต้องการให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้บริหารควรส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความสำเร็จ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ ด้านลักษณะงาน และด้านโอกาสที่จะเติบโต และก้าวหน้า

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ มากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งได้กำหนดตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในการศึกษาดังนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุน ได้แก่ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน HA และการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในงานความรับผิดชอบในงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ความรู้ในเรื่องเป้าหมายของ HA ความรู้เรื่องกระบวนการคุณภาพของ HA และความรู้เรื่องหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ โครงสร้างการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ การประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และการจัดระบบงานพัฒนาคุณภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Resarch) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และโครงสร้างการดำเนินงานต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากร โรงพยาบาลคอนตอลทุกคน จำนวน 112 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราว ดังตาราง 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวน บุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร จำแนกตามอาชีพ

ลำดับที่	อาชีพ	จำนวนประชากร (คน)
1	ข้าราชการ	82
2	ลูกจ้างประจำ	5
3	พนักงานราชการ	2
4	ลูกจ้างชั่วคราว	23
รวมทั้งหมด		114

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการตรวจสอบเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีของโครงสร้างพื้นฐานตัวแปร แต่ละตัวแปร คือ แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

การวัดความรู้ในการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
โครงสร้างการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการพัฒนา
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2.2 ลักษณะของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แต่ละข้อจะมีทางเลือกให้ตอบ ใช้วัดความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุราชการ/ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน งานที่รับผิดชอบ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และกรอกข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) กำหนดระดับความคิดเห็นและเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

คะแนน 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากที่สุด

คะแนน 4 = มีส่วนร่วมมาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมมาก

คะแนน 3 = มีส่วนร่วมปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมกิจกรรมในระดับปานกลาง

คะแนน 2 = มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมกิจกรรมน้อย

คะแนน 1 = ไม่มีส่วนร่วม หมายถึง ท่านไม่มีส่วนร่วมกิจกรรม

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยนำมาจัดระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ใช้หลักการแปรผลในการให้คะแนน ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2546)

คะแนน	การแปลผลคะแนน
4.50-5.00	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูงที่สุด
3.50-4.49	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง
2.50-3.49	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.49	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากร ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) กำหนดระดับความคิดเห็นและเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

คะแนน 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 = เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้น เป็นส่วนใหญ่
คะแนน 3 = ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่ามีความเห็นตรงกับ ข้อความนั้น
คะแนน 2 = ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น เป็นส่วนใหญ่
คะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น มากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

การแปลผลคะแนนปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากร มีเกณฑ์การคิดคะแนน โดยนำมาจัดระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ใช้หลักการแปรผลในการให้คะแนน ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์ 2546)

คะแนน	การแปลผลคะแนน
4.50-5.00	ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรอยู่ในระดับดีมาก
3.50-4.49	ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรอยู่ในระดับดี
2.50-3.49	ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรอยู่ในระดับพอใช้
1.00-1.49	ปัจจัยการสนับสนุนทรัพยากรอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลแรงงูใจในการปฏิบัติงาน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) กำหนดระดับความคิดเห็นและเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

คะแนน 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
คะแนน 4 = เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
คะแนน 3 = ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่ามีความเห็นตรงกับข้อความนั้น
คะแนน 2 = ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
คะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนนแรงงูใจในการปฏิบัติงาน โดยนำมาจัดระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ใช้หลักการแปรผลในการให้คะแนน ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2546)

คะแนน	การแปลผลคะแนน
4.50-5.00	แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมาก
3.50-4.49	แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี
2.50-3.49	แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับพอใช้
1.00-1.49	แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ เกณฑ์การให้คะแนน
ได้แก่

คำตอบที่ถูกต้อง = 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง = 0 คะแนน

คะแนนที่ได้จากแบบสอบถามรวม 10 ข้อ นำมาแปลผลเป็นร้อยละ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลโครงสร้างการดำเนินงาน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า
5 ระดับ (Rating scale) กำหนดระดับความคิดเห็นและเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

คะแนน 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

คะแนน 4 = เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

คะแนน 3 = ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่ามีความเห็นตรงกับข้อความนั้น

คะแนน 2 = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

คะแนน 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การแปลผลคะแนน มีเกณฑ์การคิดคะแนน โครงสร้างการดำเนินงานงาน โดย
นำมาจัดระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ใช้หลักการแปลผลในการให้คะแนน ดังนี้
(บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์ 2546)

คะแนน	การแปลผลคะแนน
4.50-5.00	โครงสร้างการดำเนินงานอยู่ในระดับดีมาก
3.50-4.49	โครงสร้างการดำเนินงานอยู่ในระดับดี
2.50-3.49	โครงสร้างการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	โครงสร้างการดำเนินงานอยู่ในระดับพอใช้
1.00-1.49	โครงสร้างการดำเนินงานอยู่ในระดับควรปรับปรุง

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (รายละเอียดใน
ภาคผนวก) ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามและพิจารณา

แก้ไขความถูกต้องและความเหมาะสมของการใช้ภาษา (Wording) แล้วปรับปรุงเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองกับบุคลากรโรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน เนื่องจากมีสภาพพื้นที่ใกล้เคียง มีระดับความก้าวหน้าตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน และไม่ได้อยู่ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

- 3.1 ทำหนังสือบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนตาลในการเก็บข้อมูล
- 3.2 ดำเนินการแจกแบบสอบถาม โดยแจ้งที่มา วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยให้บุคลากรของโรงพยาบาลทราบ โดยการแจ้งในการประชุมบุคลากรประจำเดือนกรกฎาคม 2552
- 3.3 เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนตรงตามประเด็นของแบบสอบถาม และลงรหัสในแบบสอบถาม เพื่อเตรียมบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการพรรณนาข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

4.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน

4.3 กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จำนวน 112 คน มีจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนและได้คำตอบที่ครบถ้วนสมบูรณ์ สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยจำนวน 112 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ตอนที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ตอนที่ 3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน

ตอนที่ 4 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ตอนที่ 5 ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตอนที่ 6 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน

ตอนที่ 7 อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และโครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 112 คน มีรายละเอียดดังนี้

เพศ พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.54 และเพศชายมีจำนวนร้อยละ 29.46

อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 อายุสูงสุด 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.36 และอายุต่ำสุด 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.12

ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 76.79 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.50 และระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 5.35

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.39 รองลงมาตำแหน่งลูกจ้าง/พนักงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 35.71 และตำแหน่งข้าราชการสายงานอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 18.75

หน่วยงาน/แผนกที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่มีบุคลากรปฏิบัติงานมากที่สุด ได้แก่ งานผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 20.55 รองลงมางานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 14.28 ส่วนหน่วยงานที่มีบุคลากรปฏิบัติงานน้อยที่สุด ได้แก่ งานรังสีเทคนิค คิดเป็นร้อยละ 0.89

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานระหว่าง 0 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.79 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานสูงสุด 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.14 และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานต่ำสุด 0 -10 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.79

การเป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โดยสามารถตอบมากกว่า 1 ข้อ ตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ มีบุคลากรร่วมเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 แต่จากการสอบถามถึงการเข้าร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ พบว่า มีบุคลากรที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 13.40 รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตาล
จังหวัดมุกดาหาร

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
	n = 112	
เพศ		
ชาย	33	29.46
หญิง	79	70.54
อายุ		
21 – 30 ปี	27	24.11
31 – 40 ปี	48	42.86
41 – 50 ปี	31	27.67

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน n = 112	ร้อยละ
51 – 60 ปี $\bar{X} = 36.35$ S.D. = 7.97	6	5.36
ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด		
ประถมศึกษา	1	0.89
มัธยมศึกษา	14	12.50
อนุปริญญา	6	5.36
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	86	76.79
สูงกว่าปริญญาตรี	5	4.46
ตำแหน่ง		
แพทย์	3	2.68
ทันตแพทย์	3	2.68
เภสัชกร	2	1.79
พยาบาล	43	38.39
ข้าราชการสายงานอื่นๆ	21	18.75
ลูกจ้าง/พนักงานราชการ	40	35.71
หน่วยงาน/แผนกที่ปฏิบัติงาน		
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	16	14.28
งานผู้ป่วยนอก	5	4.46
งานผู้ป่วยใน	23	20.55
งานห้องคลอด	6	5.36
งานห้องผ่าตัด	4	3.57
กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ (งานเวชปฏิบัติทั่วไป)	3	2.68
งานทันตกรรม	8	7.14
งานเภสัชกรรม	6	5.36
งานแพทย์แผนไทย	6	5.36
งานชันสูตร	4	3.57

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน n = 112	ร้อยละ
งานรังสีเทคนิค	1	0.89
งานเวชระเบียน	4	5.36
กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	8	7.14
ฝ่ายบริหารงานทั่วไป	7	6.25
ฝ่ายแผนงาน	4	3.57
อื่นๆ	7	6.25
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคอนตอล		
0 – 10 ปี	58	51.79
11 – 20 ปี	46	41.07
21 – 25 ปี	8	7.14
$\bar{X} = 9.57$ S.D. = 6.52		
การเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล		
คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ(ทีมนำ)	20	17.86
คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ	14	12.50
คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลคอนตอล(ENV)	17	15.18
คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(IC)	13	11.61
คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team;PCT)	15	13.40
คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลคอนตอล(IM)	14	12.50
คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HR)	20	17.86
คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพชุมชนเชิงรุก	11	9.82
คณะกรรมการ 5ส. โรงพยาบาลคอนตอล	17	15.18
คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์	8	7.14
คณะกรรมการสุศึกษาประชาสัมพันธ์	7	6.25
อื่นๆ	7	6.25
ไม่ทราบ	15	13.40

ตอนที่ 2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 คะแนน

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ถามว่า “การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามระบบคุณภาพในหน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ที่ปฏิบัติงานอยู่” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 รองลงมา ได้แก่ “การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ที่ปฏิบัติงานอยู่” มีคะแนนเฉลี่ย 3.48 คะแนน ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ “การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานของทีมพัฒนาคุณภาพที่ร่วมเป็นกรรมการ” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การได้เข้าร่วมประชุม หรือเข้าร่วมการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ HA ของโรงพยาบาล	3.33	0.90	ปานกลาง
2. การได้รับทราบแนวทางการดำเนินงานHAจากการจัดประชุมประจำเดือน/การประชุมทีมพัฒนาคุณภาพ	3.41	0.86	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการประชุม หรือในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ HA ของโรงพยาบาล	3.12	0.90	ปานกลาง
4. การมีส่วนร่วมในการสำรวจ/วิเคราะห์ปัญหาของหน่วยงาน (ฝ่าย/งาน) ที่ปฏิบัติงานอยู่	3.42	0.98	ปานกลาง

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
5. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามระบบคุณภาพใน หน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ที่ปฏิบัติงานอยู่	3.75	0.77	สูง
6. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพ ในหน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ที่ปฏิบัติงานอยู่	3.48	0.92	ปานกลาง
7. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล/สรุปผลการ พัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน(ฝ่าย/งาน)ที่ปฏิบัติงานอยู่	3.33	0.99	ปานกลาง
8. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการ ดำเนินงานของทีมพัฒนาคุณภาพที่ร่วมเป็นกรรมการ	3.06	1.02	ปานกลาง
9. การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการดำเนินงาน ของทีมพัฒนาคุณภาพที่ร่วมเป็นกรรมการ	3.03	1.04	ปานกลาง
10. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของทีมพัฒนา คุณภาพที่ร่วมเป็นกรรมการ	3.09	1.02	ปานกลาง
11. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน ของทีมพัฒนาคุณภาพที่ร่วมเป็นกรรมการ	3.06	1.07	ปานกลาง
12. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานของ ทีมพัฒนาคุณภาพที่ร่วมเป็นกรรมการ	3.11	1.02	ปานกลาง
เฉลี่ย	3.27	0.96	ปานกลาง

ตอนที่ 3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับดี
โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 คะแนน

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน โดยพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า
ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ถามว่า “หน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) มีการพัฒนา
ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน HA” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 รองลงมา ได้แก่ “โดย

ภาพรวมโรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพที่ปลอดภัยต่อบุคลากรและผู้รับบริการ” มีคะแนนเฉลี่ย 3.90 คะแนน ส่วนข้อความเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ “ทีมพัฒนาคุณภาพที่เป็นกรรมการ ได้รับงบประมาณในการดำเนิน โครงการอย่างเพียงพอ” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การมีโอกาสเข้าร่วมการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลตามที่ท่านต้องการ	3.71	0.75	ดี
2. โรงพยาบาลจัดให้มีการฝึกทบทวนทักษะในการ ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	3.81	0.68	ดี
3. หน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) มีการพัฒนาปรับปรุง สิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน HA	4.00	0.70	ดี
4. ทีม ENV มีการพัฒนาบรรลุตามเป้าหมาย	3.53	0.73	ดี
5. โดยภาพรวม โรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ที่ปลอดภัยต่อบุคลากร และผู้รับบริการ	3.90	0.62	ดี
6. หน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ได้รับการสนับสนุน งบประมาณในการพัฒนาคุณภาพอย่างเพียงพอ	3.57	0.77	ดี
7. ทีมพัฒนาคุณภาพที่เป็นกรรมการ ได้รับ งบประมาณในการดำเนิน โครงการอย่างเพียงพอ	2.96	0.78	ปานกลาง
8. โดยภาพรวม โรงพยาบาลมีงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพ อย่างเพียงพอ	3.40	0.69	ปานกลาง
9. ทีมพัฒนาคุณภาพที่เป็นกรรมการได้รับ งบประมาณในการพัฒนาโครงสร้างสิ่งแวดล้อม หรือการจัดซื้อครุภัณฑ์อย่างเพียงพอ	3.06	0.80	ปานกลาง
เฉลี่ย	3.55	0.72	ดี

ตอนที่ 4 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 คะแนน

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ถามว่า “การปฏิบัติงานตามที่ผู้บังคับบัญชาสั่งการอย่างเคร่งครัด” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 รองลงมา ได้แก่ “ท่านสามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ” มีคะแนนเฉลี่ย 3.91 คะแนน ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ “การปฏิบัติ/ดำเนินงานต่อเนื่องโดยไม่ต้องมีการติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วม		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. โรงพยาบาลมีระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่มีประสิทธิภาพ	3.78	0.74	ดี
2. การได้รับการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน HA	3.52	0.81	ดี
3. การได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนด้วยความเป็นธรรม	3.22	0.76	ปานกลาง
4. การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งของบุคลากรมีความเหมาะสม	3.41	0.72	ปานกลาง
5. การปฏิบัติงานได้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ	3.91	0.60	ดี
6. การปฏิบัติงานตามที่ผู้บังคับบัญชาสั่งการอย่างเคร่งครัด	3.98	0.61	ดี
7. การปฏิบัติ/ดำเนินงานต่อเนื่องโดยไม่ต้องมีการติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ	2.66	1.03	ปานกลาง
8. ในหน่วยงาน มีการช่วยเหลือกันทำงาน HA เป็นอย่างดี	3.88	0.60	ดี
9. การปรึกษาปัญหากับผู้บังคับบัญชาได้ทุกเรื่อง	3.66	0.69	ดี
10. การมีความพึงพอใจในงาน HA ที่ได้รับมอบหมาย	3.83	0.52	ดี
เฉลี่ย	3.59	0.71	ดี

ตอนที่ 5 ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร โดยเฉลี่ยมีจำนวนบุคลากรที่ตอบถูกเท่ากับ 85 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0

เมื่อพิจารณาความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โดยพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่บุคลากรตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ถามว่า “เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง” และ “ผลลัพธ์ของการพัฒนาตามกระบวนการ HA คือ คุณภาพความปลอดภัยของผู้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน” คิดเป็นร้อยละ 97.3 รองลงมา ได้แก่ “กระบวนการคุณภาพของ HA ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน” คิดเป็นร้อยละ 94.6 ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีบุคลากรตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ “การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของ HA คือ โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ 3” คิดเป็นร้อยละ 27.7 รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของบุคลากรที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	109	97.3	3	2.7
2. การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของ HA คือ โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ 3	31	27.7	81	72.3
3. กระบวนการคุณภาพของ HA ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน	106	94.6	6	5.4
4. การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA มีแนวทางปฏิบัติที่เหมือนกันทุกโรงพยาบาล	67	59.8	45	40.2
5. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เป็นหลักการหรือค่านิยมหลักของ HA	90	80.4	22	19.6

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การเรียนรู้ (Learning) และการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นหลักการหรือค่านิยมหลักของ HA	85	75.9	27	24.1
7. มาตรฐาน HA มุ่งประเมินระบบงานของโรงพยาบาล ไม่ได้มุ่งประเมินการทำงานของบุคคล	72	64.3	40	35.7
8. การพัฒนาคุณภาพต้องให้ผู้ที่มีความรู้และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนา	87	77.7	25	22.3
9. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้สำเร็จ ไม่จำเป็นต้องประสานกับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	95	84.8	17	15.2
10. ผลลัพธ์ของการพัฒนาตามกระบวนการ HA คือ คุณภาพความปลอดภัยของผู้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน	109	97.3	3	2.7
เฉลี่ย	85	76.0	27	24.0

ตอนที่ 6 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 คะแนน

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ถามว่า “การเยี่ยมชมสำรวจภายในเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 รองลงมา ได้แก่ “การเยี่ยมชมสำรวจภายในทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการพัฒนาคุณภาพ” และ “การประสานงานพัฒนาคุณภาพกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาลเอื้อให้บรรลุ HA” มีคะแนนเฉลี่ย 3.79 คะแนน ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ “ทีมพัฒนาคุณภาพมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ โครงสร้าง
การดำเนินงาน

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ โครงสร้างการดำเนินงาน		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาลมีความเหมาะสม	3.66	0.61	ดี
2.ทีมพัฒนาคุณภาพมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	2.92	0.97	ปานกลาง
3.คณะกรรมการ (ทีมพัฒนาคุณภาพ) มีความ เหมาะสมกับลักษณะงาน	3.17	0.85	ปานกลาง
4.การประสานงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกับ หน่วยงานภายนอก ทำได้เป็นอย่างดี	3.44	0.65	ปานกลาง
5.การประสานงานพัฒนาคุณภาพกับหน่วยงานภายใน โรงพยาบาลเอื้อให้บรรลุ HA	3.79	0.60	ดี
6. การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยทีมผู้ประสานงาน มีความเหมาะสม	3.71	0.56	ดี
7.การจัดระบบการรายงานความเสี่ยงมีความเหมาะสม	3.66	0.59	ดี
8.การจัดระบบการรายงานความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ	3.49	0.62	ปานกลาง
9.การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพมีความต่อเนื่อง	3.44	0.75	ปานกลาง
10.การจัดระบบงานเอกสาร/การจัดการข้อมูลด้านการ พัฒนาคุณภาพมีความเหมาะสม	3.54	0.63	ดี
11.การเชื่อมสำรวจภายในทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการ พัฒนาคุณภาพ	3.79	0.62	ดี
12.การเชื่อมสำรวจภายในเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง	4.03	0.58	ดี
เฉลี่ย	3.55	0.67	ดี

ตอนที่ 7 อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และโครงสร้างการดำเนินงานต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

ปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และ โครงสร้างการดำเนินงาน มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ โครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน

ผลการทดสอบ พบว่า

ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพเป็นตัวแปรเดียวที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนตัวแปรที่เหลือ ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และ โครงสร้างการดำเนินงาน ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลำดับขั้นของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ปัจจัยที่ศึกษา	b	Beta	t	p-value
ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	1.335	0.290	3.182	0.002
ค่าคงที่ (Constant)	2.252			
F = 10.125	p-value = 0.002	R = 0.290	R ² = 0.076	

ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถเขียนสมการทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ได้ดังนี้

$$Y = 2.252 + 1.335(X1)$$

เมื่อ X1 หมายถึง ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โดยหากความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้น 1.33 หน่วย

สมการนี้สามารถทำนายผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ได้ร้อยละ 7.6 ($R^2 = 0.076$)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาล ประเมินปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ และโครงสร้างการดำเนินงาน ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ และโครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากร โรงพยาบาลคอนตอลทุกคน จำนวน 112 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2552 โดยเครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.87

1. สรุปการวิจัย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

จากผลการวิจัย พบว่า บุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.54 อายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 76.79 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.39 รองลงมาตำแหน่งลูกจ้าง/พนักงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 35.71หน่วยงานที่มีบุคลากรปฏิบัติงานมากที่สุด ได้แก่ งานผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 20.55 รองลงมางานอุบัติเหตุฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 14.28 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานระหว่าง 0 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.79 รองลงมามีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานระหว่าง 11 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.07 และการเป็นกรรมการ ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ พบว่า มีบุคลากรที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 13.40

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

เมื่อพิจารณาถึงระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ การเข้าร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยการร่วมฟัง ร่วมคิด ร่วมออกความคิดเห็น ร่วมสำรวจปัญหา ร่วมในการดำเนินการ และร่วมประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน

จากผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาทรัพยากรบุคคล การปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนงบประมาณ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และเมื่อพิจารณาปัจจัยการสนับสนุนแต่ละด้าน พบว่า การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ส่วนการสนับสนุนงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง

1.4 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จากผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การวิจัยครั้งนี้วัดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีองค์ประกอบ คือ ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในงาน ความรับผิดชอบในงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.59 และเมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแต่ละด้าน พบว่า ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน ความรับผิดชอบในงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน อยู่ในระดับดี ส่วนความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับปานกลาง

1.5 ผลการวิเคราะห์ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วยความรู้เรื่องเป้าหมายของ HA ความรู้เรื่องกระบวนการคุณภาพของ HA ความรู้เรื่องหลักคิดในการนำกระบวนการ HA มาใช้ โดยเฉลี่ยมีจำนวนบุคลากรที่ตอบถูกเท่ากับ 85 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่บุคลากรตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ความรู้เรื่องเป้าหมายของ HA คิดเป็นร้อยละ 27.7

1.6 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน

จากผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยการจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพ การประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และการจัดระบบงานพัฒนาคุณภาพ พบว่าระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบแต่ละด้านพบว่าการจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพและการจัดระบบงานพัฒนาคุณภาพ อยู่ในระดับดี ส่วนความต่อเนื่องในการดำเนินงาน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

1.7 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และโครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

การวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และโครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน

ผลการทดสอบ พบว่า

ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพเป็นตัวแปรเดียวที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนตัวแปรที่เหลือ ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และโครงสร้างการดำเนินงาน ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถเขียนสมการทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ได้ดังนี้

$$Y = 2.252 + 1.335(X1)$$

เมื่อ X1 หมายถึง ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โดยหากความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้น 1.33 หน่วย

สมการนี้สามารถทำนายผลการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ได้ร้อยละ 7.6 ($R^2 = 0.076$)

2. อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร สามารถอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดังนี้

2.1 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยเฉลี่ย การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระหว่าง 0-10 ปี และผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการอาจมีส่วนร่วมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร หว่างสิงห์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษา โรงพยาบาลไทยนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ รมนปวีร์ เหนือจักรวาล (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเอกชน เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การประเมินผล เกี่ยวกับการทำกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ จะเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในระดับบริหารมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั่วไป จึงทำให้การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษณี เอกสุวรรณ (2546) ที่ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูน โดยประเมินผลตามแนวคิดของ โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen Uphoff 1980) ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลลำพูนโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเกิดจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีเวลา เนื่องจากภาระงานมาก มีความรู้ไม่เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การยึดติดกับระบบงานแบบเดิมๆ และขาดสิ่งจูงใจ

2.2 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน

จากผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุน พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลมีนโยบายสนับสนุนด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยมีการฝึกอบรม ประชุมวิชาการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ทำให้มีการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมบรรลุตามเป้าหมาย เมื่อพิจารณาปัจจัยการสนับสนุนแต่ละด้าน พบว่า การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การปรับปรุงโครงสร้างสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ส่วนการสนับสนุนงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรงพยาบาลมีปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการบริหารด้านงบประมาณ ซึ่งในบางปีงบประมาณมีการพิจารณาโอนเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่าช้า ทำให้ต้องชะลอการจ่ายงบประมาณในการพัฒนาในด้านต่างๆ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ จะพิจารณาจัดลำดับความสำคัญที่เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยก่อน จากการศึกษาของ อนุวัฒน์ สุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) กล่าวว่าทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสม เป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการกำหนดระดับของบริการ และบริการที่มีคุณภาพ แต่การมีทรัพยากรเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะให้บริการที่มีคุณภาพเสมอไป การเน้นที่ระดับทรัพยากรอาจจะเป็นข้ออ้างสำหรับโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่มีทรัพยากร ไม่พร้อม ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพได้ สอดคล้องกับ ฟิลลิป บี ครอสบี (Philip B. Crosby 1979) ที่กล่าวว่าคุณภาพเป็นเรื่องที่ได้มาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลย คุณภาพ คือการทำตามข้อกำหนด มุ่งเน้นที่ความบกพร่องเป็นศูนย์ และให้ความสำคัญกับการป้องกันความผิดพลาดต่างๆ

2.3 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จากผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแต่ละด้าน พบว่า ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทน ความรับผิดชอบในงาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้บริหารของโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการส่งเสริมแรงจูงใจของบุคลากร ในด้านค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน และสวัสดิการต่างๆ รวมทั้งฝ่ายบริหารงานทั่วไปของโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานและการดำเนินการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่มีประสิทธิภาพ ผลการวิเคราะห์ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานอยู่ในระดับดี มีความสอดคล้องกับการสำรวจความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรและบรรยากาศการทำงานของ โรงพยาบาลคอนตอล ซึ่งพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีรัตน์ เถกิรัตน์ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่าปัญหาอุปสรรคของการมี

ส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่พบมาก คือ บุคลากรไม่แน่ใจว่าจะได้รับผลประโยชน์ในเรื่องการพิจารณาความคิดความชอบ และ วนิดา อินทรสันติ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/รพ.ทั่วไป จังหวัดราชบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยเชิงใจที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง คือ การมีผลต่อโอกาสจะเติบโตและก้าวหน้ากับงานที่ปฏิบัติ

2.4 ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาล คอนตาล จังหวัดมุกดาหาร โดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี อาจเนื่องจากคณะกรรมการอำนวยการพัฒนา คุณภาพและ คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพมีสื่อสารไปยังบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยการแจ้งให้ทราบ และการนำเสนอความรู้ที่ได้จากการอบรม จากสถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล การเยี่ยมชมสำรวจภายในที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความรู้ในการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่บุคลากรตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ความรู้เรื่องเป้าหมายของ HA อาจ เนื่องจากแนวคิดกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความลึกซึ้งและปรับ กระบวนทัศน์ไปตามยุคสมัย จึงต้องมีการสื่อสารไปยังบุคลากรเรื่องเป้าหมายของ HA คือ คุณภาพ และความปลอดภัยของผู้รับบริการ ส่วนการได้รับการรับรองคุณภาพเป็นเป้าหมายสำหรับการ พัฒนา

ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่บุคลากรตอบถูกน้อย รองลงมา ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และมาตรฐาน HA มุ่งประเมินระบบงาน ของโรงพยาบาลไม่ได้มุ่งประเมินการทำงานของบุคคล จึงควรให้ความรู้บุคลากรในเรื่องแนวคิด กระบวนการพัฒนา 3C-PSDA (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล 2551) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ คำนึงถึงบริบท การใช้มาตรฐาน และหลักการหรือค่านิยมหลักเป็นตัวกำกับวงล้อการปฏิบัติ ตั้งแต่ การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือการทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น เน้นแนวทางการปรับปรุงกระบวนการให้ดียิ่งขึ้น ใช้มุมมองเชิงระบบ ไม่ได้มุ่งประเมินการ ทำงานของบุคคล

2.5 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน

จากผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาองค์ประกอบแต่ละด้านพบว่าการจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อ การพัฒนาคุณภาพและการจัดระบบงานพัฒนาคุณภาพ อยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากการจัด

โครงสร้างมีแบ่งหน้าที่ชัดเจน มีความครอบคลุมตามมาตรฐาน HA การดำเนินงานของ คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพที่มีการประสานงานกับคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ โดยมีความสอดคล้องไปกับงานประจำของบุคลากรที่เป็นกรรมการใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพแต่ละด้าน ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เช่น ระบบบริหาร ความเสี่ยง การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ งานพัฒนาระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผล การนำเทคนิค TQM มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลกุมภวาปี อําเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีการปรับโครงสร้างองค์กรให้เป็นเครือข่ายแนวราบ ในลักษณะทีมคร่อมสายงาน กำหนดให้แต่ละกลุ่มริเริ่มโครงการพัฒนาการบริการ มุ่งเน้นการสร้าง ความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ และ เสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545) กล่าวถึง การนำแนวคิด TQM ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ บริการของโรงพยาบาลชุมชน ทุกคนควรมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จึงมีวิธีที่จะให้ทุกคนมีส่วนร่วมได้โดยการ จัดตั้งทีมคร่อมสายงาน ตาม กระบวนการทำงานต่างๆ

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่าอยู่ ในระดับปานกลาง เนื่องจากการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพไม่บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ การจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล ขาดการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ บุคลากรเกิดแรงจูงใจในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

2.6 อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และโครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยการสนับสนุน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และโครงสร้างการดำเนินงาน ต่อการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริอร พันธุ์โสคา (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย พบว่าความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ การศึกษาของ เสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ผู้บริหารขาดประสบการณ์และทักษะในการบริหารคุณภาพ ผู้ปฏิบัติ

ขาดความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพ ขาดความสามารถในการทำงานเป็นทีม ผู้บริหารและบุคลากรย้ายบ่อย ขาดความต่อเนื่อง ขาดรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนา ขาดที่ปรึกษาและวิทยากรที่จะให้ความรู้ ตลอดกระบวนการพัฒนา และการศึกษาของ อารีรัตน์ เถกิงสรคันธุ์ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 675 คน ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) พบว่า มีปัญหาอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่พบมากที่สุดมี 4 ด้าน คือ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน งานประจำมีมาก ไม่มีเวลา ไม่แน่ใจว่าจะได้รับผลประโยชน์ในเรื่องการพิจารณาความดีความชอบและขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินตนเองของหน่วยงาน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

3.1.1 จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ ความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ประกอบด้วยความรู้เรื่องเป้าหมายของ HA ความรู้เรื่องกระบวนการคุณภาพของ HA และความรู้เรื่องหลักคิดในการนำกระบวนการ HA มาใช้ ดังนั้นหากผู้บริหารต้องการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้บุคลากรเกิดความรู้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล โดยดำเนินการดังนี้

- 1) จัดอบรม ถ่ายทอดความรู้ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล จากผลการวิจัย พบว่า บุคลากรยังขาดความรู้ในเรื่องการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของ HA ถึงร้อยละ 72.3 ขาดความรู้เรื่องแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการพัฒนาเชิงระบบ ร้อยละ 40.2 และ 35.7 ตามลำดับ จึงควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง และควรปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและจัดทำคู่มือประกอบในการอบรม เพื่อให้บุคลากรนำไปทบทวน และปฏิบัติได้
- 2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ และสนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสนำเสนอผลงาน และเผยแพร่ผลงานในระดับที่กว้างขวางขึ้น

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ทั้งในระดับหน่วยงาน ทีมพัฒนาคุณภาพ และระดับโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามระบบคุณภาพในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทั้งในระดับโรงพยาบาล ทีมพัฒนาคุณภาพและภายในหน่วยงาน โดยการมอบหมายให้เป็น ผู้รับผิดชอบ มีอำนาจตัดสินใจในการพัฒนาคุณภาพงาน และจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

3.1.3 จากผลการวิจัย พบว่าระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ส่วนความต่อเนื่องในการดำเนินงานของทีมพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรจัดให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามแผนงานอย่างเคร่งครัด มีระบบการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลกำลังเผชิญอยู่ให้บุคลากรทราบอย่างสม่ำเสมอ

3.1.4 จากผลการวิจัย พบว่ามีบุคลากรร้อยละ 13.40 ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม โดย ผู้บริหารชี้แจงให้บุคลากรทราบถึงแนวทางการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ ผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกันเมื่อพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลได้สำเร็จ และเปิดโอกาสให้บุคลากรได้สมัครและเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงรูปแบบการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร เพื่อเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมให้มากขึ้น

3.2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระหว่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานเวรเช้า และบุคลากรที่ปฏิบัติงานเวรบ่ายและเวรดึก

3.2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กล้วยไม้ ธิพรพรรณ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการกับการดำเนินงานของพยาบาลประจำการในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เกษณี เอกสุวรรณ (2546) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาล จังหวัดลำพูน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ขวัญราตรี ไชยแสง (2544) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแรงจูงใจกับการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ (2552) *ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล (Hospital Profile) โรงพยาบาลคอนตาด จังหวัดมุกดาหาร*
- จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (2543) *เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล กรุงเทพฯ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*
- เนตรพัฒนา ยาวิราช (2546) *เทคนิคการจัดการสมัยใหม่* กรุงเทพมหานคร เช่นทรีต เอ็กเพรส
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2546) *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร B&P Publishing
- พรรณราย ทรัชยะประภา (2529) *จิตวิทยาอุตสาหกรรม* กรุงเทพมหานคร โอเคียนสโตร์
- พิสิทธิ์ เอื้องศักดิ์ (2540) *การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีด้วยรูปแบบการบริหารคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management – TQM) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี*
- มยุรัตน์ สุทธิวิเศษศักดิ์ และคณะ (2546) “ระดับความก้าวหน้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 12, 4 (กรกฎาคม – สิงหาคม): 25-32

รมนปวีร์ เหนือจักรวาล (2548) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเอกชน เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ราณี อิศัยกุล (2544) *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* หน่วยที่ 4-5
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ศิริพร หว่างสิงห์ (2544) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลไทยนครินทร์” รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2541) *พฤติกรรมองค์การ* กรุงเทพมหานคร ซีเรฟิล์ม และไซเท็กซ์

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2543) *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน* กรุงเทพมหานคร อักษราพิพัฒน์

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ*

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย) หนังสือวันดี จำกัด

_____. (2543) *คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร

_____. (2546) *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ HA301*

สลิลลา ชันทะฮ้อ (2545) “ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล :

โรงพยาบาลเชิงราชประชาชนเคราะห์ จังหวัดเชียงราย” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สร้อยตระกูล (ตวยานนท์) อรรถมานะ (2542) *พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์*

กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิทธิศักดิ์ พุฒย์ปีติกุล (2543) *เส้นทางสู่ Hospital accreditation* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ สมาคม
ส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

_____. (2544) *คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร

สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

สิริอร พันธุ์โสดา (2547) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ

บุคลากรตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดเลย” วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เสาวมาศ เตื่อนนาดี (2545) “การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน” ศิลปศาสตรดุษฎี

บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- องอาจ วิบุษศิริ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิระวิศิษฎ์ (2540) *โครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM* กรุงเทพมหานคร ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ (2541) *ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร ดีไซน์ _____ (2544) *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ, คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2* นนทบุรี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล (2551) *HA Update 2008* สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นนทบุรี หนังสือวันดี จำกัด
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) “คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขบริษัท ดีไซน์ จำกัด
- อรุณ รักรธรรม (2536) *เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมมนุษย์ในองค์การ หน่วยที่ 1* กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- อรุณี ชำรงวิศวะ (2544) “การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลระดับชาติ (Hospital Accreditation Standard) : ศึกษากรณีโรงพยาบาลธนบุรี” รัฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- อัจฉรี จันทนจุลกร (2544) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- แอนเจโล คินีคิ และไบรอัน เค วิลเลียม *หลักการจัดการ แปลจาก Management a practical introduction* โดย เบญจมาภรณ์ อิศรเดช บรรณาธิการ (2549) กรุงเทพมหานคร แมคกรอ-ฮิล
- อารีรัตน์ เตกิงสรคันธ์ (2545) “การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาล จังหวัดกำแพงเพชร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- Anderson, Barbara A. (1953) *Demographic and social Characteristics of Nationalities in Yunnan Province Culture Diversity and Development Indicators*. Michigan Population Studies Centers: University of Michigan Press.
- Best J.W. (1977) *Research in Education*. 3rd Engle Wood Cliffs, N.J: Prentice Hall.

- Cary, Lee J. (1976) *The Role of Citizen in the C.D. Process. Community Development as a process*. Columbia: University of Missouri Press.
- Crosby BP. (1979) *Quality is Free :The Art of Making Quality Certain*. New York: New American Library.
- Cohen, John M. and Ciphoff, Norman J. (1980) *Participation's Place in Rural Development; Seeking Claring Through Specificity*. World Development, pp.213-218.
- Dickens, Paul. (1994) *Quality and Excellence in Human Services*. New York: John welly & Son.
- Hackman JR, Wageman R. (1995) *Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues*. Adminitrative Science Quarterly 40: 309-342.
- Reeder, William W. (1963) *Direction Factor in Social Action: A Multiple Fact Theory of Social Actions*. C.D. Review, 8, 6: 39-53.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นางสาวสถาพร พิมพ์พรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
2. นายธีรศักดิ์ เจริญแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
3. นางสาวอรทัย บัวคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร” ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลคอนตอล จังหวัดมุกดาหาร

2. แบบสอบถามฉบับนี้มี 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยการสนับสนุน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลโครงสร้างการดำเนินงาน

3. ผู้วิจัยใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ช่วยตอบแบบสอบถามนี้และขอได้โปรดตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลคอนตอล

4. คำตอบของท่าน ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และจะไม่มีผลโดยตรงต่อตัวท่าน แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

นางสาวอัจฉรา ชัยสันติตระกูล

นักศึกษาปริญญาโท

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (บริหารสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง () และกรอกข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง และตามที่ท่านเข้าใจมากที่สุด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (นับเป็นจำนวนเต็ม)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษา () 3. อนุปริญญา
 () 4. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 5. สูงกว่าปริญญาตรี
4. ตำแหน่ง
 () 1. แพทย์ () 2. ทันตแพทย์ () 3. เภสัชกร () 4. พยาบาล
 () 5. ข้าราชการอื่นๆ ตำแหน่ง.....
 () 6. ลูกจ้าง/พนักงานราชการ ตำแหน่ง.....
5. หน่วยงาน/แผนกที่ท่านปฏิบัติงาน
 () 1. อุบัติเหตุฉุกเฉิน () 2. ผู้ป่วยนอก () 3. ผู้ป่วยใน () 4. ห้องคลอด
 () 5. ห้องผ่าตัด () 6. กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ (งานเวชปฏิบัติทั่วไป)
 () 7. ทันตกรรม () 8. เภสัชกรรม () 9. แพทย์แผนไทย
 () 10. ชันสูตร () 11. รังสีเทคนิค () 12. งานเวชระเบียน
 () 13. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน () 14. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
 () 15. ฝ่ายแผนงาน () 16. อื่นๆ ระบุ.....
6. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้.....ปี.....เดือน
7. ท่านเป็นกรรมการในคณะกรรมการใดของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () 1. คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ(ทีมนำ)
 () 2. คณะกรรมการประสานงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
 () 3. คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยโรงพยาบาลคอนตาด(ENV)
 () 4. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล(IC)
 () 5. คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team;PCT)
 () 6. คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลคอนตาด(IM)
 () 7. คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล (HR)
 () 8. คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพชุมชนเชิงรุก

- () 9. คณะกรรมการ 5ส. โรงพยาบาลคอนตาด
- () 10. คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์
- () 11. คณะกรรมการสุขศึกษาประชาสัมพันธ์
- () 12. อื่นๆ ระบุ.....
- () 13. ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มี ส่วน ร่วม มาก ที่สุด	มี ส่วน ร่วม มาก	มี ส่วน ร่วม ปาน กลาง	มี ส่วน ร่วม น้อย	ไม่มี ส่วน ร่วม
1. ท่านได้เข้าร่วมประชุม หรือเข้าร่วมการจัดกิจกรรม เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ HA ของ โรงพยาบาล					
2. ท่านได้รับทราบแนวทางการดำเนินงาน HA จากการจัด ประชุมประจำเดือน / การประชุมทีมพัฒนาคุณภาพ					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการประชุม หรือในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ HA ของ โรงพยาบาล					
4. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจ/วิเคราะห์ปัญหาของ หน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่					
5. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ตามระบบคุณภาพใน หน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่					
6. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพใน หน่วยงาน(ฝ่าย/งาน) ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่					
7. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผล/สรุปผลการพัฒนา คุณภาพในหน่วยงาน (ฝ่าย/งาน) ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่					

ข้อคำถาม	มี ส่วน ร่วม มาก ที่สุด	มี ส่วน ร่วม มาก	มี ส่วน ร่วม ปาน กลาง	มี ส่วน ร่วม น้อย	ไม่มี ส่วน ร่วม
8. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงาน ของทีมพัฒนาคุณภาพที่ท่านร่วมเป็นกรรมการ					
9. ท่านมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานของ ทีมพัฒนาคุณภาพที่ท่านร่วมเป็นกรรมการ					
10. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของทีมพัฒนา คุณภาพที่ท่านร่วมเป็นกรรมการ					
11. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานของ ทีมพัฒนาคุณภาพที่ท่านร่วมเป็นกรรมการ					
12. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานของทีม พัฒนาคุณภาพที่ท่านร่วมเป็นกรรมการ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยการสนับสนุน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. ท่านมีโอกาสเข้าร่วมการฝึกอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามที่ท่านต้องการ					
2. โรงพยาบาลจัดให้ท่านฝึกทบทวนทักษะในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม					
3. หน่วยงาน (ฝ่าย/งาน) ของท่านมีการพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน HA					
4. ทีม ENV มีการพัฒนาบรรลุตามเป้าหมาย					
5. โดยภาพรวมโรงพยาบาลมีสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพที่ปลอดภัยต่อบุคลากร และผู้รับบริการ					
6. หน่วยงาน (ฝ่าย/งาน) ของท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพอย่างเพียงพอ					
7. ทีมพัฒนาคุณภาพที่ท่านเป็นกรรมการ ได้รับงบประมาณในการดำเนินโครงการไม่เพียงพอ					
8. โดยภาพรวมโรงพยาบาลมีงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพอย่างเพียงพอ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. โรงพยาบาลมีระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่มีประสิทธิภาพ					
2. ท่านได้รับการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน HA					
3. ท่านได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนอย่างไม่เป็นธรรม					
4. การพิจารณาเลื่อนตำแหน่งของบุคลากร มีความเหมาะสม					
5. ท่านสามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ					
6. ท่านจะปฏิบัติงานตามที่ผู้บังคับบัญชาสั่งการอย่างเคร่งครัด					
7. หากมีการติดตามงานอย่างสม่ำเสมอท่านจึงจะมีการดำเนินงานต่อเนื่อง					
8. ในหน่วยงานของท่านมีการช่วยเหลือกันทำงาน HA เป็นอย่างดี					
9. ท่านสามารถปรึกษาปัญหากับผู้บังคับบัญชาได้ทุกเรื่อง					
10. ท่านมีความพึงพอใจในงาน HA ที่ได้รับมอบหมาย					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง
1. เป้าหมายของ HA คือ การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง		
2. การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของ HA คือ โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ 3		
3. กระบวนการคุณภาพของ HA ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน		
4. การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA มีแนวทางปฏิบัติที่เหมือนกันทุกโรงพยาบาล		
5. การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เป็นหลักการหรือค่านิยมหลักของ HA		
6. การเรียนรู้ (Learning) และการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นหลักการหรือค่านิยมหลักของ HA		
7. มาตรฐาน HA มุ่งประเมินระบบงานของโรงพยาบาลไม่ได้มุ่งประเมินการทำงานของบุคคล		
8. การพัฒนาคุณภาพต้องให้ผู้ที่มีความรู้ และผู้ที่สนใจเท่านั้นร่วมกันพัฒนา		
9. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพให้สำเร็จ ไม่จำเป็นต้องประสานกับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล		
10. ผลลัพธ์ของการพัฒนาตามกระบวนการ HA คือ คุณภาพ ความปลอดภัยของผู้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน		

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลโครงสร้างการดำเนินงาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมีความเหมาะสม					
2. ทีมพัฒนาคุณภาพขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน					
3. ควรมีการปรับเปลี่ยนคณะกรรมการ (ทีมพัฒนาคุณภาพ) ให้เหมาะสมกับลักษณะงาน					
4. การประสานงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลกับหน่วยงานภายนอก ทำได้เป็นอย่างดี					
5. การประสานงานพัฒนาคุณภาพกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาลเอื้อให้บรรลุ HA					
6. การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยทีมผู้ประสานงานมีความเหมาะสม					
7. การจัดระบบการรายงานความเสี่ยงมีความเหมาะสม					
8. การจัดระบบการรายงานความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ					
9. การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพมีความต่อเนื่อง					
10. การจัดระบบงานเอกสาร/การจัดการข้อมูลด้านการพัฒนาคุณภาพมีความเหมาะสม					
11. การเยี่ยมสำรวจภายในทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการพัฒนาคุณภาพ					
12. การเยี่ยมสำรวจภายในเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง					

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ นางสาวอัจฉรา ชัยสันติตระกูล
วัน เดือน ปีเกิด 14 มกราคม 2516
สถานที่เกิด อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร
ประวัติการศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2540
ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ทันตกรรมประดิษฐ์)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2544
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลคอนตาล อำเภอคอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ